



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción del asegurado. Centro de Salud Usquil, Otuzco, 2017.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORES:

Br. Celis Hernández, Esequiel
Br. Cruz Moreno, Jheny Elizabeth

ASESORA:

Dra. Lora Loza, Miryam Griselda

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales

PERÚ - 2018

Jurado de Tesis

Mg. Enma Pepita Verástegui Gálvez
PRESIDENTE

Mg. Jorge Díaz Agreda
SECRETARIO

Dra. Miryam Griselda Lora Loza
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios:

Por permitirme pasar por la vida.

A mi promoción:

Nursicha: porque ha sido dichoso laborar, compartir esfuerzos, lindos momentos y conseguir resultados con una persona tan agradable como tú. Y, a todas esas bellas personas y personitas que contribuyen para cada vez ser mejor.

Esequiel Celis Hernández

DEDICATORIA

A Dios:

Por permitirme pasar por la vida.

A mi madre

A mis hermanos.

.

A mi sobrinito.

Jheny Elizabeth Cruz Moreno

AGRADECIMIENTOS

A:

A nuestra Asesora

Dra. Miryam Lora Loza, quien asesoró este esfuerzo con preocupación.

A la Universidad y su Rector fundador

Por abrir sus puertas, tener la política de apoyo económico para la formación educativa y poder cumplir aspiraciones académicas.

A nuestros docentes de pos grado

Por compartir sus enseñanzas, transmisión de conocimientos, experiencias y doctrinas impartidas, las que fueron muy significantes; también por los momentos de didáctica pedagógica como: “Carpe diem”, “el que sólo medicina sabe, ni medicina sabe”, “¿están estudiando o están cigoteando?”. Por el Hno. Milciades; “Por supuesto que son inventos míos” por el Mg. Súper chupe; “No se duerman”. Por, Súper Dream. También, para todo lo que tiene que ver con: “como digo una cosa, digo otra”.

A las autoridades de la Micro Red Usquil

Por permitirnos realizar este trabajo.

A los usuarios participantes

Por involucrarse voluntariamente y ser parte del estudio.

Esequiel Celis Hernández
Y
Jheny Elizabeth Cruz moreno

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Nosotros, Bachilleres Jheny Elizabeth Cruz Moreno y Esequiel Celis Hernández, educandos del programa de Maestría en Gestión en los Servicios de la Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo - Trujillo, declaramos que el trabajo académico titulado: “Relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción del asegurado en el Centro de Salud Usquil, Otuzco, 2017.” Es de nuestra autoría.

En tal sentido declaramos lo siguiente:

1. Hemos mencionado todas las fuentes bibliográficas que se emplearon en el presente trabajo de investigación, reconocido adecuadamente las citas textuales o de paráfrasis que provienen de otras fuentes, en concordancia con lo estipulado por las reglas de realización de trabajos académicos.
2. No se ha hecho uso de fuentes distintas a las que se mencionan expresamente en este trabajo.
3. El presente trabajo, no ha sido presentado antes ya sea parcialmente o completamente, para obtener grado académico alguno.
4. Somos conscientes de que nuestro trabajo puede ser sometido a revisión electrónica en busca de que nuestro trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de imitación o plagios.
5. Si se encuentra utilización de material ajeno sin que se haga el debido recordatorio a su autor o fuente, acatamos las penalidades que determine el proceso correctivo o disciplinario.

Trujillo, Febrero 2018.



Br. Esequiel Celis Hernández

DNI: 41180473

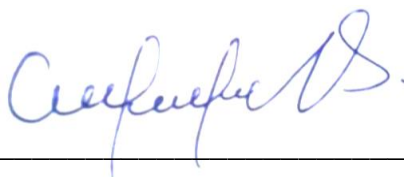
Declaratoria de Autenticidad

Nosotros, Bachilleres Jheny Elizabeth Cruz Moreno y Esequiel Celis Hernández, educandos del programa de Maestría en Gestión en los Servicios de la Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo - Trujillo, declaramos que el trabajo académico titulado: “Relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción del asegurado en el Centro de Salud Usquil, Otuzco, 2017.” Es de nuestra autoría.

En tal sentido, declaramos lo siguiente:

6. Hemos mencionado todas las fuentes bibliográficas que se emplearon en el presente trabajo de investigación, reconocido adecuadamente las citas textuales o de paráfrasis que provienen de otras fuentes, en concordancia con lo estipulado por las reglas de realización de trabajos académicos.
7. No se ha hecho uso de fuentes distintas a las que se mencionan expresamente en este trabajo.
8. El presente trabajo, no ha sido presentado antes ya sea parcialmente o completamente, para obtener grado académico alguno.
9. Somos conscientes de que nuestro trabajo puede ser sometido a revisión electrónica en busca de que nuestro trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de imitación o plagios.
10. Si se encuentra utilización de material ajeno sin que se haga el debido recordatorio a su autor o fuente, acatamos las penalidades que determine el proceso correctivo o disciplinario.

Trujillo, Febrero 2018.



Br. Jheny Elizabeth Cruz Moreno

DNI: 41242080

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

En cumplimiento a lo reglamentado por Grados y Títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, presentamos a vuestra atención y /o deliberación este trabajo de investigación titulado: “Relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción del asegurado. Centro de Salud Usquil, Otuzco, 2017.”, con la finalidad de obtener el grado de Académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.

El presente trabajo de investigación se ha circunscrito rigurosamente a los principios implantados por los procedimientos metodológicos de la investigación científica, de modo que confiamos cumplir con los requerimientos necesarios para su aprobación. El trabajo se encuadra en dos partes, la primera en la que se detalla la problemática y el área temática, dentro de ella se precisan cinco dimensiones de la satisfacción del usuario, todas ellas relacionadas con la demanda insatisfecha de medicamentos. Se aplicó Escala Multidimensional SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) y modificada por el (MINSA, 2011), validadas para este estudio en nuestro país agregándose una interrogante categórica sobre la demanda insatisfecha de medicamentos. La utilización de estas dimensiones en relación con la demanda insatisfecha del usuario ha permitido una descripción global de la forma en que están constituidas las relaciones específicas en el Centro de Salud Usquil, Otuzco, 2017.

En la otra parte la tesis sigue presentando, describiendo y discutiendo los resultados; finalizando con las conclusiones más relevantes extraídas del análisis en forma de principales aportaciones, así como de las principales líneas de investigación que se recomiendan a futuro.

Por lo expuesto, esperamos su aprobación de la investigación por ser de justicia.

Br. Esequiel Celis Hernández
Br. Jheny Elizabeth Cruz Moreno

	ÍNDICE	Pág.
	DEDICATORIAS	iii
	AGRADECIMIENTOS	v
	DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	vi
	PRESENTACIÓN	viii
	ÍNDICE	ix
	INDICE DE TABLAS	x
	RESUMEN	xi
	ABSTRACT	xii
	INTRODUCCIÓN	13
	1.1 Realidad Problemática	13
	1.2 Trabajos Previos	17
	1.3 Teorías relacionadas al tema	24
	1.4 Formulación del Problema	34
	1.5 Justificación	34
	1.6 Hipótesis	35
II	1.7 Objetivos	36
	METODOLOGÍA	37
	2.1 Tipo de Investigación	37
	2.2 Diseño de investigación	37
	2.3 Variables, Operacionalización	38
	2.4 Población muestra, muestreo	40
	2.5 Criterios de selección	41
	2.6 Técnica, instrumentos de recolección, validez y confiabilidad.	42
	2.7 Método de análisis de datos	45
	2.8 Aspectos éticos	46
III	RESULTADOS	47
IV	DISCUSION	52
V	CONCLUSIONES	58
VI	RECOMENDACIONES	60
VII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
	ANEXOS	65

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1	Operacionalización de variables	39
Tabla 2	Validación y o confiabilidad del instrumento Escala Multidimensional SERVQUAL elaborada por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988)	43
Tabla 3	Relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la fiabilidad inherente a la satisfacción del asegurado en el Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017	47
Tabla 4	La relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la satisfacción del asegurado con el Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017.	48
Tabla 5	La relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la seguridad inherente a la satisfacción del asegurado con la atención en el Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017.	49
Tabla 6	La relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la empatía inherente a la satisfacción del asegurado con la atención en el Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017.	50
Tabla 7	La relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la tangibilidad inherente a la satisfacción del asegurado con la atención en el Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017.	51

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción del asegurado en el Centro de Salud Usquil-Otuzco, durante el año 2017. Se ejecutó una investigación de tipo descriptiva – correlacional de diseño transversal, en la que se empleó la escala multidimensional SERVQUAL adaptada para el estudio, en una muestra de 149 usuarios; encontrándose que la demanda de medicamentos es insatisfecha en un 54,4%, la fiabilidad, capacidad de respuesta o responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad se categorizan como Satisfecha con 66,4%, 48,3%, 53,0%, 61,7%, y 53,7%, respectivamente. Se concluye que la demanda de medicamentos no se correlaciona con la fiabilidad, capacidad de respuesta o responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad, solo explicaría, a través de los coeficientes de Eta al Cuadrado, menos del 3% de sus variaciones en usuario del Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017.

Palabras clave: Demanda insatisfecha de medicamentos y satisfacción de usuarios.

ABSTRACT

With the objective of determine the relationship between the unmet demand for drugs and the satisfaction of the insured at the Usquil-Otuzco Health Center, 2017, a descriptive - correlational cross-sectional research was carried out. The SERVQUAL multidimensional scale was applied, adapted for the study, in 149 users finding that the demand for medicines is unfulfilled by 54.4%, the reliability, responsiveness or responsibility, safety, empathy and tangibility are categorized as Satisfied with 66.4%, 48.3%, 53.0%, 61.7%, and 53.7%, respectively. It is concluded that the demand for medicines does not correlate with reliability, responsiveness or responsibility, safety, empathy and tangibility, only explain, through the coefficients of Eta to Square, less than 3% of its variations in user of the Center of Usquil-Otuzco Health, 2017.

Keywords: Unmet demand for medications and user satisfaction.

I. INTRODUCCION

1.1 Realidad Problemática.

La Constitución de la Organización Mundial de Salud (OMS) sostiene que, “es uno de los derechos esenciales de todo ser humano, gozar del máximo grado de salud que se pueda lograr”, también especifica que, “el derecho a la salud incluye: servicios de atención de salud aceptables, asequibles, con acceso oportuno y de suficiente calidad” (OMS, Salud y Derechos Humanos, 2015), por lo tanto; como ente director y coordinador de la acción sanitaria en el mundo, promueve los derechos de acceso universal al servicio de salud con calidad”. En ese sentido aclara, “los Sistemas de salud en todo el mundo tienen como reto, garantizar la salud como derecho fundamental” (OMS, Salud y Derechos Humanos, 2015). Sin embargo, en nuestro país aún se presentan notables brechas vinculadas con la complacencia o satisfacción del paciente y la calidad de atención en el servicio de salud, tanto en población adscrita a la seguridad social (ESSALUD), como a los asegurados mediante el Seguro Integral de Salud (SIS).

No obstante; para la OMS, “urge enfrentar de mejor manera las enfermedades infectocontagiosas y epidémicas que afectan a las poblaciones en todo el mundo, y uno de los papeles más importantes que destacan en este quehacer es el abastecimiento adecuado y oportuno de medicamento a través de una programación que permita hacer que disminuya la continuidad de abismales inequidades en la condición de salud de las personas” (OMS, 2016).

Así mismo, respecto a la atención y satisfacción; “no sólo se trata de estar satisfecho o no con la atención que se recibe, si ésta sirve de nada cuando un tratamiento o un procedimiento de atención no se puede realizar a tiempo por falta de un abastecimiento oportuno y adecuado de medicamentos” (OMS, 2004), (OMS, 2016).

Este es uno de los principios básicos del trabajo en la seguridad social en salud de todos los tiempos, hoy ya es inaceptable que se expandan las

enfermedades por falta o entrega inoportuna de un medicamento, cuando se sabe que están financiados y programados con antelación para abastecer los establecimientos de salud. En ese sentido la Organización de Naciones Unidas (ONU) refiere que, “el centro de la crisis humanitaria en este sentido se puede observar cuando con nuestro propio dinero se hacen fracasar los sistemas de atención de salud para aumentar los costes solo por problemas burocráticos o intereses particulares” (ONU,2008;OPS,2011).

Es inaceptable también que en países de bajos ingresos como el nuestro, la atención primaria se encuentre fracasando y que no pueda solucionar para los asegurados dolencias comunes. Sabiendo que para la OMS/OPS, “las cargas de enfermedades pueden disminuirse con prevención o haciendo uso de tecnología conocida y de precisión razonables, empero más se pueden disminuir con manejar oportunamente con medicamentos abastecidos a tiempo y también se hace prevención con el abastecimiento de medicamentos, vacunas, información, educación, siempre que esto sea a tiempo, confiable y en cantidad suficiente para aquellos que lo necesitan” (OMS/ OPS, 2011).

En la mayoría de países en el mundo hace ya más de una década que se encontraban colapsando los sistemas de salud en poblaciones aseguradas, “son incapaces de atender los requerimientos de medicamentos de la población”, afirma la OMS, también menciona, “muy pocas veces la atención se complementa con la accesibilidad en forma oportuna a los medicamentos”, (OMS O. M., 2008). Echo que llevó a la OMS a dedicar todo un informe sobre los sistemas de salud que fallan y que conforman el principal obstáculo para incrementar las acciones que posibiliten cumplir con los objetivos planteados al milenio. En dicho informe señala que, “el desabastecimiento o entrega inoportuna e insuficiente de medicamentos es una de las formas más inhumanas de vulnerar el derecho humano a la atención de salud y hace inútil las estrategias de atención primaria contra las enfermedades infecciosas, que deben formar parte de sus elementos esencialmente protegidos en poblaciones vulnerables” (OMS O. M., 2008).

Según la OMS, “el problema es tan complejo que más de 2 mil millones de personas aseguradas en el mundo carecen de acceso real a los medicamentos esenciales”; esto es, casi dos tercios de la población mundial tienen dificultades para abastecerse adecuadamente de medicamento, aun siendo subsidiados por un seguro de salud. A su vez afirma que, “mejorar el acceso oportuno a los medicamentos podría salvar más de 10 millones de vidas al año; más de 4 millones de ellas en África y Asia Sudoriental, mientras que en América Latina y Caribe se habla de 2.5 millones de ellas” (OMS, 2010). Para la ONU, “precisamente el cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio como la reducción de mortalidad infantil, la mejora de la salud materna, la lucha contra el VIH sida, la malaria y otras enfermedades dependen de que se mejore el acceso y abastecimiento oportuno a los medicamentos” (ONU,2008;OPS,2011).

Pero el problema de no abastecer adecuadamente el medicamento a la población, en este caso asegurada, genera una demanda insatisfecha muy marcada, las enfermedades son desatendidas o descuidadas. Algunos autores relacionan este fenómeno médico social con la pobreza, sin embargo para Allard, no son sino “deformaciones de los sistemas de abastecimiento de medicamentos que generan más de mil millones de dólares en pérdidas al año por cada 3 millones de pacientes desatendidos, especialmente de países en desarrollo” (Allard 2012, Wills 2011). También, otros autores han manifestado que; “las enfermedades de la pobreza siguen representando incluso en la población asegurada el 50% de la carga de morbilidad en países en desarrollo, es decir 10 veces más que en países desarrollados” (T’hoen, 2009; Médicos Sin Fronteras, 2008).

Según la OMS, “el desabastecimiento y la escasez de medicamentos básicos en los últimos años se ha incrementado, ha pasado a ser un problema mundial con discontinuidad identificada para el aprovisionamiento de muchos medicamentos como: antibióticos, anestésicos, medicamentos para quimioterapia, etc. Problema descrito en todos los países, ya sea de bajos, medianos y elevados ingresos; ligados a problemas de fabricación,

privación en el proceso de suministros y del financiamiento de la atención de salud”. Textualmente refiere que, “con progresiva frecuencia se constata la insuficiencia de medicamentos básicos en la mayoría de las regiones del mundo, en enorme proporción la insuficiencia está asociada a productos antiguos sin protección por una patente o difíciles de elaborar, que tienen un tiempo de conservación rigurosamente definido y pocos fabricantes” (OMS, 2016, pág. 6).

