



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Nivel de Implementación de Unidades Productoras de Servicios de
Salud en farmacias de Hospitales del MINSA y ESSALUD de Lima
Metropolitana - 2019

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

María Patricia Salas Covarrubias ([ORCID:0000-0002-1010-9750](https://orcid.org/0000-0002-1010-9750))

ASESOR:

Mg. Carlos Alberto Jaimes Velásquez ([ORCID:0000-0002-8794-0972](https://orcid.org/0000-0002-8794-0972))

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LIMA – PERÚ

2021

Dedicatoria

A mi familia, por el apoyo incondicional, por instarme a culminar lo iniciado, por su esfuerzo para conseguir juntos nuestros sueños.

Agradecimiento

A Dios por guiar mi camino, darme la fortaleza necesaria para seguir adelante y permitirme conseguir mis objetivos trazados.

A los docentes de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, por transmitirnos conocimientos, experiencias y haber contribuido a ser mejores profesionales de la salud con sensibilidad social y apertura al cambio.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	vi
Índice de tablas.....	vii
Índice de figuras.....	viii
Índice de anexos.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	8
III. METODOLOGÍA.....	16
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	16
3.2. Variables y operacionalización.....	17
3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis.....	17
3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	18
3.5. Procedimientos.....	18
3.6. Método de análisis de datos.....	19
3.7. Aspectos éticos.....	19
IV. RESULTADOS.....	20
V. DISCUSIÓN.....	30
VI. CONCLUSIONES.....	34
VII. RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS.....	37
ANEXOS.....	42

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de frecuencias y porcentajes del nivel de implementación de las unidades productoras de servicio de salud en farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana	20
Tabla 2. Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión gestión de programación y almacenamiento de las unidades productoras de servicio de salud en farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana	21
Tabla 3. Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión dispensación y expendio de las unidades productoras de servicio de salud en farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana	22
Tabla 4. Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión farmacia clínica de las unidades productoras de servicio de salud en farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana	22
Tabla 5. Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión farmacotecnia de las unidades productoras de servicio de salud en farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana	23
Tabla 6. Prueba de normalidad de Shapiro Wilk para las variables y dimensiones del estudio.....	23
Tabla 7. Análisis inferencial mediante la prueba T Student para la variable Implementación de UPSS Farmacias	25
Tabla 8. Análisis inferencial mediante la prueba U de Mann Whitney para la dimensión gestión de programación y almacenamiento.....	26
Tabla 9. Análisis inferencial mediante la prueba U de Mann Whitney para la dimensión, dispensación y expendio de las UPSS Farmacias.....	27
Tabla 10. Análisis inferencial mediante la prueba U de Mann Whitney para la dimensión farmacia clínica de las UPSS Farmacias.....	28
Tabla 11. Análisis inferencial mediante la prueba T Student para la dimensión farmacotecnia de las UPSS Farmacias	29

Índice de figuras

Figura 1. Implementación de la gestión de programación y almacenamiento de UPSS Farmacia	21
---	----

Índice de anexos

Anexo 1. Matriz de Operacionalización	44
Anexo 2. BASE DE DATOS	45

Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar las diferencias en el nivel de implementación de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana, 2019.

Con relación al diseño metodológico, por su enfoque el estudio fue cuantitativo, de nivel descriptivo comparativo, diseño no experimental y corte transversal. La población estuvo conformada por las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de los hospitales Minsa y Essalud siendo el criterio de inclusión las UPSS farmacia de Lima Metropolitana. Al ser una población finita y pequeña, el estudio no tuvo muestra ni se aplicó técnica de muestreo alguna. Con relación a las técnicas de investigación se hizo la recolección de data de fuentes secundarias como el MINSA, la entidad supervisora de Salud entre otras. La data recolectada de la variable de investigación fue sometida al análisis descriptivo e inferencial mediante el software SPSS versión 24

Se concluye, por la evidencia estadística, que no hay diferencia significativa ($t = 1.748$ y $p = 0.089$) entre el nivel de implementación de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis general

Palabras claves: Servicio de Farmacia (UPSS Farmacia), farmacotecnia, farmacia clínica, dispensación, gestión y almacenamiento.

Abstract

The objective of the research was to determine the differences in the level of implementation of the Pharmaceutical Health Service Production Units of Minsa and Essalud Hospitals in Metropolitan Lima, 2019. Regarding the methodological design, because of its focus, the study was quantitative, of comparative descriptive level, non-experimental and cross-sectional design. The population was made up of the Pharmaceutical Health Services Production Units of the hospitals of Minsa and Essalud being as inclusion criterion the UPSS pharmacy of Metropolitan Lima. Being a finite and small population, the study didn't have sample and it was not applied to any sampling technique. With regard to research techniques, data was collected from secondary sources such as Minsa, the Health Supervision Agency, among others. The data collected from the research variable was subjected to descriptive and inferential analysis using SPSS software version 24.

It is concluded, by statistical evidence, that there is no significant difference ($t = 1.748$ and $p = 0.089$) between the level of implementation of the Pharmaceutical Health Services Production Units of Hospitals of the Minsa and Essalud so that the null hypothesis is rejected and the general hypothesis is accepted

Keywords: pharmacy service, pharmacotechnics, clinical pharmacy, al dispensing of medicine, warehouse management.

I. INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho inherente al ser humano (Sen, 2008) y es uno de los derechos humanos fundamentales.

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios. (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, Art.25 19, p.52.)

La salud va más allá de la ausencia de enfermedad o contar con atención médica; involucra diversos aspectos de la vida que corresponde a las personas por su condición de tal, por el sólo hecho de serlo (Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo, 2014). Así, en esa medida, universalizar los servicios de salud significa acceder a la promoción, prevención, curación, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Por ello, los diversos sistemas de salud deben proveer el acceso equitativo y sostenible; sin embargo; desafortunadamente, una proporción importante de la población tanto en el país y el mundo no acceden a este derecho fundamental por su condición de pobreza, Braverman (2013).

La Organización Mundial de la Salud, tiene como uno de sus objetivos que la población pueda acceder a los servicios de salud cuando lo requiera sin discriminación. Así los países podrán contar con una población más sana, que aporten a su desarrollo en lo social y económico (OMS, 2013).

Todo sistema de salud de calidad debe tener la capacidad de brindar la cobertura y contar con los medicamentos esenciales, personal calificado y motivado; además, programas de calidad preventivos y de control de enfermedades en todos los niveles de atención, un sistema de información oportuno y confiable y el soporte financiero adecuado para lograr los objetivos propuestos (Duran, et.al 2014)

Complementa lo anterior, servicios farmacéuticos de calidad con medicamentos esenciales seguros y eficaces en su acción terapéutica (Velazques, 2016).

La OPS/OMS han propuesto un nuevo enfoque en los servicios farmacéuticos eliminando las dificultades de acceso, mejorando los resultados fármaco terapéuticos y de salud, reorientando las políticas basadas en el medicamento y orientando los servicios farmacéuticos hacia las personas, el núcleo familiar y la comunidad; proponiendo una participación activa del farmacéutico por su cercana relación con el paciente y que, durante la dispensación del medicamento deba realizar la promoción de la salud, el acompañamiento farmacoterapéutico, la farmacovigilancia y la automedicación responsable y actividades que incluyen el implementar, gestionar y evaluar los servicios farmacéuticos; participación en la selección y proporcionar información del medicamento, formulación y elaboración de medicamentos, gestión del suministro de medicamentos, reempaque de medicamentos, integrar los programas de estudios clínicos y participar en situaciones de desastre y emergencias sanitarias (OPS, 2013).

La Unidad productora de servicios de salud (UPSS) como unidad básica en los establecimientos de salud cuenta con recursos humanos y tecnológicos organizados que desarrollan funciones homogéneas y producen determinados servicios. Su capacidad resolutive ha sido diseñada para atender demandas equivalentes de realidades socio sanitarias similares (Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, 2011)

Las UPSS – Farmacia, como unidad de atención de soporte; apoya el tratamiento de problemas clínicos quirúrgicos en las UPSS de atención directa. Sus funciones son: la dispensación, el expendio, gestión de programación y almacenamiento de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, farmacotecnia y farmacia clínica. Se exceptúan, equipos biomédicos y de tecnología controlada y los productos sanitarios correspondientes (Ley 29459, 2009).

Con relación al desempeño de las UPSS – Farmacia de los hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana, el panorama de su implementación y cumplimiento de las actividades de gestión, dispensación, farmacia clínica, y farmacotecnia no es alentador. Los informes de supervisión de la Contraloría de la República y la Digemid, no son los mejores y se puede decir que los Servicios de UPSS farmacia no están implementados como lo señala la Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA.

El Operativo de la Contraloría “Por una salud de calidad” a los servicios de los establecimientos de segundo y tercer nivel del Minsa, Essalud, G.R FF,AA y PNP identificó respecto a la gestión del abastecimiento y almacenamiento especializado de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en las UPSS de farmacia, altos niveles de incumplimiento a las Normas Técnicas de Salud (Contraloría General de la República, 2018) .

