

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRION"**  
**COMISION DE GRADOS Y TITULOS**



**TEMA:**  
**FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA INSATISFECHA**  
**EN LA CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE**  
**ICA, MARZO 2015.**

**TESIS:**  
**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:**  
**MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:**  
**Bach. CARLOS NECIOSUP, JONATHAN PHILLIP**  
**Bach. CONDORI VELASQUEZ, ALEXANDER ENRIQUE**  
**Bach. SORIANO DIAZ, JOEL LUIS**

**ASESOR:**  
**DR. UBALDO EFRAIN MIRANDA SOBERÓN**

**ICA - PERÚ**

**2015**

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA INSATISFECHA  
EN LA CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE ICA,  
MARZO 2015.**

**AUTORES:**

**Bach. CARLOS NECIOSUP, JONATHAN PHILLIP**

**Bach. CONDORI VELASQUEZ, ALEXANDER ENRIQUE**

**Bach. SORIANO DIAZ, JOEL LUIS**

ASESOR:  
**DR. UBALDO EFRAIN MIRANDA SOBERÓN**  
DOCTOR EN MEDICINA  
MEDICO PEDIATRA

A Dios, guía y protector, por brindarme la fortaleza de seguir aprendiendo y la gracia de vivir intensamente al servicio del que necesita.

A Elvira, por ser una excelente y amorosa madre, por haber estado en mis caídas y vivir mis victorias a mi lado.

A Roxana, por brindarme su paciencia, amor y compañía, a diario, por ser motivo de seguir adelante.

A aquellos maestros que con sus enseñanzas y consejos forjaron mi espíritu incesante y sembraron la pasión de la medicina con su ejemplo.

Jonathan

A mis padres, que con su esfuerzo y sacrificio constante, me permitieron lograr alcanzar las metas propuestas en este largo camino al éxito.

A mis maestros de los que continuaré aprendiendo y aquellos que tuvieron que partir, gracias por enseñarme a llevar esta profesión con amor y sabiduría.

A Dios, por brindarme su protección, iluminar mi camino y enviarme en mi vida muy buenas personas.

Joel

A mis padres y hermanos,  
que entre penas y alegrías  
me vieron crecer y motivaron a  
seguir adelante.

A las personas que se  
cruzaron en mi vida, enseñándome  
que una vez que cumplas tu misión  
debes partir.

A todos los amigos y amigas  
que se preocuparon por mí y con su  
apoyo me llenaron de energía.

Alexander

## INDICE

RESUMEN.....	09
INTRODUCCION.....	11
PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	15
MARCO TEORICO.....	17
MATERIALES Y MÉTODOS.....	38
RESULTADOS.....	44
DISCUSION.....	56
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES.....	62
FUENTES DE INFORMACION.....	63
ANEXOS.....	69

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores asociados de la demanda insatisfecha en la consulta externa del Hospital Regional de Ica en Marzo del 2015. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio aplicado, transversal, observacional, de nivel descriptivo y correlacional. Se entrevistó a 2088 usuarios, quienes acudieron al Hospital Regional de Ica en busca de atención por consultorio externo durante la última semana de marzo del 2015, para lo cual se aplicó un cuestionario de 17 ítems, confeccionado por los investigadores y validado previamente mediante una prueba piloto. Los datos obtenidos fueron procesados en una base de datos de Excel 2013 y analizados en el programa SPSS versión 18 y Epidat 3.1, aplicando estadística descriptiva univariada y bivariada, con modelo matemático de regresión logística a un nivel de significancia de  $p < 0.05$ . **Resultados:** Se encuestaron 2088 usuarios, de los cuales 62.3% fueron mujeres, y 59.8% adultos. La demanda insatisfecha fue de 36.9%, siendo mayo el día miércoles (53%) y para los consultorios de cirugía especialidades (42%). Las características con asociación estadísticamente significativas fueron: edad, estado civil ( $p=0.001$ ), años de estudios aprobados ( $p=0.0003$ ), ingreso económico ( $p=0.00003$ ), ocupación ( $p=0.003$ ) y tiempo de espera ( $p=0.00001$ ). Dentro de las categorías que presentaron mayor riesgo de demanda insatisfecha tenemos: adultos mayores (OR 1.6,  $p=0.001$ ), viudos (OR 2,  $p=0.000$ ), analfabetos (OR 2.5,  $p=0.002$ ), profesionales (OR 1.9,  $p=0.008$ ). **Conclusión:** La demanda insatisfecha, en nuestro estudio, fue de aproximadamente un 36.9%, las especialidades que presenta mayor demanda insatisfecha corresponden a Medicina Física, Gastroenterología y Oftalmología. Los factores asociados a demanda insatisfecha, corresponde: ser analfabeto, de estado civil casado y viudo, de ingreso económico bajo y que espera menos tiempo para obtener una cita.