Desde hace años en nuestro medio, Neira (1998) halló que solamente un 45% de usuarios atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) obtuvo todos los medicamentos indicados; el alto costo de éstos fue la razón más común para no conseguirlos. Según sus necesidades de medicamentos, el porcentaje de satisfacción fue de 39% en zona rural y en la zona urbana el 61%; resultado que advierte la existencia de inequidad entre las dos regiones comparadas. (Neira R., 1998).

Estas son brechas inaceptables que generan gran insatisfacción relacionada a la propia atención de salud. Sin lugar a duda existe una correlación importante entre la demanda insatisfecha de medicamento y la satisfacción con la atención propiamente dicha, pero hay que demostrarlo y evidenciarlo científicamente.

El Centro de Salud Usquil, en el distrito de Usquil, Red de salud Otuzco, no es ajena a problemática y realidad descrita; es decir existe desabastecimiento y no acceso a ciertos medicamentos que posibilite iniciar y sostener el tratamiento apropiado de los pacientes, se condensa como un botón de ejemplo, es un centro cabecera de Micro red de Salud que cumple la función de centro de salud referencial, con aproximadamente 35 años de funcionamiento, categorizado como establecimiento de nivel I - 4 con completa infraestructura, con la expectativa de ampliar y mejorar los servicios de salud en favor de más de 8450 adscritos a la red de servicios de salud Otuzco. Para tal efecto, cuenta con los servicios de medicina general, odontología, obstetricia, enfermería, psicología, nutrición, estadística, tóxico,

observación con hospitalización por emergencia, farmacia, servicio en el que siempre está de manifiesto el desabastecimiento o el acceso inoportuno del usuario a los medicamentos, de allí la relevancia y pertinencia de llevar adelante la presente investigación.

No se han realizado aún investigaciones respecto al nivel de satisfacción del usuario en la atención médica del Centro de Salud Usquil, tampoco estudios que estimen el grado de atención del servicio de farmacia, por consiguiente, en la presente investigación se plantea determinar la demanda insatisfecha de medicamentos y establecer la relación con las dimensiones de la satisfacción del usuario en del Centro de salud Usquil.

1.2 Trabajos Previos

Luego de realizar la búsqueda bibliográfica disponible, no se han reportado muchos estudios actualizados específicos al respecto, sin embargo podemos tomar referencias investigativas de larga data y de acuerdo a las variables de estudio en forma independiente como se mencionan en los estudios siguientes: (Madhok R, 1998) llevó a cabo un estudio de satisfacción del usuario en relación a los servicios de salud, brindados por el Servicio Nacional de Salud (NHS) Pakistaní, en ese momento era enérgicamente desacreditado por fracasar en la atención completa de las necesidades de salud. La investigación fue transversal, con una estratificación de la muestra por sexo, edad y condición socioeconómica, se aplicó la entrevista en el domicilio. Encontrando que para el cuidado médico general fue alta la satisfacción con un 94% de quienes usaron los servicios del NHS, un 93% refirió su satisfacción con la recepción, y el 97% de satisfacción para con el cuidado del médico hospitalario. No obstante, para el servicio de emergencia y accidentes se reportó la mayor insatisfacción con un 19%, además con un 12 % cada uno para la información brindada respecto a la condición o tratamiento y al cuidado hospitalario recibido por las enfermeras.

También (Glintborg B, 2007), cuyo propósito fue determinar la calidad de la atención en salud frente a la información del uso de medicamentos, ejecutaron un estudio en el que incluyeron a 200 pacientes de un Hospital de Dinamarca, de los cuales 86 pacientes fueron de cirugía y 114 pacientes del servicio de medicina, el 70% fueron mujeres cuya media de edad fue de 75 años. Reportó que almacenaban medicación en sus viviendas un total de 194 pacientes, alcanzando un 1.189 de medicamentos recetados. Respecto a los medicamentos de utilización frecuente el 78% (955 medicamentos) se reportaban anotados en ciertos registros hospitalarios. Hubo mayor registro de la medicación hospitalaria en pacientes de atención en medicina frente a los pacientes atendidos en el área de quirúrgicos ($p < 0,001$). Sin embargo, encontró que en 66 pacientes de los que 11 fueron quirúrgicos y 55 médicos en el informe del alta hospitalaria, no se mencionaba la medicación actual, aunque recibían tratamiento farmacológico en ese momento. Comparando la información de medicación referida por los pacientes con la evidenciada en los informes de alta hospitalarios encontró discordancias en 63 %. Los fármacos recetados por los facultativos de familia, se anotaron en menor frecuencia que los recetados por médicos (69% vs 89%, $p < 0,001$).

A su vez, Allard R (España, 2012), hizo un estudio cuyo objetivo fue “establecer la configuración básica del derecho humano a la atención primaria de salud en la lucha contra las enfermedades infecciosas al que tiene derecho toda persona”. La investigación bibliográfica llegó a la conclusión, que el abastecimiento oportuno de medicamentos es un derecho que en la actualidad tiene consistencia legal y representa la legitimidad social de exigibilidad u obligatoriedad ante las magistraturas o delegaciones judiciales. La exigibilidad del derecho a la salud por parte de la población asegurada es de tipo directo y tiene los mecanismos de tutela contemplados en el derecho nacional e internacional que se han logrado al amparo del derecho a la salud. Este factor del derecho social resulta claramente determinable y permite la judicialización de los casos, lo que en países en vía de desarrollo poco se conoce al parecer de la generosa jurisprudencia existente.

De manera similar, Ibarrola S, et. Al., (España, 2011) en su estudio, “estimación de la satisfacción del usuario con la atención de enfermería en hospitalización del servicio de cardiología.”, con la finalidad de determinar la relación entre la satisfacción del paciente con los cuidados administrados. El estudio descriptivo aplicó un cuestionario de 11 ítems a 133 pacientes. En sus resultados reporta que la satisfacción del paciente alcanzó una puntuación media 9,24. En la evaluación por dimensiones; la dimensión mejor valorada ha sido el trato con una media de 3,91. Se concluyó que la satisfacción del paciente fue positiva.

También, (Cortez, 2007) El Salvador, realizó un estudio con el objetivo de determinar la demanda insatisfecha de medicamentos en la farmacia de consulta externa de una institución pública del sector salud, y luego desarrollar una propuesta de inclusión de medicamentos; se determinó los fármacos que ocasionan demanda insatisfecha al tiempo que se desarrolló la investigación, luego revisaron 219 historias clínicas que proporcionaban información precisa para identificar cambios en las enfermedades atendidas en el hospital. Seguidamente, a los galenos que laboran en consulta externa y a los usuarios les aplicaron encuestas a fin de determinar su valoración respecto al suministro de medicamentos que provee el servicio farmacéutico de consultorios externos del hospital. Encontraron que la demanda insatisfecha de medicamentos alcanzó al 74%, luego propusieron al comité de farmacoterapia del hospital la incorporación de medicamentos a la tabla básica (petitorio) institucional, que anteriormente presentaron al comité hospitalario de farmacoterapia, permitiendo incrementar presupuesto para satisfacer la adquisición de medicamentos. Simultáneamente se dispuso la estimación del costo para complacer la compra de los medicamentos; además, implementaron la sistematización de una anotación diaria de los medicamentos que causan demanda insatisfecha, considerando a esto un instrumento de ayuda importante para tomar disposiciones propicias para la actualización de medicamentos.

También De Castro S. (Colombia, 2013), realizó un estudio en una clínica de tercer nivel de atención en el distrito de Barranquilla, teniendo como propósito detallar la experiencia de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos coronarios (UCIC). Fue una investigación fenomenológica, para la que empleó el método de Colaizzi, participaron 9 pacientes cuyas edades fluctuaban de 59 a 74 años, de inicio habían sido hospitalizados en la UCIC diagnóstico de ingreso Infarto de Miocardio Agudo y que para el tiempo de aplicar la entrevista ya se encontraban hemodinámicamente estables en el área de hospitalización. Para el trabajo empleó la entrevista, notas de campo y la observación. Concluyó que, en los distintos ámbitos; ya sea clínico, de investigación y administrativo es necesario el rescate de los aspectos humano, espiritual y transpersonal por parte de los profesionales en las actividades de enfermería. Respecto a la manifestación de las experiencias los investigados se expresaron positiva y negativamente. Resultado concordante con otras investigaciones que reportaron similares experiencias.

Cercanamente, Huerta L. (Perú, 2015), en su estudio realizado en enero del 2015 con la finalidad de determinar el grado de satisfacción de pacientes atendidos en el tópico de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La investigación fue descriptiva, de corte transversal la que involucró a 77 usuarios de los cuales, el 92.2% estuvieron satisfechos con la atención. Las dimensiones que presentaron usuarios con más del 80% de satisfacción fueron: fiabilidad, seguridad, empatía y aspectos tangibles. Mientras que admisión, caja, servicio de laboratorio en el área de emergencia, comodidad y limpieza del servicio, y el trato del personal de emergencia fueron las variables con mayor insatisfacción.

También, Rivera G (Perú, 2014), ejecutó una investigación de carácter descriptivo, observacional y transversal, en la que involucró a 328 usuarios aplicando el cuestionario SERVQUAL. Con el propósito de establecer el grado de satisfacción del usuario externo acorde a sus perspectivas y apreciación sobre la calidad de atención en medicina general en los

consultorios del Hospital Nacional “Luis N, Sáenz”, septiembre 2013 - febrero 2014. En la investigación encontró que las expectativas en todas sus dimensiones alcanzaron un nivel alto ($x^2 = 6.23$). La percepción de la atención recibida obtuvo un nivel medio ($x^2 = 4,48$), y las dimensiones que mostraron niveles de insatisfacción fueron: seguridad (60,3%), empatía (59,7%), tangibilidad (82,0%), fiabilidad (69,9%) y capacidad de respuesta (67,8%). Concluyó que el nivel percibido de insatisfacción era similar en las diferentes variables.

Además, Acapana K, et al. (Perú, 2013), realizó un estudio cuyo propósito fue de identificar el grado de satisfacción del usuario del Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos”. Fue una investigación descriptiva de corte transversal, para la que involucró a una muestra de 150 usuarios. Como resultado encontró, con un 58.2% el predominio de la insatisfacción. Sin embargo la dimensión que mostró mayor satisfacción fue seguridad con 53%. Concluyó que la insatisfacción del usuario de los diferentes servicios, existe en mayor nivel. Mientras que la dimensión de seguridad alcanzó el mayor nivel de satisfacción del usuario, es decir, el tiempo que el profesional le dedicó para responder sus inquietudes o interrogantes y el decoro a la privacidad.

Por otro lado, Zamora S. (Perú, 2012), ejecutó su investigación con el siguiente propósito, “establecer el grado de satisfacción del usuario referente a la Infraestructura y Calidad de la atención en el Consultorio de Gineco - Obstetricia del Hospital de la Solidaridad de Comas, de Agosto 2011 a Febrero 2012”. Consistió en investigación cualitativa, observacional, descriptiva y de corte transversal; en la cual aplicó 242 encuestas anónimas a través del instrumento validado SERVQUAL. Como resultado encontró que el grado de satisfacción del usuario referente a la infraestructura y a la calidad de la atención alcanzo el 70.92%, mientras que a la evaluación individual el de mayor porcentaje fue respecto a la calidad de atención con 87.55%, a su vez que en referencia a la infraestructura del consultorio el grado de satisfacción alcanzó el 64.66%.

Luego, Ruiz A, et al. (Perú, 2011), investigó para establecer el estado de satisfacción del paciente pos intervenido quirúrgicamente de cara a los cuidados de enfermería, en el servicio de cirugía del Hospital Tingo María. Consistió en una investigación descriptiva de corte transversal en la que incluyó en su muestra a 47 pacientes pos operados, de los cuales el 62% fueron varones; la mayor proporción del grupo de edad estaba entre 40 a 59 años con un 33%, respecto al grado de escolaridad el 45% (21) tenían educación primaria, la mayoría procedentes de zona rural (19) es decir el 40%. El credo religioso que más profesaron fue el católico con 45% (21). 28 manifestaron insatisfacción con la accesibilidad al servicio de enfermería, es decir el 59,6%. La interacción enfermero(a)-paciente alcanzó un nivel de medianamente satisfecho con 24 pacientes que hacen un 51,1%. En su conclusión manifiesta que la satisfacción percibida alcanza a un grado medio, frente al grado de satisfacción regular para los cuidados pos cirugía que brinda el personal de enfermería.

Igualmente, (Terrones W S. J., 2006) realizaron un estudio con el propósito de evaluar la satisfacción del usuario posteriormente a recibir atención en el departamento de farmacia de un Hospital de la ciudad de Iquitos. Realizaron un estudio descriptivo, transversal, correlacional; la muestra estaba constituida por 360 usuarios a quienes les aplicó la encuesta personal. Luego determinaron que el 68 % manifestó no hallar los medicamentos en la farmacia que da los servicios en el hospital. No obstante, de los medicamentos que solicitó el médico el 98,7% los adquirió en farmacia. En referencia a la atención médica recibida, el 41,6% manifestó estar satisfecho. Finalmente la percepción del de insatisfacción del usuario en la farmacia por falta de medicamentos alcanzó el 50.5%.

Así mismo, (Gutiérrez, E; Ramos, W; Uribe, M; Ortega-Loayza, A; Torres, C; Montesinos, D; León, O; Galarza, C., 2009) trabajaron una investigación en la farmacia del Hospital Dos de Mayo, para determinar cómo influye el tiempo de espera en la satisfacción del usuario. La investigación fue descriptiva, observacional de corte transversal, donde por medio de la observación

directa a los pacientes registraron la demora para cada sub proceso de la atención (pago, emisión de comprobante y dispensación del medicamento). Se estimó el grado de satisfacción del usuario según la escala de Likert, para lo que se incluyó a 150 usuarios. El 59% fueron mujeres, cuya edad promedio fue $41,4 \pm 12,6$ años. La demora o tiempo de espera total en promedio fue de $37,1 \pm 14,7$ minutos, siendo significativamente mayor en el sub proceso de facturación ($p < 0,001$). Como conclusión advirtió que, existe un bajo grado de satisfacción debido al prolongado tiempo de espera, sustancialmente en el sub proceso de emisión de comprobante frente al 17,3% de los usuarios que indicaron mostraron cierto nivel de satisfacción; a su vez, la demora por menos de 20 minutos fue un predictor de satisfacción (OR: 4,6 [1,1 - 18,3]; $p < 0,05$) indistintamente de los otros factores.

Luego, De la cruz G. (2014), realizó un estudio para determinar la relación entre la percepción del usuario externo de la atención médica e insatisfacción de la atención en farmacia, fue un estudio de tipo descriptivo y transversal. Encuestó a 360 pacientes después de obtener el consentimiento informado. Utilizó la prueba del χ^2 con nivel de significancia $p < 0,05$ e IC 95%, para realizar el análisis descriptivo de los datos. El 63.9% fue de sexo masculino, cuya media de la edad fue de 37.9 ± 9.9 años, fueron titulares un 57.5% y el 43,9% eran oficiales en actividad. Respecto a la apreciación sobre la atención médica, obtuvo que fue: buena (16.9%), el (21,1%) mala y regular (62%). De similar manera para la atención en Farmacia-FOSPEME la percepción de la atención fue siendo; buena (19.7%), mala (30.8%) y regular (49.5%). Concluyó que; “hay relación directa entre la percepción de la atención médica en Medicina General y la atención en Farmacia-FOSPEME”. Los que advirtieron las mayores proporciones de mala atención fueron los titulares y varones en relación a la atención en la farmacia del PMCH, la atención médica fue el servicio con peor percepción.