En el 63% de estos establecimientos, no solicitó el abastecimiento de los medicamentos del petitorio de productos farmacéuticos para compra corporativa del año 2017. Esto afectaba tanto a la ciudadanía a obtenerlos oportunamente y así prevenir, promover, conservar o restablecer su salud y al Estado, pues al comprarse a precios superiores no se generan economías de escala haciendo deficiente el gasto público. Fueron los hospitales de las FF.AA. los de mayores índices de no solicitar la compra corporativa de medicinas listadas (Contraloría General de la República, 2018).

A lo anterior se añadía que, del 70% de los medicamentos solicitados por compra corporativa, el 29% estaba en sobre stock, el 24 % en substock y en desabastecimiento el 18%. Solo el 29,7% tenía un stock normal. El sobrestock, podría dar lugar al riesgo de vencimiento y; el substock y desabastecimiento, afectar a la ciudadanía a su obtención oportuna (Contraloría General de la República, 2018).

Respecto a las buenas prácticas de almacenamiento, el 33% de estos no las cumplía y el 45% de los almacenes de medicamentos carecían de Autorización Sanitaria de Funcionamiento y no cumplir con la normatividad y estándares de calidad de la Digemid (Contraloría General de la República, 2018).

Respecto a los productos farmacéuticos, el 13% tenían productos en mal estado de conservación o expirados estando fuera del área destinada para la baja o devoluciones y el 20% carecían de ambientes para el almacenamiento con temperatura ambiente acorde a la norma técnica. (Contraloría General de la República, 2018).

Por otro lado, el informe integral de supervisión de la Dirección de Farmacovigilancia, acceso y uso de la Digemid de agosto del 2018 a las UPSS

Farmacia de los Hospitales e Institutos especializados de Lima Metropolitana mostraba, deficiencias. En cuanto a la implementación y seguimiento del área clínica solo lo realizaba el 56% de los establecimientos. En el área de dispensación, solo el 50% contaba con un área exclusiva para esta actividad. Era mínimo el número de establecimientos que realizaban actividades de farmacotecnia y de los pocos que lo hacían un porcentaje importante de estos no cumplía con los requisitos evaluados. (Dirección General de medicamentos insumos y drogas, 2018).

Así pues, aun cuando la normativa señala una serie de funciones para las UPSS farmacia en los diferentes nosocomios, su implementación y las actividades que desarrollan no están acordes a lo que, en términos teóricos, deberían ofrecer (Digemid, 2018).

El informe de Supervisión de las UPSS Farmacia a 18 Hospitales y 8 Institutos Especializados de Salud de Lima Metropolitana en Abril 2017 de las categorías II y III entre sus hallazgos encontró que solo en el 46.2% de estos contaban con un área de farmacia clínica en tanto que el 53.8% no lo tenía; respecto al servicio de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia el 69,2% de los establecimientos visitados contaban con el mismo en tanto que el 30.8% no lo contaba y en la información sobre medicamentos y tóxicos solo el 26.9% de los establecimientos visitados contaba con el mismo y el 73.1% no contaba con este servicio. (Digemid 2017)

Respecto a las áreas de dispensación, un 76.9% de los establecimientos no se supervisaba los botiquines de emergencia en los servicios del hospital; en farmacotecnia el 80.8% de estas UPSS farmacia no se preparaba fórmulas, mezclas oncológicas ni nutrición parenteral y en gestión y almacenamiento el 92.3% no cumplía con los criterios de verificación para el almacenamiento especializado y el 50% no tienen documentos de gestión (Digemid, 2017).

A partir del resultado de las auditoras efectuadas, tenemos que la problemática recurrente son las brechas respecto al desarrollo de las UPSS Farmacia Hospitalaria y es preciso identificar las causas y determinantes de la situación actual de estas debiendo hacerse un seguimiento y evaluación periódica a nivel

nacional y; por otro lado, fortalecer la gestión farmacéutica, así como las competencias de los profesionales farmacéuticos de estas.

De lo expuesto, en la investigación se formuló, como problema general lo siguiente: ¿Cuál es la diferencia del nivel de Implementación de las Unidades Productoras de Servicios de Salud en farmacias de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana, 2020?

Los problemas específicos fueron: ¿Cuál es la diferencia del nivel de implementación de la dimensión Gestión de Programación y Almacenamiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana, 2019?

¿Cuál es la diferencia del nivel de implementación de la dimensión Dispensación y Expendio de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacias de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana, 2019?

¿Cuál es la diferencia del nivel de implementación de la dimensión Farmacia Clínica de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana, 2019?

¿Cuál es la diferencia del nivel de implementación de la dimensión Farmacotecnia de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana, 2019?

La justificación de la investigación estuvo dada en términos de su justificación práctica, teórica y social. Respecto a su justificación social, aun cuando, el sistema farmacéutico, presenta diferencias organizativas en los diversos países independientemente de su adscripción política, estándares sociales y económicos, las UPSS en farmacia más allá de tareas referidas a la adquisición, custodia y dispensación organizada de medicamentos; su labor trasciende esa función. Las farmacias complementan y consolidan el trabajo de otros profesionales de la salud y son un centro sanitario donde los usuarios hallan consejo y asesoramiento en el uso racional del medicamento, de allí las tareas de dispensación, farmacia clínica y farmacotecnia que se hacen necesario fortalecer y desarrollar. Así, se brinda una asistencia de calidad a la población,

garantizando la promoción, el mantenimiento, la mejora en la salud contribuyendo al bienestar de la comunidad.

Fernández (2020), en su artículo de revisión sistemática refiriéndose a la justificación teórica señala que se asocia a la inquietud por profundizar los enfoques teóricos del problema y avanzar en el conocimiento en una línea de investigación; en esa medida, la investigación pretende proponer un aporte al conocimiento teórico de importancia de la planificación de los servicios de farmacia en sus actividades de tipo asistencial, administrativo, tecnológico y científico que involucran a las variables asociadas del estudio y, a partir de este entendimiento, posibilitar mejoras en la gestión y la calidad de atención de servicio de la UPSS farmacia como Unidad de soporte en los procesos de prestación asistenciales de los establecimientos de salud (R.M 546 -2011 /MINSA, 2011)

Con relación a la justificación práctica, el desarrollo busco ser una herramienta de diagnóstico para implementar correctivos y mejorar la atención en las UPSS – Farmacia y dar mejores servicios a los usuarios y que el químico farmacéutico como integrante del equipo de salud, desarrolle sus actividades, contando con un elemento que orientar sus actividades hacia la persona, familia y comunidad. (Ley 28173, 2004).

El objetivo general propuesto fue: Determinar la diferencia en el Nivel de Implementación de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana, 2020.

Los objetivos específicos fueron: Determinar la diferencia en la implementación de la dimensión gestión de programación y almacenamiento de Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana, 2019.

Determinar la diferencia en la implementación de la dimensión dispensación y expendio de las Unidades Productoras de Servicios en Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana, 2019.

Determinar la diferencia en la implementación de la dimensión Farmacia Clínica de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana, 2019.

Determinar la diferencia en la implementación de la dimensión farmacotecnia de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana, 2019

Respecto a la hipótesis general esta quedó expresada de la manera siguiente: Existe diferencia en el nivel de implementación de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

Las hipótesis específicas fueron las siguientes: Existe diferencia en el nivel de implementación de la dimensión gestión de programación y almacenamiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

Existe diferencia en el nivel de implementación de la dimensión dispensación y expendio de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

Existe diferencia en el nivel de implementación de la dimensión farmacia clínica de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

Existe diferencia en el nivel de implementación de la dimensión farmacotecnia de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

II. MARCO TEÓRICO

Respecto a las investigaciones referidas a las UPSS Farmacia nacionales desarrolladas en el país tenemos las siguientes. La investigación de Medrano (2019), determinó la efectividad de la intervención educativa en mejorar los conocimientos del profesional químico farmacéutico de estas UPSS en hospitales del Minsa de Lima de la categoría III-1. La intervención mejoró los conocimientos de los profesionales de estas unidades tanto en la Gestión de la programación y almacenamiento, farmacotecnia, farmacia clínica; dispensación de productos farmacéuticos. Se halló diferencias estadísticas significativas ($p < 0.05$) para el pre y post test. Para los dispositivos médicos esta diferencia fue $p=0.09$.

La investigación de Oviedo (2018), Identificó errores de prescripción en las recetas atendidas por la farmacia ambulatoria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre agosto a octubre del 2018. El estudio fue descriptivo, observacional, de enfoque cuantitativo, transversal y retrospectivo. La muestra fue de 450 prescripciones médicas. Se encontró que la totalidad tenían errores de prescripción, identificándose entre 6 a 8 errores en el 43.3% de las recetas.

La investigación de Araujo (2017), determinó el cumplimiento de la norma Técnica de Salud N.º 122– MINSA/DIGEMID – V.01 en la elaboración de preparados farmacéuticos para fórmulas magistrales dermatológicas atendidas por tres oficinas especializadas. Los hallazgos mostraron que no se consignó la vigencia de la prescripción y la edad en la totalidad de los casos, el llenado correcto del nombre y apellidos del paciente en el 34,8%, se precisó la duración del tratamiento en un 13,6%; el cumplimiento de forma farmacéutica en el 37,3%, y se consignó el nombre del preparado farmacéutico en el 7% de los casos analizados

La investigación desarrollada por Paredes (2018), determinó si con el análisis e interpretación de las prescripciones se generaban ahorros en la farmacia satélite de áreas críticas del Hospital Dos de Mayo. Se identificó ahorros de S/. 16, 652.39 soles en 2 510 prescripciones. El 17,2% del total analizado mostraron prescripciones con duplicidad, así como las no acordes al tratamiento y prescripciones en exceso. Se propuso fortalecer la propuesta

como estrategia de ahorros y no sean estos por devoluciones o la recuperación de medicamentos y dispositivos médicos.