Por otro lado, Kelly M. et. Al. (Trujillo, 2013). Ejecutó una intervención farmacéutica con la finalidad de enriquecer el abastecimiento de medicamentos de 11 farmacias de las instituciones de salud de la Micro Red

de salud “El Bosque” Trujillo. Que consistió en actividades de instrucción acerca de los procedimientos de almacenamiento y gestión de stock; también, empleó una encuesta evaluando el nivel de satisfacción de los usuarios de la farmacia de los establecimientos. Concluyendo que la intervención tuvo efecto favorable para los procesos de gestión de stock y almacenamiento, puesto que el nivel de satisfacción del usuario de las farmacias aumentó en un 5%.

1.3 Teorías Relacionadas al tema.

1.3.1 Demanda insatisfecha de medicamentos

Una etapa de mucho interés para la farmacia de las entidades prestadoras de servicios de salud y la prestación en sí de los servicios es la dispensación de medicamentos. Se ha visto que hasta los años ochenta para Europa y los años noventa para América Latina y el Caribe, “la actividad de las farmacias hospitalarias estaba completamente dedicada a la provisión de medicamentos a pacientes hospitalizados; desde entonces esa situación sufre un cambio significativo para la atención de pacientes no hospitalizados” (Alarcón, 2014). También señala que “la tendencia de la farmacia hospitalaria ha sido de un crecimiento lento pero sostenido, su importancia y actividad para las atenciones de urgencias, emergencias como de las hospitalizaciones radica en el carácter urgente que revisten los tratamientos y las atenciones en estos servicios; así mismo, la Farmacia de Hospital suministrará al usuario todo el material necesario para su administración” (Alarcón, 2014).

Las leyes de atención integral de salud constituyen una resolución de abastecimiento de medicamentos a pacientes muy concretos, a los cuales hay que enseñar debido a la dificultad que plantean los trámites burocráticos. Se estructura en un formato de paciente tipo (paciente SIS en nuestro país) que es candidato a recoger sus medicamentos en la farmacia del establecimiento donde ha sido atendido y en algunos casos requieren de controles especiales.

Estas estructuras se emplean en todo el mundo y forman parte del corpus legal que ampara al usuario de los servicios de salud e incluye distintos procesos de custodia, conservación, dispensación, vigilancia, supervisión y control. En algunos países como España, Francia e Italia existen mecanismos de sostén o apoyo hacia el uso racional de los medicamentos en los establecimientos encargados de prestar la atención en salud y que según autores, éstos actualizan y amplían sus funciones para: “ a) Garantizar y encargarse de la responsabilidad e incumbencia técnica de la compra o adquisición, control de la calidad, custodia, correcta conservación y transporte, coberturar las necesidades, elaboración de sustancias magistrales o preparados oficinales y dispensar los medicamentos adecuados para el tratamiento tanto en la actividad intra como extra hospitalaria, que necesite de singular cuidado, inspección y control; b) Instaurar un sistema seguro, práctico, acertado y eficaz de distribución de los medicamentos, adoptar normativas para asegurar con garantía su adecuada administración, dispensar los productos y custodiar aquellos que aún están en fase de investigación clínica, vigilar y asistir el cumplimiento de la normatividad vigente sobre estupefacientes, psicótopos y/ u otro medicamento que necesite de especial control; c) integrar las comisiones encargadas de la selección y evaluación científica de los medicamentos y su empleo; d) implantar el servicio de difusión e información de medicamentos así como el sistema vigilancia farmacológica intrahospitalario, minuciosos y metódicos estudios del uso de medicamentos y actividades de utilización de medicamentos y de farmacocinética clínica; e) implementar y realizar actividades respecto a funciones de su competencia dirigidas al personal de salud y a los pacientes o usuarios de la institución de salud. f) Realizar estudios de investigación propios o en coparticipación con otras áreas o servicios y cooperar en los ensayos clínicos con medicamentos; g) participar con los procesos y las estructuras de Atención Primaria y Especializada; h) ejecutar todas las acciones que puedan contribuir en un mejor control y uso de los medicamentos” (García, 2015; Díaz, López y Horta, 2013; SEFH, 2014).

En nuestro país todo esto tiene lugar a partir del año 2000 y se agrega el hecho que para tener acceso a la terapia medicamentosa es prioritario acatar con una secuencia de requisitos como por ejemplo: “ser afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS) en la jurisdicción del establecimiento de salud de su lugar de residencia, las prescripciones de medicamentos deberán hacerse en recetas estandarizadas para el centro o establecimiento al que pertenece, etc.” (Petrera M, 2003), (Pichihua, 2014).

Desde de esos momentos fue de necesidad establecer algunas bases que apuntaron a determinar la especialidad farmacéutica encargada del tema dentro de un estatus u otro. Así la OMS señala, “se habla de dispensación de medicamentos de acuerdo al cuadro de urgencia o emergencia hospitalaria y que, tal condición no tienen lugar en el medio ambulatorio; de acuerdo al procedimiento terapéutico, como por ejemplo operaciones quirúrgicas o pre quirúrgicas o tratamiento de pacientes en unidades de cuidados intensivos; de acuerdo a procedimientos diagnósticos que se lleven a cabo en hospitales, como por ejemplo radioisótopos y contrastes radiológicos; de acuerdo a la administración de medicamentos, por vía intravenosa u otra de más difícil acceso que requieran personal sanitario muy especializado; medicamentos suministrados en la elaboración de nutriciones parenterales y medicamentos en general que requieran un especial control y seguimiento por el equipo multidisciplinario del que dispone en el hospital” (OMS, 2007), (OMS, 2011).

Estos procesos de dispensación y abastecimiento de medicamentos en establecimientos de salud suponen para los autores un punto de partida para el cambio y mencionan; “que a partir de ello se requiere un nuevo espacio físico para almacenar y conservar adecuadamente los medicamentos destinados a los pacientes externos al hospital. Naturalmente también se necesita personal, tanto farmacéuticos como personal auxiliar para atender adecuadamente a los pacientes, establecer los nuevos circuitos de prescripción de los medicamentos y elaboración de protocolos de

información de medicamentos a los pacientes que recojan allí su medicación prescrita” (OMS, 2011); (T'hoen, 2009).

Para aplicar en la práctica este marco de dispensación de medicamentos existe toda una normativa internacional y nacional respecto al ordenamiento o la regulación de receta y dispensamiento de medicamentos. Así la OMS se refiere; “a una dispensación racional, que se llevará a cabo en los servicios de farmacia de cada establecimiento de salud y a una potenciación de la relación médico-farmacéutico para un adecuado seguimiento del tratamiento” (OMS O. M., 2008); (T'hoen, 2009).

Respecto a la prescripción, es el acto del profesional médico bajo la normativa legal sobre prescripción médica que establece el ordenamiento de la dispensación de la orden de dispensación de fármacos. En ese sentido Zamora refiere que, “el médico que firma dicha orden, debe estar adscrito al mismo establecimiento de salud donde se va a llevar a cabo la dispensación, el paciente debe presentar en el servicio de farmacia la orden de dispensación junto a una copia del informe clínico al que se adjunta una ficha de atención, en la que va anotado el medicamento a dispensar” (Zamora, 2012).

Pero, generalmente no siempre existen completos los medicamentos que se prescriben en la farmacia del establecimiento, lo que supone, genera una percepción negativa del sistema e insatisfacción por la atención recibida en general. “Esto significa aumento de costos para el paciente y un motivo para recurrir a la medicina alternativa o tradicional y no regresar al establecimiento de salud hasta que su salud se vea muy deteriorada o cuando ya es demasiado tarde para un tratamiento adecuado y oportuno” (Pichihua, 2014). Es decir, la OMS señala que, “la sensación y percepción de insatisfacción se puede observar en distintos niveles y fundamentalmente porque el paciente asegurado, antes de solicitar un servicio de atención, tiene altas expectativas para abastecerse de los medicamentos necesarios para el cuidado y tratamiento de su salud, lo que generalmente no lo es” (OMS, 2016).

Desde ese punto de vista se definió a la demanda insatisfecha sobre el abastecimiento de medicamentos como, “la demanda en la cual el público usuario no ha logrado acceder al producto y/o servicio y en todo caso si accedió no está satisfecho con lo que recibió” (Terrones W S. J., 2006).

Este concepto de demanda insatisfecha de medicamentos en poblaciones aseguradas parte de un derecho universal a la atención de la salud y se configura como un descriptor de las barreras de acceso a los medicamentos, para varios autores éstas barreras estarían constituidas por diversos factores como: “a) Problemas de investigación y desarrollo. Productos que no llegan a ser preparados o creados para patologías prevalentes, debido a ausencia de interés o de incentivos a fines de la investigación, es decir que resulta siendo poca; b) Problemas de disponibilidad; se refiere a que no se cuenta en el país con oferta suficiente de un medicamento, después de haber sido desarrollado, seguridad, calidad y eficacia comprobada; c) limitaciones en el sistema de suministros; una obligación estratégica que moldea un sub-sistema dentro del mismo sistema de salud es la provisión y suministro de medicamentos, para lo que hace falta garantizar una adecuada gestión del medicamento aunque los servicios médicos sean accesibles y adecuados” (Petrera, 2003; OMS, 2004; OMS, 2015; OMS, 2016). “La apropiada gestión implica una serie completa que incluye desde la selección, la programación de requerimientos, la adquisición, el almacenamiento, la distribución y logística, y la utilización final del mismo, es decir la prescripción, la dispensación y el consumo por parte del paciente; d) los costos altos de los medicamentos” (Petrera, 2003; OMS, 2004; OMS, 2015; OMS, 2016).

1.3.2 Satisfacción del usuario:

La satisfacción del usuario es un concepto que tiene múltiples dimensiones y que sus componentes varían de acuerdo al tipo de prestación o unidad prestadora de servicios donde se realice (consulta externa, emergencia, hospitalización, etc.), considerada como factor importante y deseable por parte de los profesionales. Autores como Bowers, consideran que, “está más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el

sistema sanitario o cualquiera de sus unidades (consultas o profesionales) y que conceptualmente, puede explicarse por la desconfirmación de expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave” (Bowers MR, Swan JE, Kohler WF, 1994). También, “término que se ha variado en su concepción a lo largo del tiempo ha ido nivelando, según han avanzado las investigaciones con énfasis en distintos aspectos” (Aranaz, 2000).

En referencia a la valoración de los servicios de salud y de la calidad de atención, la satisfacción del usuario es entre otras la perspectiva que, de a pocos ha ido ganando importancia para salud pública reconocida hace décadas atrás como eje principal de la evaluación de los servicios de la salud. Así como lo menciona Donabedian; “efectivamente, la satisfacción del paciente ha sido considerada tradicionalmente como factor determinante de la futura utilización de los servicios de salud, o bien, consecuencia de la utilización de estos” (Donabedian A. , 1984). También afirma que, “el concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio” (Donabedian A. , 1984).

La satisfacción ha sido estudiada desde hace años; “se incrementa el interés de estudiar la satisfacción en los años setenta a tal punto de que se publicaron más de 500 investigaciones” (Hunt, 1982), “incluso un estudio realizado por Peterson y Wilson, (1992) estiman en más de 15000 las investigaciones sobre satisfacción o insatisfacción del consumidor” (Morales V, 2004). A través del tiempo la evaluación de la satisfacción ha variado en su constructo, así; “en los setenta el interés se centraba en determinar las variables que intervienen en el proceso de su formación, en la década de los ochenta se analizan además las consecuencias de su procesamiento” (Morales V, 2004). También respecto a la conceptualización de satisfacción y criterios de medición se observa elevada variabilidad, desde: “carácter cognoscitivo, valoración de experiencia de consumo, actitud psicológica y

reacción, juicio evaluativo o cognitivo”. Pero que en esencia para Morales, “La mayoría de los autores consideran que la satisfacción implica: la existencia de un objetivo que el consumidor desea alcanzar, y la consecución de este objetivo sólo puede ser juzgada tomando como referencia un estándar de comparación y el proceso de evaluación de la satisfacción implica como mínimo la intervención de dos estímulos: un resultado y una referencia o estándar de comparación” (Morales V, 2004).

El concepto que predominó en la década de los 70 fue el de E. Koos (1954) juntos con el de Avedis Donabedian (1966) para quienes la satisfacción del usuario externo de los servicios de salud, “es una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente”. También distintos investigadores proponen que, “la satisfacción del paciente puede ser mejor entendida como una entrada a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras y médicos, principalmente”, Cafferata y Roghmann (1978). Sin embargo, “la satisfacción estaría influida por las características del paciente y por sus experiencias de salud, por lo que en 1991 definieron la satisfacción del paciente como los juicios de valor personales y las reacciones subsecuentes a los estímulos que perciben en el centro de salud”, Strasser y Devis (1991).

El paciente como consumidor del servicio de salud cada vez adopta un rol muy activo para tomar decisiones, a eso se debe que en los últimos decenios la inclinación y tendencias para medir la satisfacción del usuario se han incrementado a tal punto de ser uno de los principales objetivos al tiempo de medir la calidad de los servicios de salud. En ese sentido Donabedian afirma: “es imposible describir correctamente la calidad sin contar con el punto de vista del cliente, ya que su opinión nos proporciona información acerca del éxito o del fracaso del sistema sanitario para cubrir las expectativas de los pacientes y en las empresas que adoptan como propios los principios de calidad total adquiere más importancia incluso que los mismos beneficios empresariales” (Donabedian, 1966).

El concepto de satisfacción del usuario de salud ha alcanzado mucha importancia a tal punto que existen autores quienes señalan que; “la satisfacción en sí, es un beneficio que mejora la salud y contribuye a aumentar la participación y la adhesión del paciente en el cumplimiento de sus tratamientos y cuidados” (Bertones y Sánchez 1989; Winfield, Murrell y Clifford 1995; García, et al, 2001).

Según Martínez, “en la literatura sobre satisfacción del usuario, prevalecen tres acercamientos teóricos de carácter cognitivo, estos están relacionados con el paradigma de la disconfirmación de expectativas, con la teoría de la equidad y con las teorías de la atribución causal” (Martínez, 2000). A partir del paradigma de la disconfirmación de las expectativas, (Howard, 1969) afirma que; “la satisfacción aumenta a medida que lo hace el ratio expectativas/rendimiento, es decir; existe confirmación de expectativas y por lo tanto satisfacción, cuando las características del servicio utilizado son los esperados, e insatisfacción cuando el rendimiento es peor de lo que se esperaba”. Mientras que, en el paradigma de la equidad afirma; “la satisfacción del usuario es consecuencia de un proceso de comparación social, los individuos evalúan su satisfacción no solo en función de su costo-beneficio sino también a partir de los de otras personas de su contexto social” (Howard, 1969). Y finalmente según el punto de vista de la atribución causal refiere que, “se observa que diferentes dimensiones como el locus de control, la estabilidad y el control a la hora de atribuir el resultado de la experiencia de uso, juegan un papel importante para entender la satisfacción de los consumidores y usuarios” (Howard, 1969). De lo que podemos concluir que, la satisfacción del usuario es el resultado o resto de la expectativa y el juicio o percepción emitida de la atención recibida.

Posteriormente aparece un punto de vista que; “la satisfacción del paciente es una variable dependiente de la calidad de los servicios y es también una variable independiente que permite predecir el comportamiento de los usuarios, influyendo en los resultados clínicos y económicos de los servicios de atención de la salud” (Pascoe, 1983).

Avedis (Donabedian, 1966) comprende que la satisfacción del usuario de salud, “es una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud”. En ese sentido, para (Bretones C, 1989); “esto generó que la satisfacción del paciente sea considerada como un elemento deseable e importante de la actuación médica y, aunque intuitivamente el concepto es entendido por todos, no siempre existe acuerdo ni en lo que significa empíricamente ni en el significado de estas evaluaciones”.