La investigación de Samamé (2016), determinó la relación entre la calidad de atención farmacéutica y la satisfacción de usuarios externos del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Los hallazgos mostraron niveles de calidad de atención categorizados como baja en un 53,9%), modesta para el 5,9% y alta en el 40,2% de los casos. Sus conclusiones evidenciaron diferencias en lo percibido y las expectativas del usuario externo y la calidad en la atención al usuario se relacionaba a elementos tangibles y la fiabilidad en la dimensión calidad.

Con relación a los trabajos de investigación afines desarrollados en otros países tenemos a la investigación de Marzal (2019), propuso el diseño y la validación de un modelo de excelencia en la unidad de ensayos clínicos del servicio de farmacia Hospitalaria (SFH) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), Madrid (España). Sus hallazgos posibilitaron la reorganización funcional del personal, la reestructuración logística y el desarrollo procedimientos para cada uno de los procesos de ensayos clínicos. El modelo mejoró la calidad de la Unidad de Ensayos Clínicos del SFH, mejorándose el estándar de calidad incrementándose el número de ensayos clínicos

La investigación llevada a cabo por Solís (2018), propuso diseñar el área de formulaciones magistrales no estériles del servicio de farmacia del Hospital Andino de Riobamba, Ecuador. Se proyectó el espacio físico y los equipos necesarios siguiendo los Procedimientos Operativos Estándar de carácter general acorde con los requerimientos del hospital y la normativa de Buenas Prácticas de Elaboración de Formulaciones no Estériles.

Díaz de León (2016), analizó la operación de los componentes del “Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria” (MNFH) en la optimización farmacoterapéutica del sector público de México. Encontró fortalezas en la gestión de consenso mediante un Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) y las competencias técnicas del personal farmacéutico, las debilidades estuvieron en la limitación de recursos materiales y humanos. Sus conclusiones enfatizaron la

necesidad de consenso y fortalecimiento del MNFH y así garantizar la disponibilidad de recursos para su implementación y operación óptima.

Los párrafos que se muestran a continuación están referidos a los aspectos que dan el soporte teórico de la investigación. La salud va más allá de la ausencia de enfermedad o contar con el acceso a la atención médica. Como derecho fundamental toca la totalidad de los diferentes aspectos de la vida; en esa medida, se debe entenderla desde la perspectiva más amplia posible.

El artículo de Sara (2016), citando a la OMS señala que es el “estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 2014, pg. 4). Esta definición se ha incorporado a otras dimensiones; entre estas; la capacidad de funcionar o ver la salud como un fenómeno continuo y dinámico. Tenemos pues que los alcances del concepto salud han ido evolucionando instaurándola como un fenómeno multidimensional desde un enfoque médico-biológico hacia un concepto global e integral incorporando el paradigma socio-ecológico (Frutos, 2006).

Con relación a la asistencia primaria de salud, esta fue definida por la Conferencia de Alma Ata como:

La asistencia esencial basada en métodos y tecnologías científicamente fundados y socialmente aceptables al alcance de la comunidad y que cuenten con su plena participación y que su costo que tanto la comunidad como el país puedan soportarlo con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p.14).

Se ha comprobado el vínculo entre la atención primaria y mejoras en los resultados de salud y la equidad, el aumento de la seguridad sanitaria y la mejora del costo - eficacia. Esto ha convertido a la atención primaria en la piedra angular para el fortalecimiento de los sistemas de salud. Lograr la cobertura sanitaria universal exige sistemas de salud construidos des la atención primaria de salud (OMS, 2013).

Ahora bien, fortalecerla toma como referencia la atención integral orientada a la promoción y prevención de la salud y donde la centralidad, la integralidad de la atención y la continuidad del cuidado son irrenunciables en la construcción e implementación del modelo de atención integral fundamentado en la atención primaria de la salud (OPS, 2012)

Según el concepto de centralidad, la responsabilidad en el cuidado de la salud es una tarea compartida e involucra a los profesionales de la salud, las personas y sus familias, y la colectividad comunal. El énfasis está en los deberes y derechos de los usuarios focalizando en las personas y sus necesidades, brindándoles la información necesaria y así conseguir su participación en decisiones del cuidado de la salud. Por otro lado, la continuidad del cuidado se relaciona con la coherencia y conexión que percibe la persona en las diferentes acciones relativas al cuidado de su salud en distintos escenarios clínicos que van desde la atención domiciliaria a la que se brinda en los centros hospitalarios, Dois (2016).

Los servicios farmacéuticos hospitalarios, como unidades de apoyo de los servicios de salud de las unidades hospitalarias contribuyen a la adquisición racional, gestión, seguridad y distribución de los medicamentos de forma eficaz gestionando la información que necesita el sistema. El químico farmacéutico como especialista en la racionalización de la farmacoterapia del medicamento, tiene una labor cooperativa con los profesionales de la salud siguiendo criterios de calidad, seguridad y eficacia, lo que tiene un gran impacto en el bienestar de la población.

Son crecientes las expectativas de la sociedad en las prestaciones de servicios salud. Estas se orientan en exigencias por una mayor atención en el nivel primario y se orienten a priorizar a la personas, su familia y la comunidad la cual debe tener una participación más activa (Medicus Mundi Navarra Delegación Perú, Salud Sin Límites Perú , 2012),

La cobertura y el acceso universal de salud implica que todas las personas accedan a servicios de salud, adecuados, oportunos, integrales y de calidad con

medicamentos seguros, eficaces, asequibles y de calidad; asegurando no exponer a los grupos vulnerables a dificultades financieras por el uso de estos servicios (Organización Panamericana de la Salud - OMS, 2014). Lograr esto requiere definir e implementar políticas y acciones multisectoriales abordando los determinantes sociales de la salud fomentando el compromiso de la sociedad en la promoción de la salud y el bienestar.

El acceso y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo y si bien es cierto esta cobertura se logra a partir del acceso oportuno y efectivo a los servicios, sin el acceso oportuno y efectivo, la cobertura universal es inalcanzable. Las dos son condiciones necesarias en el logro de la salud y bienestar. (Organización Panamericana de la Salud - OMS, 2014)

El Ministerio de Salud; ente rector de “Formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud bajo su competencia” (Decreto Legislativo N° 1161, 2013)

El Título Preliminar de Ley General de Salud señala al Estado como responsable de promover las condiciones para garantizar una adecuada cobertura en la prestación de servicios salud en condiciones de seguridad socialmente aceptables, oportunas y calidad y equidad. Esta responsabilidad recae en el Minsa (Ley No 26842, 1997). Según este dispositivo, los servicios de salud del sector público corresponden a los que brinda el Gobierno Central (Minsa), Gobiernos Regionales, Essalud, FFAA y PNP.

Los detalles referidos a la categorización, funciones y producción de servicios de las UPSS Farmacia, así como los criterios técnicos en infraestructura y equipos, aspectos administrativos de los centros asistenciales de segundo y tercer nivel han sido especificados mediante dispositivos del Ministerio de Salud (Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, 2014) y (Resolución Ministerial N° 862-2015-RM, 2015).

Los servicios de las UPSS farmacia como lo señala la norma, serán brindados de forma directa por tal unidad y no será tercerizada ni total ni parcialmente; así

pues, las diferentes áreas de la UPSS farmacia brindan Atención de Soporte a las UPSS de atención directa. (R.M 546 -2011 /MINSA, 2011)

El Art.90°. del Reglamento de Organización y Funciones del Minsa respecto a las funciones Dirección de Farmacovigilancia, Acceso y Uso, dependencia de la Digemid, señala que se ocupa promover normas y supervisar la implementación y funcionamiento de las UPSS-Farmacia de los establecimientos de salud, así como su seguimiento y evaluación. (Decreto Supremo N° 008-2014-SA-DS, 2014)

Por otro lado, el dispositivo que aprobó la Norma Técnica de Salud 110 - MINSA estableció tres categorías según niveles de atención. La vigencia de la categoría se ha fijado en tres años; luego de esto, el establecimiento debe solicitar su recategorización. Las categorías para los diferentes niveles de atención son: Primer nivel: Categorías I-1, I-2, I-3, I-4, segundo nivel: categorías II-1, II-2 y II-E, y en el tercer nivel: Categorías III-1, III-2 y III-E (R.M N° 546-2011/MINSA, 2011)

Respecto a las UPSS farmacia, sus tareas comprenden, en función a la categoría respectiva, la dispensación y expendio, gestión de programación y almacenamiento especializado de productos farmacéuticos y dispositivos en los ámbitos de su competencia y cuenta con capacidad resolutoria en farmacotecnia y farmacia clínica, de acordes a su complejidad (Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, 2011)

Por otro lado, se cuenta con normativa referida tanto a: Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos (BPA), Buenas Prácticas de Prescripción (BPP), Buenas Prácticas de Dispensación, Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) (Resolución Ministerial N° RM132-2015-MINSA, 2015); por otro lado, al tener los productos farmacéuticos cuya función primordial es reducir la morbilidad y mortalidad, el personal farmacéutico por su expertís es el responsable de su correcta utilización.

La Ley del aseguramiento universal en salud (Ley 29344, 2009) y su reglamento (DS 008-2014-SA, 2014) establecieron mecanismos para gestionar la calidad de los servicios de salud por la supervisión externa (Decreto supremo 003 -2013-SA, 2013); posteriormente se dispuso medidas en el fortalecimiento y el cambio de denominación de la superintendencia de aseguramiento en salud (Decreto

Legislativo N° 1158-2013, 2013) y lo relativo a su organización y funciones (DS 008-2014-SA, 2014)

La Superintendencia Nacional de Salud (Susalud) tiene a su cargo el proteger los derechos en salud de la población; sus acciones están orientadas al empoderamiento poniendo al ciudadano como centro del Sistema de salud independientemente del lugar que se atienda o la condición de su aseguramiento.

Para la Supervisión de las UPSS farmacia, Susalud cuenta con un esquema de supervisión basado en el cumplimiento normativo con instrumentos de Supervisión mediante la gestión de los niveles de riesgo para garantizar la prevención en la vulneración de derechos del usuario (Resolución de Superintendencia N° 004-2015-SUSALUD/S, 2015) . La intervención de Susalud pueden ser: Programada, Inopinada, Integral, Selectiva, General o Acotada donde los componentes de gestión de productos farmacéuticos, dispensación de productos farmacéuticos, farmacotecnia y farmacia clínica, son evaluados mediante verificadores que evalúan la cobertura, acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

Respecto a la definición conceptual de las dimensiones de la variable de la investigación, las mismas corresponden a las 04 áreas técnicas básicas de la UPSS farmacia y son las siguientes:

Farmacia clínica: Tiene como macroproceso funcional involucra actividades de farmacoepidemiología (estudios de utilización de medicamentos), farmacovigilancia (monitoreo y seguimiento de reacciones adversas a los medicamentos), seguimiento farmacoterapéutico y educación sanitaria.

Gestión de programación y almacenamiento: Procesos por el cual la unidad ejecutora identifica el requerimiento del abastecimiento real de productos farmacéuticos, así como el mantenimiento adecuado de los mismos en los almacenes especializados, que garanticen su calidad y seguridad según las buenas prácticas de almacenamiento (RM N° 116-2018 MINSA , 2018)

Dispensación y expendio: Tiene como macro proceso funcional el Sistema de Dispensación de Medicamentos en dosis unitaria. Comprende la gestión de stocks, la dispensación individualizada controlada, el seguimiento

farmacoterapéutico, la orientación del paciente sobre las indicaciones médicas. Se encarga, además, del registro, dispensación, expendio, control del producto farmacéuticos DM y PS acorde a la prescripción médica brindando información para su correcta utilización. Incluye a las farmacias de hospitalización, farmacia central, la de sala de operaciones, y de emergencia a cargo de la atención mediante de dosis unitaria.

Farmacotecnia: Hace referencia, en términos de macroproceso funcional, al área de la UPSS Farmacia donde se realiza diluciones, fraccionamiento y el acondicionamiento de antisépticos y desinfectantes y dosis de medicamentos como: mezclas intravenosas, parenterales, mezclas enterales especializadas, preparado de fórmulas magistrales y oficinales además del acondicionamiento y re envasado (Hospital Cayetano Heredia, 2017).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Como lo señala Hernández (2018), el estudio tuvo un enfoque cuantitativo pues ha descrito los factores de las dimensiones de la variable de análisis que se cuantificaron mediante pruebas estadísticas para analizar los datos. Los instrumentos sirvieron para recoger datos y probar las hipótesis.

Para Hernández (2018), los estudios de nivel descriptivo detallan las características de la población que son analizados. El estudio describió el nivel de implementación de las UPSS Farmacias de los Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana. El detalle adjunto muestra el esquema del diseño descriptivo comparativo:

M_i : Grupos de sujetos que conforman el estudio ($i=1,2,3,4$)

O_i : Observaciones de la muestra ($i=1,2,3,4$)



Su diseño fue de corte transversal no experimental, sin manipularse las dimensiones de la variable en estudio. Se describió el nivel de implementación de las UPSS Farmacias en los Hospitales del Minsa y Essalud de Lima metropolitana con datos para un momento determinado. Para Hernández (2018), los estudios no experimentales de corte transversal, no hacen manipulación de la variable limitándose a observar y describir situaciones existentes.

3.2. Variables y operacionalización

Nivel de implementación de UPSS Farmacia

Definición Conceptual

La UPSS farmacia como unidad de soporte en los procesos de prestación asistenciales de los establecimientos de salud apoya en el tratamiento de los problemas clínicos quirúrgicos de las UPSS de atención directa (R.M 546 -2011 /MINSA, 2011)

Dimensiones

Sus áreas técnicas básicas son: la dispensación, el expendio, la gestión de programación y almacenamiento de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, farmacotecnia y farmacia clínica. Se exceptúan aquellos equipos biomédicos y los de tecnología controlada así como los productos sanitarios que correspondan a dicha categoría (Ley 29459, 2009). Estas funciones han sido las dimensiones de análisis. En el anexo No 1 se muestra la matriz de operacionalización respectiva.

3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis

Para Arias (2016), es un grupo de personas, animales o sucesos con características similares, de quien se toma la información para obtener conclusiones. Además, para este autor, la población está delimitada por el problema y los que son los objetivos de la investigación.

La población estuvo formada por las UPSS farmacia de Hospitales Minsa Y Essalud de Lima Metropolitana de los informes de supervisión a las UPSS farmacia y la base de datos de la entidad supervisora de servicios de salud.

Como criterio de inclusión, estos estuvieron referidos a las UPSS Farmacia de los Hospitales del Minsa y Esalud de Lima Metropolitana. Como criterio de exclusión, no formaron parte del estudio las UPSS farmacia de las Fuerzas armadas y Policiales.

Por ser una población finita y pequeña, el estudio no tuvo muestra ni se aplicó técnica de muestreo alguna.

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Según Arias (2016) debe estar acorde con el enfoque y diseño de la investigación; esto es, para cada estudio se debe recurrir a la técnica más adecuada.

Las técnicas de investigación empleada fue la recolección de data de fuentes secundarias referidas a las UPSS farmacias de los hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

Respecto a los instrumentos, para Arias (2016) es un recurso utilizados para recolectar datos provenientes de la población de estudio. Esto se hace a fin de registrar la información.

3.5. Procedimientos

Primera etapa, Se planificaron las actividades de la estructura de la investigación documentándose la información de la realidad problema, antecedentes de investigaciones previas y el sustento teórico.

Segunda etapa, el diseño metodológico estuvo concordado con la finalidad del estudio, así como los aspectos referidos con la población, muestra, muestreo; la técnica del estudio y el instrumento de recolección de datos.

Tercera etapa, Se realizó el procesamiento de la data generándose los resultados. Se efectuó el análisis descriptivo e inferencial contrastándose las hipótesis. Con ello se hicieron las discusiones, conclusiones y se desarrollaron las recomendaciones.

3.6. Método de análisis de datos

Su enfoque fue cuantitativo, aplicándose técnicas de la estadística que han suministrado los resultados del estudio. Asimismo, se utilizó tanto el análisis descriptivo e inferencial utilizando el software: SPSS versión 24

Estadística descriptiva

Para Valderrama (2015), describe características básicas de los datos como la media, mediana, asimetría, curtosis, desviación estándar y analiza la distribución de frecuencias, las medidas de tendencia central y las medidas de variabilidad del comportamiento de las variables para procesar los datos representándosele mediante tablas y gráficos para su interpretación.

Estadística Inferencial

Para (Sampieri, 2014), el análisis inferencial significa buscar el probar hipótesis y generalizar los resultados obtenidos. El programa SPSS procesó los datos analizándose el estadígrafo generado comprobando las hipótesis planteadas.

Se realizó la prueba de normalidad a fin de establecer que prueba estadística era la más idónea para el estudio, es decir, la regresión lineal multivariada o la regresión logística. Para el caso de la estadística inferencial este se hizo con la prueba U de Mann-Whitney.

3.7. Aspectos éticos

La investigación ha tomado como referencia principios que han sido establecidos por la Universidad, respecto a:

- (a) La información recopilada no fue cambiada ni modificada;
- (b) Se aplicó el formato propuesto por la universidad y,
- (c) Las fuentes consultadas, fueron plasmadas con la paráfrasis referenciándose a la normativa APA y los porcentajes de similitud del TURNITIN, estuvieron dentro del porcentaje establecido por la Universidad.

IV. RESULTADOS

Análisis descriptivo

Dado que los valores van desde 0 (no cumple) a 1 (cumple). Para establecer el nivel de implementación, se ha dividido el valor de 1 (cumple) entre 3, estableciéndose que para valores menores a 0.33 le corresponde un nivel de implementación bajo, para valores entre 0.34 y 0.67 le corresponderá un nivel de implementación medio y para valores superiores a este rango le corresponde un nivel de implementación alto.