Sin embargo, (Aranaz, 2000) vincula a la satisfacción del usuario de salud con; “aspectos generales denominados como amenidades compuestos por componentes generales del ámbito hospitalario y relacionado, entre otros, con el servicio de admisión, la unidad de atención al paciente y los servicios generales”. A su vez refiere; “es necesario que el profesional sanitario conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente para incrementar su satisfacción y la calidad de la asistencia sanitaria”. También menciona que a raíz de la satisfacción del usuario se promueve una nueva cultura de gestión, estableciéndose una serie de prioridades como: la libre elección de los servicios sanitarios, la preferencia al servicio más personalizado y confortable de alta calidad humana y científico-técnica, con asistencia continuada por un solo especialista, mejora en el acceso al sistema, la participación del ciudadano”. “Estos elementos conformarían un servicio de total calidad que cuya finalidad será la satisfacción del usuario” (Aranaz, 2000).

Serrano, afirma que; “actualmente en diferentes ámbitos existe el convencimiento de que los usuarios son los que pueden monitorizar y juzgar la calidad del servicio; especialmente desde la óptica de la participación social, se ha enfatizado en que los ciudadanos sean parte integrante y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación, planificación y redefinición de la política sanitaria, aportando a los gestores públicos información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios, ya que la percepción subjetiva del

usuario habla de la calidad del servicio conjugando al tiempo tanto sus necesidades como sus expectativas” (Serrano y Biedema, 2005).

En nuestro país, la satisfacción del usuario se define como: “la apreciación por parte del usuario sobre la calidad del servicio recibido, encuadrándose en sus elementos de la empatía, capacidad de respuesta, fiabilidad, seguridad y tangibilidad” (MINSA, 2012). Entendiendo esta definición; “satisfacción del usuario es la medida en que la atención y el estado de salud resultante de esta atención cumplan con las perspectivas del paciente, considerado como usuario externo desde el momento mismo en que entra al centro de salud” (Serrano y Biedema, 2005).

Estos conceptos del MINSA son recogidos de los planteamientos de Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. (1985) quienes parten de conocer la opinión del usuario de los servicios de salud referente a cómo percibe la forma de haber sido atendido, constituyendo una forma de evaluación de aspectos de la calidad de servicios de salud más rápida y a un costo bajo, de ésta manera se puede obtener un conjunto de ideas que sirven de información beneficiosa a la institución que oferta los servicios de salud, además para los mismos pacientes en sus carencias de salud, expectativas y resultados. Para efecto de la mencionada evaluación adapta las definiciones de las dimensiones siguientes.

La fiabilidad. Menciona que; “es la capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido” (MINSA, 2012).

Capacidad de respuesta o responsabilidad. Propone que, “es la disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable” (MINSA, 2012). Puede conceptualizarse también, como la capacidad de ayudar y/ o servir al usuario al proveerle atención oportuna que termine dando respuestas a las exigencias de los pacientes y ayudándolo en sus dificultades.

La Seguridad. “Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza” (MINSA, 2012). Dependerá del nivel de información, conocimiento, capacidad de servicio, habilidad para transmitir confianza y credibilidad por los profesionales.

Empatía. “Es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro” (MINSA, 2012). Es decir el servicio individualizado que brinda la institución al paciente.

Los aspectos tangibles. Hace referencia a; “los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución, estos están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad” (MINSA, 2012). Esto es el rasgo observable del servicio propuesto, todo aquello que transfieren imágenes físicas de la atención al usuario.

1.4 Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción del asegurado en el Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017?

1.5 Justificación del estudio

En términos teóricos la investigación desarrollará el corpus teórico basado en la descripción de la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción del asegurado, propondrá un enfoque medico social de respeto a derechos humanos universales sobre salud y bienestar y de acceso a la atención de calidad con equidad y sin discriminación. Con ello se espera contribuir con un granito de arena para cumplir con los objetivos de desarrollo.

En términos prácticos la investigación describirá el estado del arte de la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción

del asegurado del SIS en el Centro de Salud Usquil perteneciente a la Red de Salud Otuzco, 2017. El objeto es contar con una amplia plataforma de referencias empíricas para establecer mejores condiciones para enfrentar los retos actuales de la atención de salud al usuario en general y de la dispensación de medicamentos en la farmacia del centro de salud en particular.

En el campo médico social. Tendrá relevancia porque contribuirá a mejorar la calidad de vida del asegurado quien recibe la atención en los servicios diferentes del Centro de Salud Usquil; puesto que brindará información importante referente a cual es la percepción de los usuarios de la atención brindada del Centro de Salud Usquil especialmente en el servicio de farmacia, además permitirá establecer o reconocer si es que hay demanda insatisfecha de medicamentos, a su vez; esto ayudará a resolver problemas de gestión de suministro de medicamentos para mejorar y alcanzar a ofertar atención de calidad, con consecuente mejora, beneficio para el usuario y la institución que garantizará una atención de calidad; así mismo reduciría el costo social que implica tanto para la entidad prestadora de salud como para el usuario.

1.6 Hipótesis.

$H_{(1)}$. La demanda insatisfecha de medicamentos se relaciona significativamente con la satisfacción del asegurado en el Centro de Salud Usquil, Otuzco, 2017.

$H_{(0)}$. La demanda insatisfecha de medicamentos no se relaciona significativamente con la satisfacción del usuario asegurado Centro de salud Usquil, Otuzco, 2017.

1.7 Objetivos de la Investigación

1.7.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción del asegurado en el Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017.

1.7.2 Objetivos Específicos.

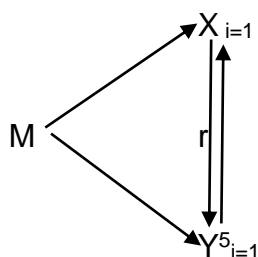
- Determinar la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con fiabilidad inherente a la satisfacción del asegurado.
- Determinar la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la capacidad de respuesta inherente a la satisfacción del asegurado.
- Determinar la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con seguridad inherente a la satisfacción del asegurado.
- Determinar la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con empatía inherente a la satisfacción del asegurado.
- Determinar la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con tangibilidad inherente a la satisfacción del asegurado.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo de Investigación. Se desarrolló una investigación descriptiva correlacional, en la que se describen las relaciones entre las variables. No se manipulan las variables para obtener resultados de ningún tipo (Hernández, Fernández y Baptista, 2012).

2.2 Diseño de Investigación.

Consistió en una investigación con diseño de campo, no experimental, descriptiva de corte transversal. De campo porque recolectaremos la información directamente de la realidad con el usuario, en el Centro de Salud Usquil. No experimental, porque no se alteran ni modifican las variables. Para este tipo de estudio el esquema correspondiente es:



Dónde:

M: Representa la muestra considerada para el estudio

X: Representa la variable: Demanda insatisfecha de medicamentos.

Y⁵: Representa la variable: Satisfacción del usuario y sus cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta o responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad.

r: Representa la relación que existe entre las variables.

2.3. Variables, Operacionalización.

2.3.1 Identificación de Variables

Variable I

Demanda insatisfecha de medicamentos. Fue la respuesta negativa, manifestada por parte del paciente posterior a su atención, con relación a la atención otorgada por el personal de farmacia y a la dispensación plena de los fármacos recetados por el facultativo.

Variable II

Satisfacción del usuario. según (Morales, 2011) definió; “la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia, que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización” (p.43). Para efectos del presente trabajo, fue la apreciación por parte del paciente, sobre la calidad servicio que recibió del Centro de Salud Usquil, Otuzco, se enfoca en los elementos de la empatía, capacidad de respuesta, fiabilidad, seguridad y tangibilidad.

2.3.2 Operacionalización de variables

Tabla 1: Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Criterio de medición
Demanda insatisfecha de medicamentos	Es, “la demanda en la cual el público no ha logrado acceder al producto y/o servicio y en todo caso si accedió no está satisfecho” (Terrones W S. J., 2006).	Auto referencia sobre la demanda insatisfecha de medicamentos	La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico.	Demanda Insatisfecha Demanda satisfecha	Nominal Satisfecho Insatisfecho
Satisfacción del usuario.	Apreciación por parte del usuario, sobre la calidad del servicio recibido, enfocada en los elementos de la empatía, capacidad de respuesta, fiabilidad, seguridad y tangibilidad (MINSA, 2012).	Resultados de la aplicación de encuesta SERVQUAL a través de sus dimensiones de fiabilidad, Responsabilidad, Seguridad, empatía y tangibilidad.	Fiabilidad inherente a la satisfacción con la atención	Grado de percepción de la Fiabilidad	Intervalo Malo (5-15 pts) Regular (16-25 pts) Buena (26 -35 pts)
			Capacidad de respuesta inherente a la satisfacción con la atención.	Grado de percepción de la Responsabilidad	Intervalo Malo (4-12 pts) Regular (13-20 pts) Buena (20 -28 pts)
			Seguridad inherente a la satisfacción con la atención	Grado de percepción de la Seguridad	Intervalo Malo (4-12 pts) Regular (13-20 pts) Buena (20 -28 pts)
			Empatía inherente a la satisfacción con la atención	Grado de percepción de la Empatía	Intervalo Malo (5-15 pts) Regular (16-25 pts) Buena (26 -35 pts)
			Tangibilidad inherente a la satisfacción con la atención	Grado de percepción de la tangibilidad	Intervalo Malo (4-12 pts) Regular (13-20 pts) Buena (20 -28 pts)

2.4 Población, Muestra Muestreo.

2.4.1 Población.

La población o también llamada universo, definida según (Baletini, 2001) como, “conjunto de elementos de los que se quiere conocer o investigar alguna o algunas de sus características” (p. 140). Para este trabajo, la población objeto de investigación lo constituyeron 4520 afiliados al Seguro Integral de Salud, atendidos ambulatoriamente durante el 2017 en las distintas unidades prestadoras de servicios con las que cuenta el Centro de Salud Usquil. (Fuente: Oficina de informática y estadística de la Micro red de salud Usquil).

2.4.2 Muestra.

La definición de muestra se puede interpretar como una porción del todo. (Sabino, 20002), señala textualmente, “una muestra es una parte del todo que llamamos universo y que sirve para representarlo” (p.83). Para este estudio la muestra fue constituida por 149 afiliados al Seguro Integral de Salud, atendidos ambulatoriamente en el año 2017 en los servicios de del Centro de Salud Usquil.

2.4.4 Muestreo.

Dentro de los tipos de muestreo existe el probabilístico, que según Méndez, C. (2009) “es aquel en el cual los elementos se seleccionan al azar. Es decir la probabilidad de ser seleccionada es conocida de cada elemento de la población y los resultados son utilizados para hacer inferencias sobre parámetros poblacionales” (p. 285). Además añade, “los principales tipos de muestreo probabilístico son: aleatorio simple, aleatorio estratificado, sistemático y muestreos por conglomerado”. (p. 285). En este estudio se practicó un muestro probabilístico aleatorio simple para población conocida. Para determinar la proporción muestral se hizo uso de la fórmula siguiente.

$$n' = \frac{NZ^2 * p (1-p)}{(N-1) E^2 + Z^2 * p (1-p)}$$

E = Error esperado: 0.05 (5%)

p = Confianza: 90%

Z = 1.96 con nivel de significancia estadística < 5%

N = Población: 4520

$$n' = \frac{4520(3.8416) * 0.9 (1-0.9)}{(4520-1)(0.0025) + (3.8416) * 0.9 (1-0.9)}$$

$$n' = \frac{1736.4032}{11.2975+0.38416}$$

$$n' = \frac{1736.4032}{11.68166} = 148.6435318268123$$

$$n' = 149$$

2.4.4 Criterios de inclusión. Para seleccionar la muestra se consideró los criterios siguientes.

- Usuarios SIS de 18 a 60 años de edad, de ambos sexos.
- Usuarios que hayan sido atendidos en los distintos servicios del Centro de Salud Usquil, luego en el servicio de farmacia.
- Usuarios que voluntariamente desearon participar en el estudio.
- Usuarios que no presentaron alteraciones de su salud mental.

2.4.5 Criterios de exclusión. Para no ingresar a la muestra, se tuvo en consideración los principios de exclusión siguientes.

- Usuarios de ambos sexos menores de 18, mayores de 60 años.
- Pacientes que no quisieron formar parte del estudio.
- Usuarios con problemas de su salud mental.

2.4.6 Unidad de análisis.

Cada paciente asegurado al Seguro Integral de Salud, que ha recibido atención en cualquiera de los servicios del centro de salud Usquil, luego de ser atendido en el servicio de farmacia, que cumplió con los criterios de inclusión.

2.5 Técnica e Instrumento de Recolección, Validez y Confiabilidad.

2.5.1 Técnica

Existen diferentes maneras para recolectar la información. En ese sentido los autores como (Arias, 2012) afirma; “las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener información, ejemplos de técnicas son; la observación directa, el análisis documental, análisis de contenido, la encuesta.” (p. 25). En este trabajo se empleó la encuesta; se trabajó con la aplicación del cuestionario elaborado. Luego de obtener el permiso correspondiente acceso al establecimiento (Anexo 12), se aplicó la encuesta asistida con abordaje persona a persona a usuarios que han sido atendidos en los distintos servicios del Centro de Salud Usquil y luego en farmacia.

2.5.2 Instrumento.

Sobre el instrumento de recolección de datos, (Arias, 2012) opina que “es el medio material empleado para recoger y almacenar la información. Ejemplo: guías de entrevista, lista de cotejos, escalas de actitudes u opinión (tipo Likert), fichas, formatos de cuestionario, grabadores, etc.” A su vez (Sabino, 20002) Conceptualiza; “un instrumento de recolección de datos, en principio, es cualquier recurso del que se vale el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos la información”. (p.99)

En ésta investigación para recolectar los datos, la herramienta utilizada fue el cuestionario, de la Escala Multidimensional SERVQUAL elaborada por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) y modificada por el (MINSAs, 2011). Consta de 22 ítems distribuidos en 5 dimensiones: Fiabilidad con 5 ítems, capacidad de respuesta o responsabilidad con 4 ítems, seguridad con 4 ítems, empatía con 5 ítems y tangibilidad con 4 ítems. La adaptación para el presente estudio es la inclusión de una interrogante que consiste en la demanda insatisfecha de medicamentos que por ser categórica no paso a ser parte del instrumento sino su complemento (Anexo 1)

2.5.3 Validación y o confiabilidad del instrumento.

Tabla 2: Validación y confiabilidad del instrumento Escala Multidimensional SERVQUAL elaborada por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988)

Nombre	Escala Multidimensional SERVQUAL
Autor	Parasuraman, Zeithaml y Berry 1985 / MINSA, 2012/ adaptación de Celis E, Cruz J y Lora M. (2017).
Año	1985/2012/2017
Aplicación	Centro de salud Usquil – Otuzco - Perú.
Versión	Primera 1998/2011/2017
Sujetos de aplicación	20 usuarios de Centro de salud Usquil de ambos sexos y de 18 a 60 años de edad.
Tipo de administración	Individual y colectiva
Duración	15 minutos
Normas de puntuación	<p>General con 22 ítems para medir la Calidad de Servicio y especifica por dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> –. Fiabilidad: Preguntas del (1-5). –. Capacidad de respuesta o Responsabilidad: Preguntas del (6-9). –. Seguridad: Preguntas del (10-13). –. Empatía: Preguntas del (14-18). –. Tangibilidad: Preguntas del (19-22). <p>Cada ítem se estructura en la escala numérica del 1 al 7. 1 se considera como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.</p>
Campo de aplicación	Administración de localidad del servicio en entidades públicas y privadas
Validez	<p>Validez interna</p> <p>Desarrollo de teoría relacionada con Escala SERVQUAL para medir satisfacción por el servicio recibido (percepción), bajo el auspicio del Marketing Science Institute.</p> <p>Se valoran los trabajos de Zeithaml, Valarie A. (1983): “Calidad total en la gestión de servicios: cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. USA”; y, de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing.</p> <p>Validez externa. Esta dada por la aplicación adaptada del SERVQUAL por el MINSA desde el 2011, según RM N° 527-2011/MINSA. Aprobación de la guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.</p>

<p style="text-align: center;">Confiabilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confiabilidad de la prueba a nivel general fue determinada mediante el Alfa de Cronbach con una referencia de fiabilidad basada en 22 elementos estandarizados de 0.867 (nivel aceptable Muy Alto). También presenta una media de la escala con valor de 93,36 con varianza de 483,481 y desviación estándar de 21,988 que determinaron, con un 95% de intervalo de confianza, coeficientes de correlación entre 0,764 a 0,933 y una variabilidad (F) de 7,278 con una sig. De: 0,000 (Muy significativa). - Confiabilidad de la dimensión FIABILIDAD: determinada mediante el Alfa de Cronbach con una referencia de fiabilidad basada en 5 elementos estandarizados en 0.763 (nivel aceptable Alto). Esta dimensión presenta una escala con una media de 19,73 con varianza de 38,684 y una desviación estándar de 6,220 que determinaron, con un 95% de intervalo de confianza, coeficientes de correlación entre 0,483 a 0,870 y una variabilidad (F) de 3,596 con una sig. De: 0,000 (Muy significativa). - Confiabilidad de la dimensión CAPCIDAD DE RESPUESTA O RESPONSABILIDAD: determinada mediante el Alfa de Cronbach con una referencia de fiabilidad basada en 4 elementos estandarizados en 0.754 (nivel aceptable Medio Alto). Esta dimensión presenta una escala con una media de 17,09 con varianza de 33,515 y una desviación estándar de 5,789 que determinaron, con un 95% de intervalo de confianza, coeficientes de correlación entre 0,433 a 0,864 y una variabilidad (F) de 3,377 con una sig. De: 0,000 (Muy significativa). - Confiabilidad de la dimensión SEGURIDAD: determinada mediante el Alfa de Cronbach con una referencia de fiabilidad basada en 4 elementos estandarizados en 0.911 (nivel aceptable muy alto). Esta dimensión presenta una escala con una media de 15,95 con varianza de 45,760 y una desviación estándar de 6,765 que determinaron, con un 95% de intervalo de confianza, coeficientes de correlación entre 0,982 a 0,996 y una variabilidad (F) de 108,787 con una sig. De: 0,000 (Muy significativa). - Confiabilidad de la dimensión EMPATÍA: determinada mediante el Alfa de Cronbach con una referencia de fiabilidad basada en 5 elementos estandarizados en 0.910 (nivel aceptable Medio Alto). Esta dimensión presenta una escala con una media de 22,14 con varianza de 58,981 y una desviación estándar de 7,680 que determinaron, con un 95% de intervalo de confianza, coeficientes de correlación entre 0,769 a 0,942 y una variabilidad (F) de 8,034 con una sig. De: 0,000 (Muy significativa). - Confiabilidad de la dimensión TAMGIBILIDAD: determinada mediante el Alfa de Cronbach con una referencia de fiabilidad basada en 4 elementos estandarizados en 0.704 (nivel aceptable Medio). Esta dimensión presenta una escala con una media de 18,45 con varianza de 50,260 y una desviación estándar de 7,089 que determinaron, con un 95% de intervalo de confianza, coeficientes de correlación entre 0,429 a 0,863 y una variabilidad (F) de 3,356 con una sig. De: 0,000 (Muy significativa).
<p>Conclusión</p>	<p>La prueba es confiable tanto a nivel general como en su estructura interna de 5 dimensiones y en consecuencia se recomienda su aplicación para el presente estudio.</p>

2.6 Métodos de Análisis de Datos.

Respecto a las técnicas de procesamiento de datos, Arias F. (1999) señala que, “aquí se describe las distintas operaciones a las que serían expuestos los datos obtenidos; dentro de éstas técnicas incluyen: registro, clasificación, tabulación y codificación si fuere el caso” (p. 53). Concerniente al análisis de datos, también manifiesta que, “aquí se definirán las técnicas lógicas (análisis, síntesis, inducción, deducción) o estadísticas (descriptivas o inferenciales), que se emplearan para interpretar lo que evidencian los datos recogidos” (p. 53).

Para este estudio, se establecieron categorías para cada indicador de las variables estudiadas. Esto se basó en poner códigos numéricos excluyentes entre sí en cada categoría. Las categorías de los códigos no se superponen. No se consideraron espacios vacíos. Después de señalar las categorías de los códigos, fueron ingresados los datos directamente al software estadístico SPSS /PC+V22.0. Se presentaron los datos en tablas de doble entrada con frecuencia simple y ponderada. El estudio estadístico giró en torno a la aplicación del coeficiente de correlación ETA que permite cuantificar la relación entre una variable categórica (nominal) con una variable cuantitativa (medida en escala de intervalo). Por tratarse de un coeficiente de correlación que no implica linealidad y cuyo cuadrado puede interpretarse como la proporción de varianza de la variable cuantitativa por acción de la variable categórica. Para el presente estudio se tomó el coeficiente “Eta Cuadrado” que toma en cuenta la magnitud del resultado para indicar la proporción en la que una variable X (categórica: demandas insatisfechas de medicamentos) explica la varianza en una variable Y (de intervalo: satisfacción del usuario y/o de sus dimensiones como fiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad). Se adecúa de acuerdo a los objetivos del estudio y para establecer la correlación se define un rango que va de 0 a 1, siendo:

- 0 - 0,3 = Correlación Baja: es significativa, pero débil (Se acepta $H_{(0)}$)
- 0,4 - 0,6 = Correlación media: es significativa, moderada (no se acepta $H_{(0)}$)
- 0,7 – 1 = Correlación Alta: es significativa fuerte (no se acepta $H_{(0)}$)

2.7 Aspectos Éticos

Siempre en un trabajo de investigación es necesario considerar los aspectos éticos. Existió el menester de establecer múltiples sugerencias éticas que dirigieran la investigación en seres humanos, que ha madurado gracias a un proceso histórico y evolutivo. Así desde 1964, la Asamblea Medica Mundial decretó la declaración de Helsinki en su primera versión; que recomienda el cómo de la realización de la investigación en seres humanos; pasó por 5 revisiones hasta el 2001 (Delgado R., 2002). Además, existieron numerosos e impetuosos esfuerzos en distintos países, los que han instaurado disposiciones que fueron compiladas y producidas por la Conferencia Internacional de Armonización, entre 1996 y 1997 en un documento cuyas siglas son BPC (Buenas Prácticas Clínicas), se instaura patrones de referencia internacional o estándares de calidad éticos y científicos, para todas la etapas de experimentos en seres humanos. Un autor considera que; “este es un estándar unificado, que al cumplirse estas buenas prácticas clínicas, se aceptan mutuamente los resultados de estos estudios clínicos” (Delgado R., 2002). Además refiere que, “siempre que se investigue, deben considerarse los siguientes principios éticos que la rigen, como; el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia” (Delgado R., 2002).

El presente trabajo se condujo bajo los preceptos decretados en la declaración de Helsinki y cumpliendo con todo lo señalado, se desarrolló en conformidad a las sucesivas consideraciones éticas, puesto que se logró obtener manifiestos teóricos de investigaciones similares, se mencionan los créditos correspondientes, respetando el derecho de autor para lo que se colocó las referencias bibliográficas debidas; en la recolección de datos se aseguró la participación voluntaria de los encuestados, se mantienen y mantendrán en rigurosa cautela; su identidad, la información registrada en los formatos de recolección de datos, y en los demás procesos de la investigación protegeremos la no propagación para otros fines que no sean los académicos. Aseguramos y mantenemos el secreto y confidencialidad de los datos de cada uno de los pacientes. Utilizamos el programa turnitin con la finalidad de garantizar la originalidad del trabajo.

III. RESULTADOS

Tabla 3

Relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la fiabilidad inherente a la satisfacción del asegurado en el Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017

SATISFACCIÓN CON LA FIABILIDAD	DEMANDA DE MEDICAMENTOS					
	SATISFECHA		INSATISFECHA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUY SATISFECHO	16	10,7	20	13,4	36	24,2
SATISFECHO	44	29,5	55	36,9	99	66,4
NO SATISFECHO	8	5,4	6	4,0	14	9,4
Total	68	45,6	81	54,4	149	100,0

	Eta	Eta Cuadrado
Satisfacción con la Fiabilidad (dependiente)	0,049	0,002401
Demanda insatisfecha de medicamentos (dependiente)	0,074	0,005476

La Tabla 3, nos muestra que la demanda de medicamentos es insatisfecha en un 54,4% y la mayoría está satisfecho (66,4%) con la fiabilidad en la atención del Centro de Salud Usquil-Otuzco. La razón cruzada de mayor peso se encuentra entre la demanda insatisfecha de medicamentos y la satisfacción con la fiabilidad en la atención (36,9%). La correlación entre ambas variables es muy baja, estadísticamente significativa pero débil el coeficiente de Eta Cuadrado, tomando en cuenta que la demanda de medicamentos es la variable independiente, solo explicaría un 0,2401% de la variación en la satisfacción del usuario con la fiabilidad en la atención.

Tabla 4

Relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la satisfacción del asegurado en el Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017

SATISFACCIÓN CON LA CAPACIDAD DE RESPUESTA O RESPONSABILIDAD	DEMANDA DE MEDICAMENTOS					
	SATISFECHA		INSATISFECHA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUY SATISFECHO	22	14,8	35	23,5	57	38,3
SATISFECHO	35	23,5	37	24,8	72	48,3
NO SATISFECHO	11	7,4	9	6,0	20	13,4
Total	68	45,6	81	54,4	149	100,0

	Eta	Eta Cuadrado
Satisfacción con la capacidad de respuesta o responsabilidad (dependiente)	0,118	0,013924
Demanda de medicamentos (dependiente)	0,119	0,014161

La Tabla 4, nos muestra que la demanda de medicamentos es insatisfecha en un 54,4% y la mayoría está satisfecho con la capacidad de respuesta o responsabilidad en la atención del Centro de Salud Usquil-Otuzco (48,3%). La razón cruzada de mayor peso se encuentra entre la demanda insatisfecha de medicamentos y la satisfacción con la capacidad de respuesta o responsabilidad en la atención (24,8%). La correlación entre ambas variables es muy baja estadísticamente significativa pero débil el coeficiente de Eta Cuadrado, tomando en cuenta que la demanda de medicamentos es la variable independiente, sólo explicaría un 1,3924% de la variación en la satisfacción del usuario con la capacidad de respuesta o responsabilidad en la atención.

Tabla 5

Relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la seguridad inherente a la satisfacción del asegurado con la atención en el Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017

SATISFACCIÓN CON LA SEGURIDAD	DEMANDA DE MEDICAMENTOS					
	SATISFECHA		INSATISFECHA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUY SATISFECHO	20	13,4	34	22,8	54	36,2
SATISFECHO	39	26,2	40	26,8	79	53,0
NO SATISFECHO	9	6,0	7	4,7	16	10,7
Total	68	45,6	81	54,4	149	100,0

	Eta	Eta Cuadrado
Satisfacción con la Seguridad (dependiente)	0,134	0,017956
Demanda de medicamentos (dependiente)	0,137	0,018769

La Tabla 5, nos muestra que la demanda de medicamentos es insatisfecha en un 54,4% y la mayoría está satisfecho con la seguridad en la atención del Centro de Salud Usquil-Otuzco (53,0%). La razón cruzada de mayor peso se encuentra entre la demanda insatisfecha de medicamentos y la satisfacción con la seguridad en la atención (26,8%). La correlación entre ambas variables es muy baja el coeficiente de Eta Cuadrado, tomando en cuenta que la demanda de medicamentos es la variable independiente, solo explicaría un 1,7956% de la variación en la satisfacción del usuario con la seguridad en la atención.

Tabla 6

Relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la empatía inherente a la satisfacción del asegurado con la atención en el Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017

SATISFACCIÓN CON LA EMPATÍA	DEMANDA DE MEDICAMENTOS					
	SATISFECHA		INSATISFECHA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUY SATISFECHO	16	10,7	31	20,8	47	31,5
SATISFECHO	46	30,9	46	30,9	92	61,7
NO SATISFECHO	6	4,0	4	2,7	10	6,7
Total	68	45,6	81	54,4	149	100,0

	Eta	Eta Cuadrado
Satisfacción con la empatía (dependiente)	0,164	0,026896
Demanda de medicamentos (dependiente)	0,166	0,027556

La Tabla 6, nos muestra que la demanda de medicamentos es insatisfecha en un 54,4% y la mayoría está satisfecho con la empatía en la atención del Centro de Salud Usquil-Otuzco (61,7%). La razón cruzada de mayor peso se encuentra entre la demanda insatisfecha de medicamentos y la satisfacción con la empatía en la atención (30,9%). La correlación entre ambas variables es muy baja estadísticamente significativa pero débil el coeficiente de Eta Cuadrado, tomando en cuenta que la demanda de medicamentos es la variable independiente, solo explicaría un 2,6896% de la variación en la satisfacción del usuario con la empatía en la atención.

Tabla 7

Relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la tangibilidad inherente a la satisfacción del asegurado con la atención en el Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017

SATISFACCIÓN CON LA TANGIBILIDAD	DEMANDA DE MEDICAMENTOS					
	SATISFECHA		INSATISFECHA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUY SATISFECHO	15	10,1	13	8,7	28	18,8
SATISFECHO	32	21,5	48	32,2	80	53,7
NO SATISFECHO	21	14,1	20	13,4	41	27,5
Total	68	45,6	81	54,4	149	100,0

	Eta	Eta Cuadrado
Satisfacción con la tangibilidad (dependiente)	0,001	0,000001
Demanda de medicamentos (dependiente)	0,123	0,015129

La Tabla 7, nos muestra que la demanda de medicamentos es insatisfecha en un 54,4% y la mayoría está satisfecho con la tangibilidad de la atención en el Centro de Salud Usquil-Otuzco (53,7%). La razón cruzada de mayor peso se encuentra entre la demanda insatisfecha de medicamentos y la satisfacción con la tangibilidad en la atención (32,2%). La correlación entre ambas variables es muy baja estadísticamente significativa pero débil el coeficiente de Eta Cuadrado, tomando en cuenta que la demanda de medicamentos es la variable independiente, solo explicaría un 0,0001% de la variación en la satisfacción del usuario con la tangibilidad en la atención.

IV. DISCUSIÓN

Se partió de una premisa de investigación que daba por hecho la significativa relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción del usuario de la atención recibida, nada hacía suponer que podríamos demostrar lo contrario y que en todas las razones cruzadas estudiadas entre la demanda insatisfecha de medicamentos con las dimensiones de la satisfacción del usuario: fiabilidad (tabla 3), capacidad de respuesta o responsabilidad (tabla 4), seguridad (tabla 5), empatía (tabla 6) y tangibilidad (tabla 7) no encontraríamos relación alguna. Esta parte del estudio es de por sí un repaso de nuestro presupuesto teórico, académico y profesional y hasta podríamos decir muy en contra de la voluntad mental puesto que, tal cual se presentan los resultados, tratamos de encontrar un razonamiento lógico que lo explique. Veamos entonces de que se trata todo.

Primero, debemos señalar que en relación a la satisfacción del usuario, los resultados pueden considerarse similares a los reportados por Reyes et al, 2015; Huerta, 2015 que miden la satisfacción en dos categorías satisfechos y no satisfechos encontrando 88% y 92,2% de satisfacción respectivamente y nuestros resultados encuentran (en esta lógica sumados satisfechos y muy satisfechos) porcentajes entre 87 a 93% en las dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta o responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad. Sin embargo, pueden considerarse contrarios a los reportados por Rivera, 2014 cuyos niveles de insatisfacción son: 69,9% en fiabilidad, 67,8% en capacidad de respuesta, 60,3% en seguridad, 59,7% en y 82,0% para tangibilidad. Ninguna de estas dimensiones de la satisfacción del usuario están relacionadas significativamente con la demanda insatisfecha de medicamentos los coeficientes de correlación Eta son muy bajos (de 0 a 0,3) y las Eta Cuadrado explican porcentajes muy bajos de la variabilidad que sufren las dimensiones de la satisfacción del usuario por efecto de la demanda insatisfecha.