Análisis descriptivo del nivel de Implementación de las UPSS farmacia

Tabla 1. Distribución de frecuencias y porcentajes del nivel de implementación de las unidades productoras de servicio de salud en farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana

Nivel de Implementación de UPSS Farmacias	Sistemas de Salud			
	Minsa		Essalud	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%
Bajo	4	15,4%	3	25,0%
Medio	8	30,8%	7	58,3%
Alto	14	53,8%	2	16,7%
Total	26	100,0%	12	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 1 muestra que el 53,8% de las UPSS farmacia de los hospitales del Minsa tienen un nivel alto de cumplimiento; mientras que en Essalud, el 58,3% el cumplimiento es de nivel medio.

Análisis descriptivo de la dimensión gestión de programación y almacenamiento

Tabla 2. Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión gestión de programación y almacenamiento de las unidades productoras de servicio de salud en farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana

Implementación de la dimensión gestión de programación y almacenamiento	Sistemas			
	Minsa		Essalud	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%
No	12	46,2%	12	100,0%
Si	14	53,8%	0	,0%
Total	26	100,0%	12	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 2 muestra que el 53,8% de las UPSS farmacia de los hospitales del Minsa implementaron la gestión de programación y almacenamiento; mientras que en los hospitales de Essalud no fue implementada o no se obtuvieron datos para analizarlos.

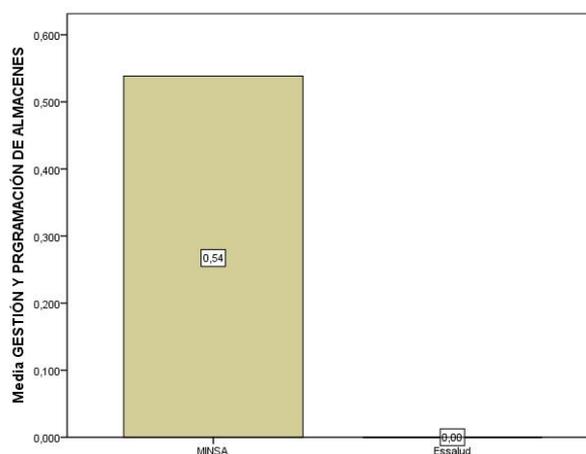


Figura 1. Implementación de la gestión de programación y almacenamiento de UPSS Farmacia

La figura 1 muestra la comparación entre el nivel de implementación de la dimensión gestión de programación y almacenamiento de UPSS Farmacia de los

hospitales del Minsa y Essalud; la media del Minsa (0,54) es superior a la media de Essalud (0,00).

Análisis descriptivo de la dimensión dispensación y expendio

Tabla 3. Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión dispensación y expendio de las unidades productoras de servicio de salud en farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana

Nivel de Implementación de la dimensión dispensación y expendio	Sistemas de Salud			
	Minsa		Essalud	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%
Bajo	5	19,2%	0	0,0%
Medio	8	30,8%	6	50,0%
Alto	13	50,0%	6	50,0%
Total	26	100,0%	12	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Para la dimensión dispensación y expendio de las UPSS farmacia de los hospitales del Minsa, la tabla 3 muestra que el 50,0% de estos tiene un cumplimiento de nivel alto y; en Essalud, el 50,0% tienen un cumplimiento de nivel medio y alto.

Análisis descriptivo de la dimensión farmacia clínica

Tabla 4. Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión farmacia clínica de las unidades productoras de servicio de salud en farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana

Nivel de Implementación de la dimensión farmacia clínica	Sistemas de Salud			
	Minsa		Essalud	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%
Bajo	8	30,8%	7	58,3%
Medio	13	50,0%	3	25,0%
Alto	5	19,2%	2	16,7%
Total	26	100,0%	12	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 4 detalla que para la dimensión farmacia clínica de las UPSS farmacia de Hospitales del Minsa el 50,0% de los establecimientos tenían un cumplimiento de nivel medio; mientras que el 58,3% de los establecimientos en Essalud, su cumplimiento era de nivel bajo.

Análisis descriptivo de la dimensión farmacotecnia

Tabla 5. Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión farmacotecnia de las unidades productoras de servicio de salud en farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana

Nivel de Implementación de la dimensión farmacotecnia	Sistemas de Salud			
	Minsa		Essalud	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%
Bajo	12	46,2%	8	66,8%
Medio	10	38,5%	2	16,7%
Alto	4	15,4%	2	16,7%
Total	26	100,0%	12	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5 para la dimensión farmacotecnia clínica de las UPSS farmacia de los hospitales del Minsa, el 46,2% de estos tiene un cumplimiento de nivel bajo; mientras que en Essalud, para el 66,8% de los establecimientos tenían un cumplimiento de nivel bajo.

Análisis inferencial

Prueba de normalidad de las variables y dimensiones

Tabla 6. Prueba de normalidad de Shapiro Wilk para las variables y dimensiones del estudio

Variables y dimensiones / Sistemas de salud		Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Implementación de UPSS Farmacias	Minsa	0,933	26	0,092
	Essalud	0,952	12	0,669
Dispensación	Minsa	0,924	26	0,056
	Essalud	0,790	12	0,007
Gestión y Programación De Almacenes	Minsa	0,637	26	0,000
	Essalud		12	
Farmacotecnia	Minsa	0,876	26	0,005
	Essalud	0,858	12	0,046
Farmacia Clínica	Minsa	0,963	26	0,452
	Essalud	0,905	12	0,185

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

La tabla 6 muestra que la variable Implementación de UPSS Farmacias y la dimensión Farmacia Clínica tenían una distribución normal, pues su nivel de significancia era mayor al 5% ($p > 5\%$). Para contrastar las hipótesis se realizó la prueba T Student para muestras independientes.

Para las dimensiones dispensación, gestión y programación de almacenes y farmacotecnia la distribución fue diferente a la normal con un nivel de significancia menor al 5% ($p < 5\%$). En esa medida, el análisis inferencial se realizó mediante la U de Mann Whitney.

Contrastación de la Hipótesis General

H₀: No existe diferencia significativa en el nivel de implementación de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

H_a: Existe diferencia significativa en el nivel de implementación de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

Tabla 7. Análisis inferencial mediante la prueba T Student para la variable Implementación de UPSS Farmacias

		Prueba de Levene igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Implementación de UPSS Farmacias	Se han asumido varianzas iguales	,007	,936	1,748	,089	.094545	.054075	-.015125	.204215
	No se han asumido varianzas iguales			1,693	,106	.094545	.055848	-.021989	.211078

Fuente: Base de datos. Anexo 2

La tabla 7 muestra la prueba de Levene. Ello indica que los datos recopilados tenían una varianza poblacional igual a ($F = 0.007$, $p=0.936$); en ese sentido, con $t = 1.748$ y $p = 0.089$ mayor al 0.05 no se podía rechazar la hipótesis nula, concluyéndose que no se tiene diferencias significativas entre el nivel de implementación de las UPSS farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud.

Contrastación de la hipótesis específica 1

H₀: No existe diferencia en el nivel de implementación de la dimensión gestión de programación y almacenamiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacias de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

H_a: Existe diferencia en el nivel de implementación de la dimensión gestión de programación y almacenamiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacias de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

Tabla 8. Análisis inferencial mediante la prueba U de Mann Whitney para la dimensión gestión de programación y almacenamiento

	Gestión de Programación y almacenamiento
U de Mann-Whitney	72,000
W de Wilcoxon	150,000
Z	-3,156
Sig. asintót. (bilateral)	,002
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,007 ^a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sistemas

Fuente: Base de datos. Anexo 2

La tabla 8 muestra una significancia menor al 0.05 ($z=-3.156$, $p=0.007$), por lo que se rechazó la hipótesis nula concluyéndose que se tenía diferencia significativa entre el nivel de implementación de la dimensión gestión de programación y almacenamiento de las UPSS farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud.

Contrastación de la hipótesis específica 2

H₀: No existe diferencia en el nivel de implementación de la dimensión dispensación y expendio de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacias de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

H_a: Existe diferencia en el nivel de implementación de la dimensión dispensación y expendio de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacias de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

Tabla 9. Análisis inferencial mediante la prueba U de Mann Whitney para la dimensión, dispensación y expendio de las UPSS Farmacias

	Dispensación y expendio
U de Mann-Whitney	155,500
W de Wilcoxon	506,500
Z	-,016
Sig. asintót. (bilateral)	,987
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,988a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sistemas

Fuente: Base de datos. Anexo 2

La tabla 9 muestra una significancia mayor 0.05 ($z=-0.016$, $p=0.988$); con este resultado no se rechaza la hipótesis nula. Se puede concluir que no se tiene diferencia significativas entre el nivel de implementación de la dimensión dispensación y expendio de las UPSS farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud.

Contrastación de la hipótesis específica 3

H₀: No existe diferencia en el nivel de implementación de la dimensión farmacia clínica de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacias de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

H_a: Existe diferencia en el nivel de implementación de la dimensión farmacia clínica de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacias de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

Tabla 10. Análisis inferencial mediante la prueba U de Mann Whitney para la dimensión farmacia clínica de las UPSS Farmacias

	Farmacia clínica
U de Mann-Whitney	117,000
W de Wilcoxon	195,000
Z	-1,235
Sig. asintót. (bilateral)	,217
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,230a

a. No corregidos para los empates.

b. Variable de agrupación: Sistemas

Fuente: Base de datos. Anexo 2

La tabla 10 muestra una significancia mayor 0.05 ($z=-1.235$, $p=0.230$) por lo que no se rechaza la hipótesis nula. Se concluye que no existe diferencia significativa entre el nivel de implementación de la dimensión farmacia clínica de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud.