Estos resultados pueden explicarse desde dos perspectivas médico sociales: la falta de conocimientos y actitudes para la exigencia de un derecho de garantizar a la población asegurada la disponibilidad y el acceso a los medicamentos por parte de la farmacia institucional u hospitalaria (ONU, 2008; T`hoen, 2009; OMS, 2011;

OMS, 2016; OMS, 2015) y por otro lado, por la forma como se estructuran las percepciones sobre la satisfacción de los usuarios sobre los servicios recibidos (Serrano, 2008; Wills, 2011; Aranaz, 2000).

Desde la perspectiva médico social de la falta de conocimientos y actitudes para la exigencia del derecho de garantía a la disponibilidad y acceso a los medicamentos por parte de la farmacia institucional u hospitalaria a la población, los resultados podrían ser explicados tomando en cuenta la evolución desconocida, para el usuario e incluso para el propio trabajador de los servicios de salud, de los procesos de dispensamiento de medicamentos desde que apareció la farmacia hospitalaria en el siglo XIX. Se desconoce que, por ejemplo; su papel era el dispensamiento de medicamentos con miras a salvaguardar las vidas de los pacientes y que este concepto cambió a la par de los cambios que sufrían los propios medicamentos a manos de la industria farmacéutica en todo el mundo. La industria farmacéutica hizo evolucionar la estructura del trabajo farmacéutico a nivel hospitalario de tal manera que las premisas que hoy se manejan al respecto es de que, “este es un camino privado, particular y que se maneja con sus propias normas y procedimiento apartándose desde hace mucho de la percepción de los usuarios; Solo se permite evaluación por especialistas” (ONU, 2008; T`hoen, 2009).

Al parecer existe un conflicto o una percepción equivocada por parte del usuario de que él no tiene nada que ver con la atención que brinda la farmacia hospitalaria. Al contrario, es una obligación del usuario conocer y mostrar una participación más activa en dichos procesos, sobre todo cuando es una población que se supone está asegurada para recibir los beneficios del trabajo de la farmacia institucional u hospitalaria. Se sabe que esto es un derecho (hasta jurídico legal), pero no se ejerce dicho derecho porque nadie lo dice cómo hacerlo y se puede decir que al sistema de salud de alguna manera le conviene, porque lo considera su espacio, su parcela, su propiedad, para eso tienen a sus “especialistas” y profesionales del área (T`hoen, 2009).

El sistema sanitario peruano le otorga al usuario el derecho formal, declarativo y hasta normativo, pero; nunca facilitado ni practicado ni permitido. En la práctica no

se considera un derecho del usuario y el usuario con su actitud de indiferencia lo acepta, de ahí que su percepción esté libre de criterios valorativos al respecto.

No es posible que esta facultad del usuario para exigir que se les dispense los medicamentos adecuados a su tratamiento se haya dejado de lado, también a la hora de evaluar la prestación de servicio que recibe. Al parecer en el diario social no se maneja este tema como un referente cultural y solo están fijados los temas de costos de medicamentos porque les afecta el bolsillo. Los medicamento injustamente negados en la farmacia hospitalaria, se tienen que conseguir fuera del hospital y a costos elevados. A pesar que las normas y leyes protegen al usuario, ya se tiene que si no suministran medicamento, no va a pasar nada, solo hay que conseguirlo fuera porque no es cubierto por el SIS, aunque no sea así (OMS, 2011; OMS, 2016).

Esto significa que la farmacia hospitalaria está en camino de convertirse en el intermediario o promotor de ventas de las farmacias privadas. Se ha distorsionado con ello su papel de dispensador y almacenista de medicamento, aparte se de ser artesanal o altamente informatizado, ha dejado de acompañar al médico o profesional tratante y estaría en camino de perder el contacto con el enfermo y su visión como proyecto de ayuda social. Se tienen medicamentos almacenados que nadie los requiere y si lo requieren los usuarios simplemente “no existen” (OMS, 2016; OMS, 2015).

Esta situación va contra las necesidades del usuario y del propio hospital, contra la magra economía de la población usuaria solo por el hecho de buscar condiciones económicas más ventajosas fuera del ámbito hospitalario. Cada día se puede observar lotes de medicamentos o productos farmacéuticos declarados en caducidad o desuso y son desechados. Lo que el paciente o usuario de los servicios de salud no le interesa porque no se entera o desconoce lo que pasa y porque pasa eso en nuestra realidad (OMS, 2015).

Desde ese punto de vista del derecho al medicamento para un tratamiento el sistema de salud del Perú es débil respecto al cumplimiento de la responsabilidad,

pero; nunca se muestra identificado. Esto implica que el usuario que desconoce no tiene de que preocuparse, pero para el que conoce las disposiciones técnicas por más modernos que sean, conllevan hacer que el usuario pueda exigir el dispensamiento de sus medicamentos y no le queda solo en el camino para conseguirlo afuera (OMS, 2015).

Estos escenarios del desconocimiento del usuario pueden significar una respuesta a los resultados aquí encontrados, pero; ante todo significa un clamor por resolver un problema de salud pública que afecta a la mayoría de las poblaciones del mundo. (Allard, 2012)

Para muchos farmacéuticos hospitalarios, estas afirmaciones de valor solo deterioran sus prestigios y dignidad profesional; ya que sostiene que las farmacias siempre están abiertas y disponibles para suministrar asistencia médico clínica tanto como atención médica preventiva, de recuperación y ambulatoria, sea el paciente de cualquier condición social y económica. Aunque progresivamente se ha ofrecido mayor calidad y sensibilidad en la asistencia médico clínica, solo se han quedado en propuestas independientes sin participación de sus Instituciones hospitalarias (OMS, 2016; OMS, 2015).

Hay muchas interrogantes que quedan en el aire al respecto, desde la forma en que son elegidos los medicamentos hasta los criterios legales para suminístrale o regularlos en las instituciones hospitalarios. Lo más importante es que el usuario se olvidó que aquí la entrega de medicamentos en la terapéutica que ejecuten en las instituciones de salud, constituye por su misma naturaleza sanitaria un derecho exigible por ley y no un servicio profesional orientado a satisfacer las necesidades comerciales del mercado farmacéutico particular.

Respecto a la forma como se estructuran las percepciones sobre la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud recibidos, al parecer es necesario revisar algunos los principios doctrinales de la prestación de servicios hospitalarios. Las percepciones pueden ser estructuras mentales y funcionales, pero antes que todo son constructos que se basan en el rompimiento de expectativas específicas y

técnicas correspondientes a la prestación de servicios hospitalarios (en este caso). A pesar que los servicios hospitalarios han ido ganando protagonismo para evitar las urgencias haciendo atención primaria de salud y prevención, poco a poco aspiran a convertirse en estructuras especializadas, y eso hace que el servicio farmacéutico se integre cada vez más al contexto en que son percibidas las prestaciones de servicios en salud a través del tiempo (Serrano, 2008; Wills, 2011; Aranaz, 2000).

Muchas han sido las propuestas para que la farmacia hospitalaria vaya de la mano con la prestación de servicios hospitalarios clínicos asistenciales pero la dispensación de los medicamentos se resiste fuertemente a ellos. Incluso en los instrumentos de evolución de la percepción del usuario hospitalario del MINSA (Servqual) se olvidaron de evaluar el servicio de la farmacia hospitalaria. También se cuentan con un conjunto de normas y estatutos de evaluación de los servicios desde la perspectiva del usuario, sin embargo, es poco probable que alguien quiera asumir la responsabilidad técnica o política sobre ellos (OMS, 2011).

No se puede tener una percepción o estar satisfecho con un servicio de salud que incluya a la farmacia, cuando la farmacia hospitalaria y su manejo es un secreto sellado con ochenta mil llaves. No sabemos nada o el usuario no sabe nada sobre las adquisiciones de los medicamentos, las especificidades que los contienen, los tipos de productos y artículos farmacéuticos, sus cartas de garantía, su calidad y correcta conservación, etc. Solo sabemos que aunque hay personal especializado para ello, las referencias que se tienen o consiguen son cuando en los lotes de medicamentos dados de baja médica salen a luz pública. No cuentan con información actualizada para todo el personal sanitario del hospital y muy pocos son los programas que contribuyen a mejorar la eficacia en la acción de los fármacos recetados. “Nada garantiza que el medicamento que le recetaron al paciente sea el de uso más racional y profesional factible, en aras a conseguir la máxima eficacia terapéutica” (Aranaz, 2000).

Entonces, la estructura de las percepciones para determinar la satisfacción del usuario respecto del servicio que recibió presentan barreras infinitas, de ahí que se

explique, “la no relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción del usuario con los servicios de salud que se recibió” (Serrano, 2008).

El otro aspecto de la estructura afectiva de la percepción del usuario respecto a la satisfacción con los servicios de salud que recibió es la gran variación de los componentes afectivos de la actitud del usuario frente al sistema sanitario. Son estos componentes afectivos de la actitud los que generan o pueden generar disconfirmación de expectativas a través de las percepciones. Este proceso psicosocial ha sido estudiado desde diferentes puntos de vista: desde el punto de vista del beneficio para la mejora de la salud, “es un proceso del comportamiento que contribuye a aumentar la participación y adhesión del paciente en el cumplimiento y de su tratamiento y cuidado” (García, Pancorbo, Rodríguez y Rodríguez, 2001; Winfield, Murrell, Clifford, 1995).

Sin embargo; parecen que estos procesos se enfocan en la actuación médica principalmente, mientras que otros que contribuyen a ello, no tienen un significado importante en la percepción de los pacientes (García, Pancorbo, Rodríguez y Rodríguez, 2001). Con los cambios sociales de los últimos tiempos, han cambiado las expectativas y la población usuaria de los servicios hospitalarios exigen mayor orientación sobre el funcionamiento del modelo de asistencia sanitaria. “Aunque en nuestro país esto no llega a papeles más activos por parte del usuario, en la toma de decisiones como consumidor de servicios, como en las sociedades europeas y norteamericana, la satisfacción del usuario es uno de los objetivos principales para mejorar la calidad de los servicios en salud” (Serrano, 2008; Wills, 2011).

El problema es cuando la visión del paciente no abarca todo lo que tienen para tomar en cuenta, al parecer el desconocimiento es lo que lo limita de proporcionar y reveladora información respecto de la aprobación o fracaso del sistema de salud. De esta manera estaría explicándose el alto nivel de usuarios con satisfacción por los servicios de salud recibidos (Serrano, 2008; Winfield, Murrell, Clifford, 1995).

V. CONCLUSIONES

1. La demanda de medicamentos es insatisfecha en un 54,4% y no se correlaciona con la fiabilidad en la atención que se categoriza como satisfecho (66,4%). La demanda de medicamentos solo explicaría un 0,2401% de la variación en la fiabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Usquil-Otuzco.
2. La demanda de medicamentos no se relaciona con la capacidad de respuesta o responsabilidad en la atención que se categoriza como Satisfecho (48,3%). La demanda de medicamentos solo explicaría un 1,3924% de la variación de la capacidad de respuesta o responsabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Usquil-Otuzco.
3. La demanda de medicamentos no se relaciona con la seguridad en la atención que se categoriza como satisfecha (53,0%). La demanda de medicamentos solo explicaría un 1,7956% de la variación de la seguridad inherente a la satisfacción del usuario del Centro de Salud Usquil-Otuzco.
4. La demanda de medicamentos no se relaciona con la empatía en la atención que se categoriza como Satisfecho (61,7%). La demanda de medicamentos solo explicaría un 2,6896% de la variación en la empatía inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Usquil-Otuzco.
5. La demanda de medicamentos no se relaciona con la tangibilidad en la atención que se categoriza como Satisfecho (53,7%). La demanda de medicamentos solo explicaría un 0,0001% de la variación de la tangibilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Usquil-Otuzco.

VI. RECOMENDACIONES

1. Promover el desarrollo de investigaciones más amplias respecto de la demanda insatisfecha de medicamentos con el objeto de saber las razones de la insatisfacción y generar criterios de valor para establecer estrategias o políticas de gestión tendientes a cerrar las brechas entre demanda insatisfecha con demanda satisfecha de medicamentos en el Centro de Salud Usquil-Otuzco.
2. A los directivos del Centro de Salud Usquil se les sugiere, impulsar programas de difusión de información orientado a la gestión del suministro de medicamentos, implementar un instrumento para la determinación de demanda insatisfecha de medicamentos que se involucren las partes preponderantes (personal médico y de farmacia) e incrementar en su petitorio de medicamentos.
3. Generar proceso de mejoras de la atención en los servicios de salud accionando áreas de trabajo de información, educación y comunicación en y con los usuarios (empoderamiento). El objeto es transferir información y conocimientos para mejorar las actitudes de los usuarios para corresponder a una mejor percepción de la realidad hospitalaria en el Centro de Salud Usquil-Otuzco.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allard R (2012). El derecho humano a la atención primaria de salud en la lucha contra las enfermedades infecciosas .España: UCM
- Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 3(114), 26-33.
- Arias, F. G. (2012). El proyecto de la investigación. En F. G. Arias, *El proyecto de Investigación: Introducción a la investigación científica* (6ta ed.). Caracas: Episteme. Recuperado el 12 de 2017, de <http://trabajodegradobarinas.blogspot.pe/2015/06/fidias-arias-2012-el-proyecto-de.html>
- Balestini, M. (2001). *Cómo se elabora el proyecto de investigación* (Vol. Sexta edición). (S.editorial, Ed.) Caracas, Venezuela: BL Consultores y asociados.
- Bowers MR, Swan JE, Kohler WF. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage Review*(4), 49-55.
- Bretones C, S. J. (1989). *Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de atención primaria*. Aten Primaria 6:312-6.
- Cafferata G, Roghmann K. (1978). Patient satisfaction and the use of health service: explorations in causality. USA: Eastern Sociological Meetings.
- Cortez, M. (2007). *Determinación de la demanda insatisfecha de medicamentos en la farmacia de consulta externa del Hospital Nacional de maternidad/María Magdalena Cortez Recinos*. Tesis, Universidad de El Salvador, El Salvador. Obtenido de <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/4607>
- Delgado R., M. B. (2002). aspectos eticos de toda investigacion, ¿puede convertirse la experiencia clinica en investigacion cientifica? (S. C. Reanimacion, Ed.) *Revista Colombiana de Anestesiología*, 30(2) 4: 23-67. Recuperado el 08 de 09 de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/1951/195118154004.pdf>
- Díaz G, Lopez L, y Horta. (2013).Análisis de las intervenciones farmacéuticas realizadas en el área de pacientes externos. *Rev. Farm. Hosp*, 37(4): 295.
- Donabedian. (1966). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. *Health Serv Res*. 1981 Summer; 16(2):, 2(16), 236–237. doi:1072233
- Donabedian, A. (1984). Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. (I. N. Pública, Ed.) *Perspectivas en Salud Pública*. Recuperado el 21 de 08 de 2017
- García FP, Pancorbo PL, Rodríguez MC, Rodríguez MA et al. (2001). Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Rev. Enferm Clínica* 2001; 4:146-154.
- García, 2015; Díaz, López y Horta, 2013; SEFH, 2014. (s.f.).

- Glintborg B, A. S. (2007). *Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care*. Qual Saf Health Care. Recuperado el 16 de 08 de 2017
- Gutiérrez, E; Ramos, W; Uribe, M; Ortega-Loayza, A; Torres, C; Montesinos, D; León, O; Galarza, C. (26 de 1 de 2009). Tiempo de Espera y su Relación con la Satisfacción de los Usuarios en la Farmacia Central de un Hospital General de Lima. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 61-65. Recuperado el 10 de 09 de 2017
- Hospital de Huacho y Red Salud Huaura Oyón (2010). Quinta Encuesta de Satisfacción del Usuario del Servicio de Emergencia del Hospital General de Huacho, Abril – Mayo 2010. Perú: MINSA/Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Huacho y Red Salud Huaura Oyón.
- Howard, J. (1969). Sheth. *The theory of buyer behavior.*, Willey and Sons.
- Madhok R, H. A. (1998). *Satisfaction with health services among the Pakistani population in Middlesbrough*. Tesis, Public Health Med., England.
- Martin J, De Manuel E, Carmona G, Martínez J. (1990). Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria: II El cambio "interno". *Gac. Sanit.* 1990; 4(19):162-167.
- Martínes, V. e. (2000). Contribuciones de la Psicología Social al estudio de la Satisfacción de los usuarios y consumidores. *Revista de psicología social*, 2(15), 5-24.
- Médicos Sin Fronteras (2008). *Desenredando la Red de Reducción de Precios ARV*. 11ª Edición. Ginebra: Médicos sin Fronteras.
- MINSA. (Septiembre de 2012). Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. (D. G. Personas, Ed.) R.M. N° 527-2011/MINSA/Ministerio de Salud. Recuperado el 01 de 08 de 2017, de <http://www.minsa.gob.pe>
- MINSA. (Septiembre de 2012). R.M. N° 527-2011/MINSA/DGSP. *Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo*, 58. Lima, Perú. Recuperado el 01 de 08 de 2017, de <http://www.minsa.gob.pe>
- Morales V, H. A. (Junio de 2004). Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización. *Revista Digital*, 10(73). Recuperado el 22 de 08 de 2017, de <http://www.efdeportes.com/efd73/calidad.htm>
- Morales, S. (2011). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 11(2), 147-154. Recuperado el 29 de 08 de 2017, de <http://revistas.um.es/cpd/article/view/133941/123301>
- Moreno M, Interrial M, Saucedo P, Vázquez L, López J. (2012). Satisfacción de las madres con la atención a sus hijos hospitalizados, 2011. México: UNAM.

- Neira R., V. L. (Diciembre de 1998). Estudio de Utilización de Antibióticos de Reserva en el Hospital Central de la FAP 1995 – 1997. *Revista Salud y Medicamentos*, 11(44), 27 - 35.
- Organización Mundial de Salud (OMS, 1978). Atención Primaria de Salud. Informa de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Serie Salud para Todos nº1. Alma Ata -URSS: OMS, 1978.
- OMS. (2004). *Salud y Derechos humanos*. Centro de Prensa, Cairo. Recuperado el 10 de 07 de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OMS. (2007). *Organización Mundial de Salud "El negocio de todos: Fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar los resultados de salud"*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2011). *Organización Mundial de Salud, Estrategia de medicamentos de la OMS: Países en el núcleo, 2004-2007*. Ginebra, OMS.: (WHO/EDM/2004.5).
- OMS. (12 de 2015). Salud y Derechos Humanos. *Centro de Prensa*. Recuperado el 10 de 07 de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OMS. (24 de Marzo de 2016). *La escasez mundial de medicamentos y seguridad y accesibilidad*, 42, 6. Recuperado el 22 de 08 de 2017, de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_42-sp.pdf
- OMS, O. M. (2008). *La atención primaria de salud mas necesaria que nunca*. Ginebra.
- OMS/ OPS. (2011). *Economía y Salud: aportes y experiencias en America Latina*.
- ONU,2008;OPS,2011. (s.f.). *Directrices sobre los derechos humanos para las empresas farmaceuticas en relacion con el acceso a medicamentos*.
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A (1985) conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*: 49:41-50.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care :a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Petrera M, y. c. (nov. de 2003). *Consumo de Medicamentos en la Población Peruana. Análisis de Equidad a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 2002*. Lima - Perú. Recuperado el 21 de 08 de 2017
- Pichihua. (febrero de 2014). Es Salud crisis en hospitales afecta a millones de peruanos. *peru 21*. Recuperado el 10 de 07 de 2017, de <http://peru21.pe/actualidad/essalud-crisis-hospitales-afecta-millones-peruanos>
- Reyes S, Paredes S, Legorreta J. Romero N, Flores M, Anderson N. (2015). Satisfacción de usuarios con los servicios de salud bucal y factores asociados en Acapulco, México. *Rev Cubana Estomatol* vol. 52(3): 20-75.
- Rivera G. (2014). Satisfacción de los usuarios a través de sus expectativas y percepciones en la atención médica. Perú: UNMSM.

- Robert A. Peterson R, Wilson W. (1992). Measuring Customer satisfaction. Fact and Artifact. Journal of the Academy of Marketing Science .1992; 20(1):61-71.
- Sabino, C. (20002). *El proyecto de investigación. Una introducción teórico práctica*. Venezuela: Editorial panapo.
- Santana J, Bauer A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes M. (2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Brasil: Rev. Latino-Am. Enfermagem mayo-jun. 2014; 22(3):454-60
- Serrano y Biedema. (2005). El usuario del sistema sanitario: gestor de calidad. IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. En Serrano R y Biedma L., : *Libro de Resúmenes* (pág. 262).
- Serrano R. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente. Salud Pública de México 2008; 50 (2): 162-172.
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SERFH, 2014). Recomendaciones de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria para el desarrollo de Atención Farmacéutica a pacientes externos con dispensación. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. España: SEFH
- Strasser S, Davis RM. (1991). Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor ML: Health Administration Press 19 (9)1: 210
- Terrones W, S. J. (2006). *Informe de la encuesta de satisfacción del usuario atendido en el departamento de farmacia*. Iquitos: Hospital Iquitos "Cesar Garayar Garcia.
- The Commonwealth Fund. (2011). Saliendo de la crisis: Experiencias de pacientes en atención primaria en Nueva Orleans, cuatro años después de Katrina - Los resultados de Encuesta 2009-2010 en pacientes. EE.UU. The Commonwealth Fund. 2011
- T'hoen, E. (2009). *La política global del poder de monopolio farmacéutico: patentes de drogas, acceso, innovación y la aplicación de la OMC Declaración de Doha sobre los ADPIC y la salud pública*. Ginebra, Diemen: AMB Publishers.
- Wills, E. (2011). El reto de construir socialmente el bienestar de las personas y de las sociedades. México: Mc Graw Hill Interamericana, 2011
- Zamora, S. (2012). *Satisfacción de los usuarios externos acerca de la infraestructura y de la calidad de atención en la consulta del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de la Solidaridad de Comas agosto 2011 – febrero 2012*. Lima. Perú: UNMSM.

VIII. Anexos

ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD CESAR VALEJO

RELACIÓN ENTRE LA DEMANDA INSATISFECHA DE MEDICAMENTOS CON LA SATISFACCIÓN DEL ASEGURADO EN EL CENTRO DE SALUD USQUIL, OTUZCO, 2017.
ENCUESTA SERVQUAL (MINSA, 2011). ADAPTADO POR: CELIS, CRUZ Y LORA (2017)

A. SOBRE LA DEMANDA INSATISFECHA DE MEDICAMENTOS

1. ¿La farmacia contó con todos los medicamentos que le recetaron y le proporcionaron todos los medicamentos completos sin cambiar de medicamentos?

() Si () No

B SOBRE SATISFACCIÓN DEL ASEGURADO									
En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted HA RECIBIDO, la atención en el servicio de Consulta Externa. Utilice una escala numérica del 1 al 7.									
Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
Nº		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
1	F	¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?							
2	F	¿El médico le atendió en el horario programado?							
3	F	¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?							
4	F	¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?							
5	F	¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?							
6	R	¿La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida?							
7	R	¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?							
8	R	¿Cuándo necesitó placas radiográficas le hicieron su referencia al hospital donde se le pudo realizar en forma rápida y oportuna?							
9	R	¿La atención en farmacia fue rápida?							
10	S	¿Se respetó su privacidad durante su atención en el consultorio?							
11	S	¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
12	S	¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
13	S	¿El médico que le atendió le inspiró confianza?							
14	E	¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	E	¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?							
16	E	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención?							
17	E	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: medicamentos, dosis y efectos adversos?							
18	E	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?							
19	T	¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	T	¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	T	¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	T	¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?							

ANEXO N° 2

VALIDACIÓN GENERAL DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL MINSAL, 2011.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,863	,867	22

	Estadísticas e elementos (ítems)	Media	Desviación estándar	N
1	¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?	3,50	2,614	22
2	¿El médico le atendió en el horario programado?	4,86	1,390	22
3	¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?	4,36	1,364	22
4	¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?	3,00	1,826	22
5	¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?	4,00	1,543	22
6	¿La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida?	4,36	2,279	22
7	¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?	3,50	2,614	22
8	¿Cuándo necesitó placas radiográficas le hicieron su referencia al hospital donde se le pudo realizar en forma rápida y oportuna?	4,86	1,390	22
9	¿La atención en farmacia fue rápida?	4,36	1,364	22
10	¿Se respetó su privacidad durante su atención en el consultorio?	4,05	1,676	22
11	¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?	3,95	1,731	22
12	¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?	4,00	1,718	22
13	¿El médico que le atendió le inspiró confianza?	3,95	1,731	22
14	¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?	3,64	2,460	22
15	¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?	4,95	1,362	22
16	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención?	3,64	2,460	22
17	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?	4,95	1,362	22
18	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?	4,95	1,362	22
19	¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?	5,00	1,952	22
20	¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?	5,00	1,952	22
21	¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?	4,23	2,844	22
22	¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?	4,23	2,844	22

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varian za	N de elementos
Medias de elemento	4,244	3,000	5,000	2,000	1,667	,342	22
Varianzas de elemento	3,881	1,855	8,089	6,234	4,361	4,676	22
Covariables entre elementos	,862	-,762	8,089	8,851	-10,616	1,560	22
Correlaciones entre elementos	,228	-,287	1,000	1,287	-3,480	,087	22

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	89,86	405,171	,679	,846
2	88,50	458,833	,381	,859
3	89,00	451,238	,524	,856
4	90,36	435,290	,589	,852
5	89,36	465,957	,227	,863
6	89,00	424,762	,570	,852
7	89,86	405,171	,679	,846
8	88,50	458,833	,381	,859
9	89,00	451,238	,524	,856
10	89,32	456,418	,339	,860
11	89,41	454,253	,355	,860
12	89,36	460,433	,273	,862
13	89,41	457,491	,310	,861
14	89,73	437,446	,389	,860
15	88,41	453,587	,483	,857
16	89,73	437,446	,389	,860
17	88,41	453,587	,483	,857
18	88,41	453,587	,483	,857
19	88,36	457,957	,260	,863
20	88,36	457,957	,260	,863
21	89,14	409,171	,576	,852
22	89,14	409,171	,576	,852

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
93,36	483,481	21,988	22

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,222 ^a	,128	,389	7,278	21	441	,000
Medidas promedio	,863 ^c	,764	,933	7,278	21	441	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO N° 3

VALIDACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL MINSA, 2011 POR DIMENSIONES: FIABILIDAD.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,722	,763	5

Estadísticas e elementos (ítems)		Media	Desviación estándar	N
1	¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?	3,50	2,614	22
2	¿El médico le atendió en el horario programado?	4,86	1,390	22
3	¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?	4,36	1,364	22
4	¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?	3,00	1,826	22
5	¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?	4,00	1,543	22

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
1	3,50	2,614	22
2	4,86	1,390	22
3	4,36	1,364	22
4	3,00	1,826	22
5	4,00	1,543	22

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	3,945	3,000	4,864	1,864	1,621	,528	5
Varianzas de elemento	3,268	1,861	6,833	4,972	3,671	4,316	5
Covariables entre elementos	1,117	-,667	2,048	2,714	-3,071	,595	5
Correlaciones entre elementos	,391	-,165	,605	,770	-3,659	,047	5

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	16,23	22,089	,397	,759
2	14,86	27,171	,661	,626
3	15,36	27,671	,638	,636
4	16,73	23,541	,667	,597
5	15,73	31,922	,251	,750

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
19,73	38,684	6,220	5

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,342 ^a	,158	,573	3,596	21	84	,000
Medidas promedio	,722 ^c	,483	,870	3,596	21	84	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia.

La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO N° 4

VALIDACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL MINSA, 2011 POR DIMENSIONES: CAPACIDAD DE RESPUESTA O RESPONSABILIDAD.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,704	,754	4

Estadísticas e elementos (ítems)		Media	Desviación estándar	N
6	¿La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida?	4,36	2,279	22
7	¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?	3,50	2,614	22
8	¿Cuándo necesitó placas radiográficas le hicieron su referencia al hospital donde se le pudo realizar en forma rápida y oportuna?	4,86	1,390	22
9	¿La atención en farmacia fue rápida?	4,36	1,364	22

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,273	3,500	4,864	1,364	1,390	,321	4
Varianzas de elemento	3,956	1,861	6,833	4,972	3,671	6,098	4
Covariables entre elementos	1,474	,814	2,048	1,234	2,516	,198	4
Correlaciones entre elementos	,434	,262	,605	,343	2,311	,014	4

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
6	12,73	19,922	,413	,700
7	13,59	15,587	,538	,635
8	12,23	23,422	,606	,610
9	12,73	23,922	,579	,625

Estadísticas de escala

		Desviación estándar	N de elementos
Media	Varianza		
17,09	33,515	5,789	4

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,373 ^a	,160	,613	3,377	21	63	,000
Medidas promedio	,704 ^c	,433	,864	3,377	21	63	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO N° 5

VALIDACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL MINSA, 2011 POR DIMENSIONES: CAPACIDAD DE RESPUESTA O RESPONSABILIDAD.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,991	,991	4

Estadísticas e elementos (ítems)		Media	Desviación estándar	N
10	¿Se respetó su privacidad durante su atención en el consultorio?	4,05	1,676	22
11	¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?	3,95	1,731	22
12	¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?	4,00	1,718	22
13	¿El médico que le atendió le inspiró confianza?	3,95	1,731	22

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	3,989	3,955	4,045	,091	1,023	,002	4
Varianzas de elemento	2,939	2,807	2,998	,190	1,068	,008	4
Covariables entre elementos	2,834	2,807	2,857	,050	1,018	,001	4
Correlaciones entre elementos	,965	,936	,992	,056	1,060	,000	4

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
10	11,91	25,991	,993	,984
11	12,00	25,810	,964	,991
12	11,95	25,665	,985	,985
13	12,00	25,810	,964	,991

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
15,95	45,760	6,765	4

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,964 ^a	,933	,983	108,787	21	63	,000
Medidas promedio	,991 ^c	,982	,996	108,787	21	63	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO N° 6

VALIDACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL MINSA, 2011 POR DIMENSIONES: SEGURIDAD.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,876	,910	5

Estadísticas e elementos (ítems)		Media	Desviación estándar	N
14	¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?	3,64	2,460	22
15	¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?	4,95	1,362	22
16	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención?	3,64	2,460	22
17	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?	4,95	1,362	22
18	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?	4,95	1,362	22

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,427	3,636	4,955	1,318	1,363	,521	5
Varianzas de elemento	3,534	1,855	6,052	4,197	3,263	5,284	5
Covariables entre elementos	2,066	1,506	6,052	4,545	4,017	1,884	5
Correlaciones entre elementos	,670	,450	1,000	,550	2,224	,077	5

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
14	18,50	31,786	,762	,846
15	17,18	43,680	,747	,851
16	18,50	31,786	,762	,846
17	17,18	43,680	,747	,851
18	17,18	43,680	,747	,851

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
22,14	58,981	7,680	5

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,585 ^a	,399	,764	8,034	21	84	,000
Medidas promedio	,876 ^c	,769	,942	8,034	21	84	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO N° 7

VALIDACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL MINSA, 2011 POR DIMENSIONES: TANGIBILIDAD.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,702	,704	4

Estadísticas e elementos (ítems)		Media	Desviación estándar	N
19	¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?	5,00	1,952	22
20	¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?	5,00	1,952	22
21	¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?	4,23	2,844	22
22	¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?	4,23	2,844	22

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,614	4,227	5,000	,773	1,183	,199	4
Varianzas de elemento	5,949	3,810	8,089	4,279	2,123	6,104	4
Covariables entre elementos	2,205	,333	8,089	7,755	24,266	9,310	4
Correlaciones entre elementos	,373	,060	1,000	,940	16,653	,214	4

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
19	13,45	37,498	,375	,700
20	13,45	37,498	,375	,700
21	14,23	24,660	,620	,545
22	14,23	24,660	,620	,545

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
18,45	50,260	7,089	4

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,371 ^a	,158	,612	3,356	21	63	,000
Medidas promedio	,702 ^c	,429	,863	3,356	21	63	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia.