Contrastación de la hipótesis específica 4

H₀: No existe diferencia en el nivel de implementación de la dimensión farmacotecnia de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacias de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

H_a: Existe diferencia en el nivel de implementación de la dimensión farmacotecnia de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacias de Hospitales del Minsa y Essalud de Lima Metropolitana.

Tabla 11. Análisis inferencial mediante la prueba T Student para la dimensión farmacotecnia de las UPSS Farmacias

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Farmacotecnia	Se han asumido varianzas iguales	,423	,520	,233	,817	.026795	.115131	-.20670	.260291
	No se han asumido varianzas iguales			,220	18,907	,828	.121629	-.22786	.281452

Fuente: Fuente: Base de datos. Anexo 2

La tabla 11 muestra la Prueba de Levene; señala que los datos recopilados tienen una varianza poblacional de ($F = 0.423$, $p=0.520$). Al ser $t = 0.233$ y $p = 0.817$ mayor al 0.05 no se rechaza la hipótesis nula. Se concluye en que no hay diferencia significativa en el nivel de Implementación de la dimensión farmacotecnia de las UPSS farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud.

V. DISCUSIÓN

El análisis descriptivo de la hipótesis general respecto al nivel de Implementación de las UPSS farmacia mostró un nivel de cumplimiento alto en el 53,8% de las UPSS farmacia de los hospitales del Minsa; para Essalud este fue del 58,3% catalogándose este cumplimiento como de nivel medio. Las directivas de la UPSS farmacia precisan los criterios para su organización y funcionamiento para estandarizar los procesos de atención; sin embargo, las mismas señalan que esta implementación será progresiva; con ello se justifica las omisiones encontrados en las auditorias efectuadas ((R M No 546-2011/MINSA) y (Resolución No 35 – GCPS- ESSALUD-2016).

Por otro lado, el análisis descriptivo de la primera hipótesis específica, para la dimensión gestión de programación y almacenamiento el análisis descriptivo encontró que el 53,8% de las UPSS farmacia de los hospitales del Minsa habían implementado la gestión de programación y almacenamiento; mientras que en los hospitales de Essalud esta no fue implementada plenamente o no se obtuvieron datos para analizarlos. Esto no significa el que no estuviera implementado el servicio de gestión de programación sino más bien que la auditorias efectuadas no hallaron una implementación plena en los diferentes criterios evaluados en la implementación de esta área.

Para la segunda hipótesis específica, en la dimensión dispensación y expendio, el análisis descriptivo mostró que el 50,0% de las UPSS farmacia de los hospitales del Minsa tenían un nivel de cumplimiento alto; mientras que en Essalud, el 50,0% de los establecimientos tenía un de nivel de cumplimiento medio y alto. Del mismo modo, en el informe de supervisión a las UPSS farmacia Digemid 2017, se pudo evidenciar que el 57% de los establecimientos supervisados, no verificaban las existencias, la reposición y las condiciones de Almacenamiento incumpliendo lo señalado en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos. Título VI. De las Oficinas Farmacéuticas: Farmacias o Boticas. Artículo 48°.

Para la tercera hipótesis específica, el análisis descriptivo de la dimensión farmacia clínica de las UPSS farmacia mostró que el 50,0% de los hospitales del Minsa tuvieron un nivel medio de cumplimiento y en el 58,3% de los establecimientos de Essalud, su cumplimiento fue de nivel bajo. Esto con relación al cumplimiento de brindar el servicio de información de medicamentos y tóxicos como lo señala la Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA que aprueba la NTS N° 021·MINSA/DGSP·V.03 Norma Técnica de Salud y el no cumplimiento de cumple con realizar las notificaciones de sospecha de Reacciones Adversas e incidentes adversos de los Productos Farmacéuticos y/o Dispositivos Médicos. como lo señala el título V del Decreto Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios

En la cuarta hipótesis específica el análisis descriptivo de la dimensión farmacotecnia encontró que, en el 46,2% de establecimiento, el nivel de cumplimiento es bajo y en Essalud, tuvieron el cumplimiento del 66,8% de estos fue de nivel bajo. Esto respecto a los preparados de fórmulas magistrales que son elaborados de acuerdo con lo prescrito en la receta específica para cada paciente y cumpliendo procedimientos estandarizados como lo señala la Resolución Ministerial N° 538-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 122-MINSA/DIGEMID-V.01. Norma Técnica de Salud para la elaboración de Preparados Farmacéutico.

Para el análisis inferencial de la hipótesis general, la varianza de los datos tuvieron valores para $F = 0.007$ y $p=0.936$ respectivamente y al ser el valor t de 1.748, $p = 0.089$ y su significancia mayor al 0.05 no se rechazó la hipótesis nula al no tenerse diferencias significativas en el nivel de implementación de las UPSS farmacia de los hospitales del Minsa y Essalud. Ello coincide con los hallazgos del Operativo “Por una salud de Calidad (Contraloría 2018) que identificó el incumplimiento de las Normas Técnicas de Salud en los servicios de farmacia con el riesgo de brindar una atención inadecuada a los pacientes.

La contrastación de la primera hipótesis específica mostró una significancia menor a 0.05 donde $z=-3.156$ y $p=0.007$) rechazándose la hipótesis nula al tenerse diferencias significativas en la implementación de la dimensión gestión y

programación de almacenamiento en las UPSS farmacia de los hospitales del Minsa y Essalud. Este resultado se relaciona con la información de las áreas técnicas de las UPSS Farmacia implementadas (Nota inf 042 -2015 –DAUM – URM / MINSA). Así, respecto a las buenas prácticas de almacenamiento; poco más del 40% de los establecimientos no cumplían con las mismas. Esto corroboró el informe de la Contraloría (2018) que reportó que el 45% de los establecimientos auditados no contaba con Autorización Sanitaria de Funcionamiento y el 67% no tenía Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) requisitos para una correcta operatividad del servicio. De forma complementaria, el informe 003-2017-DIGEMID señalaba que en el 92,3% de los casos, el área de almacenamiento de los establecimientos no tenía las dimensiones apropiadas para organizar los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios acordes a la frecuencia de las adquisiciones y la rotación de los productos por lo que no se cumple con las buenas prácticas de almacenamiento (Informe 003-2017-DIGEMID-DFAU-UFRM-MOZ/MINSA).

El análisis inferencial de la segunda hipótesis específica mostró una significancia mayor 0.05 ($z=-0.016$, $p=0.988$) concluyéndose que no había diferencias significativas entre el nivel de implementación de la dimensión dispensación y expendio de las UPSS farmacia de los hospitales Minsa y Essalud. (Medrano, 2019); mostró que se mejoró el conocimiento en la gestión de programación y almacenamiento de productos farmacéuticos, farmacotecnia, farmacia clínica; dispensación de productos farmacéuticos de los profesionales de las UPSS – farmacia. Las diferencias fueron estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el pre y post test; en el caso de los dispositivos médicos la diferencia estadística fue $p=0.09$.

El análisis inferencial de la tercera hipótesis específica mostró una significancia mayor 0.05 ($z=-1.235$, $p=0.230$) por lo que no se rechazó la hipótesis nula pues no existía diferencia significativa en el nivel de implementación de la dimensión farmacia clínica de las UPSS farmacia de los Hospitales del Minsa y Essalud. Esto coincide con los hallazgos de (Oviedo, 2018) quien identificó un 43,3% de

errores de prescripción en las recetas médicas en el servicio de Farmacia Ambulatoria en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza;

El análisis inferencial de la cuarta hipótesis específica mostro una la varianza poblacional de ($F = 0.423$, $p=0.520$) con un valor para $t = 0.233$, $gl = 36$, $p = 0.817$ y una significancia mayor al 0.05 por lo que no se rechazó la hipótesis nula pues no había diferencia significativa entre el nivel de Implementación de la dimensión farmacotecnia de las UPSS farmacia de los nosocomios del Minsa y Essalud . Estos hallazgos concuerdan con (Araujo, 2017), quien determinó el incumplimiento de la Norma Técnica de Salud N° 122– MINS/DIGEMID – V.01 para preparados farmacéuticos en prescripción de fórmulas magistrales dermatológicas atendidas en tres oficinas farmacéuticas especializadas, Así, en el 34,8% se llenó correctamente el nombre y apellidos del paciente, en el 34,8%, de los casos analizados se precisó la duración del tratamiento, en el 13,6% se verificó el cumplimiento de la forma farmacéutica, en el 37,3%, y en el 7% de los casos se consignó el nombre del preparado farmacéutico

VI. CONCLUSIONES

Primera

Se concluye en que no se tienen diferencias significativas ($t = 1.748$ y $p = 0.089$) en el nivel de implementación de las UPSS farmacia en los hospitales del Minsa y Essalud.

Segunda

Existe evidencia estadística significativa ($z=-3.156$ y $p=0.007$) entre el nivel de implementación de las dimensiones gestión de programación y almacenamiento de las UPSS farmacia en los Hospitales del Minsa y Essalud.

Tercera

Se concluye que no se tiene diferencia significativa ($z=-0.016$ y $p=0.988$) entre el nivel de implementación de la dimensión dispensación y expendio de las UPSS farmacia de los hospitales del Minsa y Essalud.

Cuarta

Se concluye que no existe diferencia significativa ($z=-1.235$ y $p=0.230$) en el nivel de implementación de la dimensión farmacia clínica de las UPSS farmacia en los hospitales del Minsa y Essalud.

Quinta

Se concluye que no existe diferencia significativa ($t = 0.233$ y $p = 0.817$) entre el nivel de implementación de la dimensión farmacotecnia de las Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia de Hospitales del Minsa y Essalud.

VII. RECOMENDACIONES

Primera

Si bien es cierto hay una normativa que precisa las diferentes funciones de las UPSS farmacia, la gran mayoría de los nosocomios no tienen implementado a plenitud las diferentes actividades que le corresponde a la UPSS farmacia. Se recomienda que los organismos rectores del sector puedan poner un mayor esfuerzo para la implementación de las mismas.

Segunda

Se sugiere profundizar en investigaciones referidas a las actividades de las áreas de gestión de programación y almacenamiento, de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a fin de mejorar el abastecimiento a través de las compras corporativas de medicamentos y evitar el gasto de bolsillo de los pacientes y sobrecostos al estado por compras directas, no permitiendo economía de escala tal como lo indica la Contraloría de la República en su informe “Por una salud de calidad “ del 2018.

Tercera

Las UPSS farmacia de los hospitales deberían enfatizar las actividades de farmacotecnia como: mezclas oncológicas, nutrición parenteral por su importancia para la salud de los pacientes, ya que mas del 80 % de hospitales inspeccionados por Digemid en el 2017 detectó que no se realizaba.

Cuarta

Se recomienda, enfatizar en la capacitación especializada de los Químicos Farmacéuticos responsables de cada área funcional de las UPSS farmacia a fin de mejorar la implementación de las mismas tal como lo demuestra La investigación de Medrano (2019), quien demostró la efectividad de la intervención educativa en la mejora del nivel de conocimientos de los químico-farmacéuticos de estas UPSS en los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud de Lima de categoría III-1.

Quinta

Se recomienda, mayor involucramiento de la academia, a través de las facultades de Farmacia y Bioquímica para adecuar la currícula de los profesionales Químicos Farmacéuticos de acuerdo a los requerimientos de las normativas existentes para la implementación de las UPSS farmacia.

Sexta

Se recomienda incentivar la investigación y análisis de la data existente y accesible en los portales electrónicos existentes de las entidades públicas por transparencia, a fin de proponer mejoras y planes de acción consistentes a la realidad de cada entidad .

REFERENCIAS

- Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo. (2014). *Comprendiendo el derecho humano a la salud - AECID*. Prosalus y Cruz Roja Española. Recuperado el 20 de 10 de 2020, de [https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20\(2\).pdf](https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20(2).pdf)
- Araujo, I. (2017). *Nivel de cumplimiento de la norma Técnica de Salud N° 122– MINSA/DIGEMID – V.01 para la Elaboración de Preparados Farmacéuticos en prescripción de fórmulas magistrales dermatológicas atendidas en tres Oficinas Farmacéuticas Especializadas*. Tesis de título profesional, Universidad Wiener, Facultad de Farmacia y Bioquímica. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/674/TITULO%20-%20CHAVEZ%20CHUQUILLANQUI%20MAYBE.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Braveman, P. &. (2003). Poverty, Equity, Human Rights and Health. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 539 -545. doi:DOI: 10.1590/S0042-96862003000700013
- Contraloría General de la República (2018). *Operatividad y funcionamiento de las UPSS de emergencia, consulta externa, patología clínica, diagnóstico por imágenes y farmacia*. Informe del operativo de control de visita preventiva N° 634-2018-CG/SALUD-OCS, La Contraloría Genral de la República, Lima. Obtenido de http://doc.contraloria.gob.pe/documentos/operativos/OPERATIVO_POR_UNA_SALUD_DE_CALIDAD.pdf
- Decreto Legislativo N° 1158-2013. (06 de dicimembre de 2013). Decreto Legislativo N 1158 - Medidas destinadas al Fortalecimiento y cambio de denominacion de la SUNASA. Lima. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/susalud/normas-legales/852938-1158-2013>
- Decreto Legislativo N° 1161. (07 de diciembre de 2013). Decreto Legislativo que Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Lima. Obtenido de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200295/197025_DL1161.pdf 20180926-32492-mdgklj.pdf
- Decreto supremo 003 -2013-SA. (26 de Marzo de 2013). Apruébese el reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS y a las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud - I. Obtenido de

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/269728/240820_DS003_2013_SA.pdf20190110-18386-m7cva7.pdf

Decreto Supremo N° 008-2014-SA-DS. (10 de Junio de 2014). Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Lima. Obtenido de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1039906/008-2014-SA.pdf>

Decreto Supremo N° 008-2017-SA. (05 de Marzo de 2017). Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Lima. Obtenido de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/190604/reglamento-de-organizacion-y-funciones-del-ministerio-de-salud-ds-n-008-2017-sa.pdf>

Díaz de León Castañeda, C. y.-G. (2016). Operación del “Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria” en el sector público de México: estudio de caso. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 47(4), pp.66-78. Obtenido de <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=57956612006>

Dirección General de medicamentos insumos y drogas. (2018). *Supervisión de la Unidades productoras de salud farmacia- UPSS Farmacia de Lima Metropolitana*. DIGEMID, Dirección de farmacovigilancia acceso y uso, Lima. Obtenido de <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Acceso/URM/GestionFortalecimientoUPSS/InformeSupervisionUnidadesProductorasServicios2018.pdf>

Dois, A. e. (Mayo de 2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Revista médica de Chile*, 144(5), 585 -592. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500005>.

DS 008-2014-SA. (2 de abril de 2014). Aprueban reglamento de la Ley N° 29344, Ley marco de Aseguramiento Universal en Salud. Lima. Obtenido de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/274328/245511_DS008-2010-SA.pdf20190110-18386-o1lddt.pdf

Fernández, V. (2020). Tipos de justificación en la investigación científica. *Espíritu Emprendedor TES*, 4(3), 65 - 76. doi:<https://www.espirituemprendedort.es.com/index.php/revista/article/view/207>

Frutos José, R. M. (2006). *Salud pública y epidemiología*. España, España: Diaz Santos.

Hospital Cayetano Heredia. (2017). *Análisis de la situación de salud*. Lima. Obtenido de <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/SalaSituacionalEpidemiologica/2017/asisho2017.pdf>

La Contraloría General de la República (2018). *Operativo de control "Por una salud de calidad"*. Operativo de control, Lima. Obtenido de

http://doc.contraloria.gob.pe/documentos/operativos/OPERATIVO_POR_UNA_SALUD_DE_CALIDAD.pdf

Ley 28173, 2004. (s.f.).

Ley 29344. (9 de abril de 2009). Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Lima. Obtenido de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/436499/Ley_N_29344.pdf

Ley 29459. (2009).

Ley No 26842. (15 de 7 de 1997). Ley General de Salud. Lima. Obtenido de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/284868/ley-general-de-salud.pdf>

Marzal, M. (2019). *Modelo de excelencia en la atención farmacéutica al paciente oncohematológico en el ámbito hospitalario*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de farmacia. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/56722/1/T41305.pdf>

Medicus Mundi Navarra Delegación Perú, Salud Sin Límites Perú . (2012). *Aportes para la operativización del modelo integral de salud basado en familia y comunidad en el primer nivel*. Proyecto Multipaís Bolivia, Guatemala y Perú DCI - NSA / 2011 / 240 - 166, Salud integr l incluyente - Unión Europea - Gobierno de Navarra. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>

Medrano, M. (2019). *Intervención educativa para mejora de conocimientos del químico-farmacéutico sobre la unidad productora de servicios de salud farmacia en hospitales públicos nivel III-1 DE LIMA, 2017*. Tesis, Universidad Nacional Federico Villarreal, Escuela universitaria de posgrado, Lima. Obtenido de <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4094/MEDRANO%20SARAVIA%20MARIA%20ELBA%20-%20MAESTRIA%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Organización Mundial de la Salud. (Diciembre de 2014). Documentos básicos. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización Mnidal de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* . 66.a Sesión del comité regional de la OMS para las Américas, OMS, Washington, D.C., EUA,. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. (OMS, Ed.) Ginebra, Suiza. Obtenido de <https://www.who.int/whr/2013/report/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Proyecto de marco operacional: Atención primaria de salud: transformar la visión en acción*. Informe del Director General, OMS.
- Organización Panamericana de la Salud - OMS. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Washington, D.C.,. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los*. Washington, D.C. Obtenido de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Hacia un modelo de atención integral a la salud basado en la Atención Primaria de Salud*. Washington DC. Obtenido de https://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Sistemas-de-Salud-basados-APS_Cruz.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud*. Washington, DC. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/serierapsano6-2013.pdf>
- Oviedo, M. (2018). *Identificación de los errores de prescripción en recetas médicas de los pacientes atendidos en la farmacia ambulatoria del Hospital Nacionaal Arzobispo Loayza Agosot - Octiubre 2018*. Tesis, Universidad Wiener, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Lima. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2961/TEISIS%20Oviedo%20Nory.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Paredes, A. (2018). *Análisis e interpretación de la prescripción y ahorro económico en la farmacia satélite de áreas críticas del Hospital Nacional Dos de mayo, enero – marzo 2017*. Tesis de título porfesional, Universidad Wiener, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Lima. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2565/TEISIS%20Paredes%20Alexis%20-%20Le%3%b3n%20Yelena.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- R.M 546 -2011 /MINSA, 2011. (s.f.).
- R.M N° 546-2011/MINSA. (13 de julio de 2011). Aprobar la NTS N°021-MINSAIDGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" que en documento adjunto forma parte de la presente resolución. Obtenido de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272294/243402_RM546-2011-MINSA.pdf20190110-18386-cimfnp.pdf
- República, L. C. (2018). *Por una Salud de calidad*. Operativo de control, Lima. Obtenido de

http://doc.contraloria.gob.pe/documentos/operativos/OPERATIVO_POR_UNA_SALUD_DE_CALIDAD.pdf