La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO N° 8

Matriz de Consistencia.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	MARCO TEORICO	DIMENSIONES	METODOS
¿Cuál es la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción de asegurado en el Centro de Salud Usquil, Otuzco, 2017?	<p>H_(i). La demanda insatisfecha de medicamentos se relaciona significativamente con la satisfacción del asegurado en el Centro de Salud Usquil, Otuzco, 2017</p>	<p>General Determinar la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción del asegurado en el Centro de Salud Usquil-Otuzco, 2017.</p>	<p>Variable I Demanda insatisfecha de medicamentos.</p>	<p>Es, “la demanda en la cual el público no ha logrado acceder al producto y/o servicio y en todo caso si accedió no está satisfecho” (Terrones W S. J., 2006).</p>	<p>La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico.</p>	<p>Diseño. diseño de campo, no experimental, descriptiva de corte transversal Población Afiliados al Seguro Integral de Salud, atendidos durante el 2017 en los distintos servicios del Centro de Salud Usquil Muestra 149 afiliados al SIS, atendidos en el año 2017 en los servicios de del Centro de Salud Usquil Técnica Encuesta Instrumento cuestionario Método de análisis de datos. Coef. De correlación ETA y ETA². rango de 0 – 1 donde: 0, - 0,3 Corr. baja 0,4 – 0,6 Corr. Media 0,7 – 1 Corr. Alta</p>
	<p>H₍₀₎. La demanda insatisfecha de medicamentos no se relaciona significativamente con la satisfacción del usuario asegurado Centro de salud Usquil, Otuzco, 2017.</p>	<p>1.- Determinar la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con fiabilidad inherente a la satisfacción del asegurado. 2.- Determinar la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la capacidad de respuesta inherente a la satisfacción del asegurado. 3.- Determinar la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con seguridad inherente a la satisfacción del asegurado. 4.- Determinar la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con empatía inherente a la satisfacción del asegurado. 5.- Determinar la relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con tangibilidad inherente a la satisfacción del asegurado.</p>	<p>Variable II Satisfacción del asegurado</p>	<p>Apreciación por parte del usuario, sobre la calidad del servicio recibido, enfocada en los elementos de la empatía, capacidad de respuesta, fiabilidad, seguridad y tangibilidad (MINSAs, 2012)</p>	<p>Fiabilidad inherente a la satisfacción con la atención Capacidad de respuesta inherente a la satisfacción con la atención. Seguridad inherente a la satisfacción con la atención Empatía inherente a la satisfacción con la atención Tangibilidad inherente a la satisfacción con la atención</p>	

ANEXO N° 9

Base de datos del estudio piloto Servqual MINSA adaptado

	Fiabilidad					responsabilidad				Seguridad				Empatía					Tangibilidad				
1	1	7	4	1	5	1	1	7	4	3	3	3	3	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1
2	1	3	3	1	3	1	1	3	3	5	5	5	5	1	5	1	5	5	2	2	2	1	1
3	7	7	7	7	6	7	7	7	7	3	3	2	3	6	7	6	7	7	7	7	7	7	7
4	3	3	3	3	3	7	3	3	3	4	4	4	4	6	6	6	6	6	4	4	7	7	7
5	7	7	7	7	5	7	7	7	7	6	6	6	6	1	5	1	5	5	3	3	7	7	7
6	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	1	5	1	5	5	3	3	4	4	4
7	1	3	3	1	3	1	1	3	3	4	2	4	4	7	6	7	6	6	7	7	1	1	1
8	1	3	3	1	3	1	1	3	3	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
9	6	7	4	4	4	7	6	7	4	3	3	3	3	7	5	7	5	5	3	3	7	7	7
10	6	6	6	2	2	4	6	6	6	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1
11	1	5	3	2	3	3	1	5	3	4	4	4	4	1	5	1	5	5	7	7	1	1	1
12	1	5	5	2	3	3	1	5	5	2	2	2	2	1	5	1	5	5	4	4	6	6	6
13	7	6	3	4	4	7	7	6	3	3	3	3	3	7	5	7	5	5	3	3	7	7	7
14	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	1	5	1	5	5	7	7	1	1	1
15	7	5	6	2	3	3	7	5	6	7	7	7	7	1	5	1	5	5	7	7	1	1	1
16	4	4	4	6	4	4	4	4	4	4	4	4	2	6	4	6	4	4	4	4	7	7	7
17	1	5	5	4	7	7	1	5	5	3	3	3	3	1	1	1	1	1	7	7	7	7	7
18	1	5	5	2	4	4	1	5	5	7	7	7	7	6	6	6	6	6	4	4	1	1	1
19	7	5	6	2	3	3	7	5	6	7	7	7	7	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7
20	1	5	3	4	7	7	1	5	3	4	4	4	4	3	6	3	6	6	7	7	7	7	7
21	1	5	5	4	7	7	1	5	5	1	1	1	1	5	6	5	6	6	7	7	5	5	5
22	6	4	4	2	4	4	6	4	4	6	6	6	6	4	6	4	6	6	7	7	6	6	6

ANEXO N° 10

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PARA BASE DE DATOS SPSS

SPSS/PC. V.22

TITLE: "RELACIÓN ENTRE LA DEMANDA INSATISFECHA DE MEDICAMENTOS CON LA SATISFACCIÓN DEL ASEGURADO EN EL CENTRO DE SALUD USQUIL, OTUZCO, 2017".

DATA LIST (posición que ocupan las variables)

/v1 1 V2 2 V3 3 V4 4 V5 5 V6 6.

Variable Label (Nombres de las variables)

/Var 1 'Demanda insatisfecha de medicamentos'

/Var 2 'Fiabilidad'

/Var 3 'Capacidad de respuesta o responsabilidad'

/Var 4 'Seguridad'

/Var 5 'Empatía'

/Var 6 'Tangibilidad'

Value Labels (Valores de las variables)

/V1 1 'Insatisfecha' 2 'Satisfecha'

/V2 1 'No satisfecha' 2 'Satisfecha' 3 'Muy Satisfecha'

/V3 1 'No satisfecha' 2 'Satisfecha' 3 'Muy Satisfecha'

/V4 1 'No satisfecha' 2 'Satisfecha' 3 'Muy Satisfecha'

/V5 1 'No satisfecha' 2 'Satisfecha' 3 'Muy Satisfecha'

/V6 1 'No satisfecha' 2 'Satisfecha' 3 'Muy Satisfecha'

Begin Data. (Listado de los datos)

V1	V2	V3	V4	V6	V7
1	1	1	1	2	1
1	2	1	1	1	1
1	2	2	2	2	2
2	2	1	2	3	2
2	1	1	1	2	1
1	2	1	1	2	2
2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2
2	1	1	1	1	1
1	2	2	2	2	1
2	2	1	1	2	1
1	1	1	2	1	1
2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	2	1
2	1	1	1	2	1
2	1	1	1	1	1

1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	3	2
1	3	2	3	3	3
2	2	3	3	2	3
1	3	3	3	3	3
1	3	3	3	3	3
1	3	3	3	3	3
1	2	2	2	2	2
2	1	1	2	1	1
1	2	2	2	2	2
1	2	3	3	3	2
1	1	3	2	2	1
2	2	2	2	2	2
2	3	3	3	2	2
1	2	2	2	2	2
1	2	3	2	2	1
2	2	3	2	2	1
2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2
1	2	2	1	2	2
2	3	3	2	2	3
1	3	3	3	3	2
2	1	1	1	1	1
1	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2
2	2	3	2	2	2
1	3	2	3	3	2
1	3	3	3	3	3
2	3	2	2	3	3
2	3	3	3	3	3
1	2	3	3	3	2
1	2	3	3	3	2
1	2	3	2	3	3
2	2	3	3	2	2
2	3	3	3	3	3
1	2	3	3	2	3
2	3	3	3	2	2
2	2	2	3	2	3
2	2	3	3	3	3
1	2	3	3	3	2
1	2	2	3	2	2
1	2	2	3	3	2
2	2	2	3	2	2
1	2	3	2	3	2
2	2	2	2	3	2

1	2	3	3	3	2
1	3	3	2	3	2
2	3	3	3	3	2
1	3	3	3	3	3
1	3	2	3	3	2
1	3	3	3	2	2
2	3	3	3	3	3
1	3	3	3	3	2
2	3	3	3	3	3
1	2	3	3	3	3
2	2	2	2	3	2
1	2	3	3	2	2
1	2	3	2	2	2
2	2	2	2	2	1
1	2	2	2	2	1
2	3	2	3	2	1
1	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	1
1	2	2	2	2	2
2	3	2	3	2	1
1	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2
1	2	2	3	3	2
2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	1
1	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	1
1	2	2	2	2	2
1	2	3	3	3	2
1	1	3	2	2	1

2	2	2	2	2	2
2	3	3	3	2	2
1	2	2	2	2	2
1	2	3	2	2	1
2	2	3	2	2	1
2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2
1	2	2	1	2	2
2	3	3	2	2	3
1	3	3	3	3	2
2	1	1	1	1	1
1	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2
2	2	3	2	2	2
1	3	2	3	3	2
1	3	3	3	3	3
1	3	3	2	2	2
2	3	2	2	3	3
2	3	3	3	3	3
1	2	3	3	3	2
1	2	3	3	3	2
1	2	3	2	3	3
2	2	3	3	2	2
2	3	3	3	3	3
1	2	3	3	2	3
2	3	3	3	2	2
2	2	2	3	2	3
2	2	3	3	3	3
1	2	3	3	3	2
1	2	2	3	2	2.

End Data. (Fin de datos)

ANEXO N° 11

AUTORIZACIÓN Y CONFORMIDAD INFORMADA

Mediante el presente documento; yo: *Cristina Rodríguez R.*

manifiesto que voluntariamente decido participar en el presente estudio **“Relación entre la demanda Insatisfecha de Medicamentos con la Satisfacción del Asegurado en el Centro de Salud Usquil, 2017”** a cargo de; Br. Esequiel Celis Hernández y Br. Jheny Elizabeth Cruz Moreno; estudiantes de la Maestría Gestión de los Servicios de Salud de la Universidad César Vallejo de Trujillo.

Para ello, he sido informado con anticipación del propósito, objetivos y obteniendo la plena confianza de que la información que se emite será solamente para usos de la investigación mencionada, a su vez confío en que la información recopilada en este documento se guardará adecuadamente y cuidando el principio de confidencialidad.

Usquil 02 de octubre, 2017



Rúbrica y huella del paciente

AUTORIZACIÓN Y CONFORMIDAD INFORMADA

Mediante el presente documento; yo: Roxana Noemí Suñta M

manifiesto que voluntariamente decido participar en el presente estudio **“Relación entre la demanda Insatisfecha de Medicamentos con la Satisfacción del Asegurado en el Centro de Salud Usquil, 2017”** a cargo de; Br. Esequiel Celis Hernández y Br. Jheny Elizabeth Cruz Moreno; estudiantes de la Maestría Gestión de los Servicios de Salud de la Universidad César Vallejo de Trujillo.

Para ello, he sido informado con anticipación del propósito, objetivos y obteniendo la plena confianza de que la información que se emite será solamente para usos de la investigación mencionada, a su vez confío en que la información recopilada en este documento se guardará adecuadamente y cuidando el principio de confidencialidad.

Usquil 12 de octubre, 2017

Roxana Noemí Suñta M



Rúbrica y huella del paciente

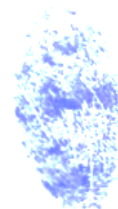
AUTORIZACIÓN Y CONFORMIDAD INFORMADA

Mediante el presente documento; yo: *Tereza Alayo M.*
manifiesto que voluntariamente decido participar en el presente estudio
“Relación entre la demanda Insatisfecha de Medicamentos con la Satisfacción del Asegurado en el Centro de Salud Usquil, 2017” a cargo de;
Br. Esequiel Celis Hernández y Br. Jheny Elizabeth Cruz Moreno; estudiantes de
la Maestría Gestión de los Servicios de Salud de la Universidad César Vallejo de
Trujillo.

Para ello, he sido informado con anticipación del propósito, objetivos y
obteniendo la plena confianza de que la información que se emite será solamente
para usos de la investigación mencionada, a su vez confío en que la información
recopilada en este documento se guardará adecuadamente y cuidando el
principio de confidencialidad.

Usquil 24 de octubre, 2017

Tereza Alayo M.
.....



Rúbrica y huella del paciente

ANEXO N° 12



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD
RED DE SALUD OTUZCO
MICRO RED DE SALUD- USQUIL

CENTRO DE SALUD
USQUIL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

**EL JEFE DE LA MICRORED DE SALUD USQUIL, QUE SUSCRIBE;
HACE CONSTAR:**

Que, el proyecto de tesis titulado “Relación entre la demanda insatisfecha de medicamentos con la satisfacción del asegurado en el centro de salud Usquil, Otuzco, 2017”, perteneciente a los alumnos de maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, Esequiel Celis Hernández y Jhemy Elizabeth Cruz Moreno; ha sido aprobado por el comité encargado de calidad de la Micro Red de Salud Usquil.

Así mismo, se le autoriza el acceso a los servicios e información institucional que requiere para la ejecución del mencionado proyecto.

Usquil, 30 de septiembre del 2017.



ADCR/MRU
c/c unidad de estadística.

“Creciendo Juntos en Libertad”
Jr. Nogal s/n USQUIL- Otuzco – La Libertad
microredusquil@hotmail.com / [www.Facebook. Centro.de.salud.Usquil.](http://www.Facebook.Centro.de.salud.Usquil)

ANEXO N° 13

Aspectos administrativos

Recursos y presupuesto.

CODIGO	PARTIDAS	PARCIAL	TOTAL
2.3.1.5.1.2	Bienes		
	Material de escritorio:		57.00
	- Un millar de bond	48.00	
	- Tres lapiceros	3.00	
	- Un corrector	4.00	
5.3.11.30	Material de Impresión:		160.00
	- Un millar de papel bond	40.00	
	- Dos cartuchos de impresora	120.00	
5.3.11.30	Material Bibliográfico:	50.00	50.00
	- Fotocopias		
5.3.11.30	Servicios:		1550.00
	- Viáticos	400.00	
	- Pasajes	200.00	
	- Estadístico	800.00	
	- Asesor	150.00	
2.3.2.1.2	Consolidados:		S/. 1 817.00
	- Bienes	267.00	
	- Servicios	1550.00	

Financiamiento.

Autofinanciado por los autores de la investigación

ANEXO N° 14

Cronograma de ejecución.

N°	ACTIVIDADES	CRONOGRAMA 2017																2018																					
		Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2				
1	Planteamiento del problema, objetivos y justificación	■	■	■	■																																		
2	Construcción del marco teórico					■	■	■	■																														
3	Formulación de hipótesis y marco metodológico									■	■	■																											
4	Elaboración y prueba de instrumentos											■	■																										
5	1 era Socialización (Sustentación)											■	■	■																									
5	Recolección de datos													■	■	■	■	■	■	■	■																		
6	Tratamiento de los datos																					■	■																
7	Análisis de resultados y contrastación de hipótesis																							■	■														
8	Formulación de conclusiones y recomendaciones																					■	■	■	■														
9	Redacción del informe																									■	■	■	■										
10	Presentación del informe (Sustentación)																																	■	■				