Resolución de Superintendencia N° 004-2015-SUSALUD/S. (9 de Enero de 2015). Aprueban Instrumento de Supervisión Selectiva de IPRESS aplicable a las Unidades Productoras de Servicios de Salud Farmacia de las IPRESS públicas y privadas. Lima. Obtenido de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-instrumento-de-supervision-selectiva-de-ipress-apli-resolucion-n-004-2015-susaluds-1188032-4/>

Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA. (2 de setiembre de 2014). Aprueban Norma Técnica de Salud 'Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención. Lima, Perú. Obtenido de <https://vlex.com.pe/vid/ministerial-na-norma-ta-establecimientos-nivel-526434814>

Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA. (13 de julio de 2011). Aprobar la NTS N°021-MINSAIDGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" que en documento adjunto forma parte de la presente resolución. Lima. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>

Resolución Ministerial N° 862-2015-RM. (01 de enero de 2015). Aprueban, la Norma Técnica de Salud NTS N. 11-MINSNDGIEM-V.01 Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención, que forma parte de la presente Resolución. Lima. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/susalud/normas-legales/862717-862-2015-rm>

Resolución Ministerial N° RM132-2015-MINSA. (05 de marzo de 2015). Documento Técnico: Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en Laboratorios, Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa-cenares/normas-legales/799806-rm132-2015-minsa>

RM N° 116-2018 MINSA . (15 de 02 de 2018). Aprobar la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios - SISMED", que forma parte integrante de la presente Resolución Mini. Lima. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/187637-116-2018-minsa>

Samame Trelles, Y. P. (2016). *Calidad de atención farmacéutica y satisfacción del usuario del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima-Perú 2015*. Tesis, Universidad Inca Garcilaso de la Vega , Escuela de posgrado, Lima.

Obtenido de
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/826/T_MAESTRIA%20EN%20GERENCIA%20DE%20SERVICIOS%20DE%20SALUD_09650932_SAMAME_TRELLES_YESSICA%20PAOLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Sara, H. J. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *ENE Revista e enfermería*, 10(2). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006#:~:text=La%20OMS%20define%20Salud%20como,m%C3%A1s%20conocida%20y%20aceptada%20globalmente.
- Sen, A. (2008). Why and how is health a human right? *The Lancet*, 372(9655). doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61784-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61784-5)
- Solis, J. (2018). *Diseño del área de farmacotecnia para fórmulas magistrales no estériles en el servicio de farmacia del Hospital Andino de la ciudad de Riobamba*. Trabajo de titulación - Proyecto de investigación, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Ciencias - Escuela de Bioquímica y Farmacia, Chimborazo - Ecuador. Obtenido de <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/8885/1/56T00775.pdf>
- Velazques, A. (2016). Hacia la cobertura universal y una respuesta efectiva frente a riesgos sanitarios. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*, 33(3), 397 -398. doi:<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2339>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Niveles	ESCALA
Nivel de Implementación de Unidades Productoras de Servicios de Salud farmacia	Unidad básica del establecimiento de salud organizada para dispensación, expendio, gestión de programación y almacenamiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos (con excepción de equipos biomédicos y de tecnología controlada) y productos sanitarios que correspondan, así como farmacotécnica y farmacia clínica; de acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud (R.M. N914-2110/MINSA. Aprueba NTS N021-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud” (incluye UPSS-Farmacia).	El Nivel de Implementación de Unidades Productoras de Servicios de Salud será medido mediante las dimensiones Gestión de programación y almacenamiento, Dispensación y expendio, Farmacia clínica y Farmacotecnia	Gestión de Programación y Almacenamiento	Índice cumplimiento, de las actividades de Gestión de programación. y almacenamiento.	Bajo (hasta 0.33) Medio (0,34 a 0,67) Alto (mayor a 0,67)	Ordinal
			Dispensación y Expendio	Índice cumplimiento, de las actividades de dispensación y expendio	Bajo (hasta 0.33) Medio (0,34 a 0,67) Alto (mayor a 0,67)	Ordinal
			Farmacia Clínica	Índice cumplimiento de actividades de farmacia clínica	Bajo (hasta 0.33) Medio (0,34 a 0,67) Alto (mayor a 0,67)	Ordinal
			Farmacotecnia	Índice cumplimiento de actividades de farmacotecnia	Bajo (hasta 0.33) Medio (0,34 a 0,67) Alto (mayor a 0,67)	Ordinal

Fuente: Elaboración Propia – 2020

Anexo 2. BASE DE DATOS

Sistemas	Nombre	DISPENSACIÓN	GESTIÓN	FARMACOTECNIA	FARMACIA	IMPLEMENTACIÓN
MINSA	Huaycan	0,500	0,000	0,000	0,667	0,375
MINSA	Vitarte	0,500	0,000	0,000	0,333	0,250
MINSA	José Auguto Tello de Chosica	0,333	0,000	1,000	0,750	0,636
MINSA	San Juan de Lurigancho	0,333	0,000	1,000	0,500	0,545
MINSA	Carlos Lanfranco La Hoz	0,333	0,000	1,000	0,500	0,545
MINSA	Emergencias de Vlla el Salvador	1,000	0,000	0,000	1,000	0,667
MINSA	Arzobispo Loayza	0,833	1,000	0,250	0,600	0,625
MINSA	Cayetano Heredia	0,833	1,000	0,500	0,600	0,688
MINSA	Dos de Mayo	0,833	1,000	0,500	0,600	0,688
MINSA	Nacional Hipólito Unanue	0,667	1,000	0,500	0,600	0,625
MINSA	Nacional Hermilio Valdizan	0,500	1,000	0,500	0,600	0,563
MINSA	Victor Larco Herrera	0,667	1,000	0,500	0,600	0,625
MINSA	San Bartolome	0,833	1,000	0,500	0,400	0,625
MINSA	María Auxiliadora	0,333	1,000	0,250	0,400	0,375
MINSA	Sergio Bernales	0,500	1,000	0,250	0,200	0,375
MINSA	Santa Rosa	0,667	1,000	0,500	0,200	0,500
MINSA	Nacional de Ciencias Neurológicas	0,833	0,000	0,200	0,200	0,412
MINSA	Nacional materno perinatal	0,571	1,000	0,400	0,000	0,389
MINSA	Nacional de salud del niño - San Borja	0,600	1,000	0,400	0,600	0,563
MINSA	Nacional de salud del niño - Breña	0,667	1,000	0,400	0,200	0,471
MINSA	Nacional de rehabilitación	0,667	0,000	0,000	0,000	0,222
MINSA	Nacional de salud mental	0,333	0,000	0,200	0,400	0,294
MINSA	Nacional de enfermeades neoplásica	0,500	0,000	1,000	0,800	0,706
MINSA	Nacional de oftalmología	0,600	0,000	0,000	0,400	0,313
MINSA	Emergencias José Casimiro Ulloa	0,833	1,000	0,333	0,750	0,714
MINSA	Emergencias pediátricas	0,667	0,000	0,333	0,250	0,429
ESSALUD	Carlos Alcantara Butterfield	0,500	0,000	0,000	0,500	0,333
ESSALUD	Uldarico Rocca Fernandez	0,500	0,000	0,333	0,750	0,500

Sistemas	Nombre	DISPENSACIÓN	GESTIÓN	FARMACOTECNIA	FARMACIA	IMPLEMENTACIÓN
ESSALUD	Aurelio Diaz Ufano y Peral	0,750	0,000	1,000	0,500	0,600
ESSALUD	Jorge Voto Bernales Corpancho	1,000	0,000	0,333	0,250	0,500
ESSALUD	Octavio Mongurt Muñoz	0,750	0,000	1,000	0,500	0,667
ESSALUD	Ramon Castilla	0,500	0,000	0,000	0,250	0,222
ESSALUD	vitarte	0,500	0,000	0,000	0,000	0,111
ESSALUD	San Isidro Labrador	0,500	0,000	0,000	0,250	0,222
ESSALUD	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	0,667	0,000	0,600	0,200	0,471
ESSALUD	Hospital Nacional Guillermo Almenra Irigoyen	0,667	0,000	0,600	0,000	0,412
ESSALUD	Hospital de emergencias Grau	0,500	0,000	0,333	0,750	0,500
ESSALUD	Suarez - Angamos	0,667	0,000	0,333	0,250	0,429

Fuente: Elaboración Propia – 2020