**Palabras clave:** demanda insatisfecha, consultorio externo, factores asociados.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the factors associated with unmet demand in the outpatient clinic of the Regional Hospital of Ica in March 2015. **Material and Methods:** an applied transverse, observational, descriptive and correlation study was performed. To 2088 users, who attended the Regional Hospital of Ica seeking care outpatient clinic during the last week of March 2015, for which a questionnaire of 17 items, made by researchers and validated previously applied by test were interviewed pilot. The data obtained were processed in a database of Excel 2013 and analyzed in SPSS version 18 and Epidat 3.1, using univariate and bivariate descriptive statistics, mathematical model with logistic regression to a significance level of  $p < 0.05$ . **Results:** 2088 users, of which 62.3% were female, and 59.8% adults were surveyed. The unmet demand was 36.9%, with May Wednesdays (53%) and specialty clinics for surgery (42%). The features with statistically significant association were: age, marital status ( $p = 0.001$ ), completed years of education ( $p = 0.0003$ ), income ( $p = 0.00003$ ), occupation ( $p = 0.003$ ) and waiting time ( $p = 0.00001$ ). Within the categories that showed increased risk of unmet need are: elderly (OR 1.6,  $p = 0.001$ ), widowed (OR 2,  $p = 0.000$ ), illiterate (OR 2.5,  $p = 0.002$ ), professional (OR 1.9,  $p = 0.008$ ), duration of less than one hour (OR 2,  $p = 0.0006$ ) expected. **Conclusion:** The unmet demand in our study, was approximately 36.9%, specialties that presents the greatest unmet correspond to Physical Medicine, Gastroenterology and Ophthalmology. Factors associated with unmet demand, applicable: being illiterate, married, widowed status of low income and less time waiting for an appointment.

**Keywords:** unmet demand, outpatient, associated factors.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años la población ha experimentado un crecimiento exponencial, a la par de un incremento de la esperanza de vida; originando mayor densidad poblacional y por tanto mayor demanda de servicios de salud<sup>1</sup>.

Por otro lado la carencia de nuevos establecimientos de salud, la inadecuada gestión de los recursos y la incoordinación existente entre los distintos niveles de atención, hacen que se genere la problemática del desbalance entre oferta y demanda en salud; lo que da como producto, una evidente insatisfacción de dicha demanda, ocasionando mayor congestión y mayor tiempo de espera lo que se traduce en un mayor tiempo de improductividad, lo que repercute en la economía y productividad del país<sup>25,8</sup>.

La necesidad de salud se considera insatisfecha cuando un individuo o el pueblo no reciben un servicio considerado como necesario para la solución de su problema, dicha insatisfacción está relacionada a los procesos de acceso a los servicios de salud, y a la oferta insuficiente, que puede ser reflejo de la falta de disposición de recursos y gestión en salud ineficiente con subutilización de los recursos existentes<sup>5</sup>.

Según Musgrove<sup>42</sup> la demanda de salud se ve influenciada por una serie de características del individuo (nivel educativo, nivel económico, creencias) y de la prestación del servicio (accesibilidad geográfica, accesibilidad económica), por lo que propone la reducción de la demanda insatisfecha mediante el entendimiento de estos factores.

La demanda insatisfecha está relacionada con el acceso a los servicios de salud, y el consultorio externo representa un excelente indicador de consumo y accesibilidad a los servicios de salud además señala en qué medida los servicios se encuentran accesibles<sup>14</sup>.

Se han realizado estudios al respecto en diversos países de América Latina, en los cuales se evalúan características de la población que constituye dicha proporción de la demanda. Así por ejemplo Alves y cols.<sup>11</sup> en Guatemala concluye que la demanda insatisfecha oscila entre 20% a 24%, las características que adquieren mayor importancia son vivir en área rural 18%, bajo nivel socioeconómico 34%.

Otro estudio desarrollado en Brasil por Guerreiro<sup>5</sup> considera que, entre los motivos que generaban una demanda insatisfecha se encontraron la falta de dinero, la lejanía del establecimiento de salud, falta de medios de transporte, un horario incompatible, la falta de especialistas compatibles con las necesidades, entre otros. Según estos datos, la demanda insatisfecha en el 2008 en Brasil fue de 17%, comparando con Europa, en donde las variaciones iban desde el 1% en Dinamarca a 13% en Suecia.

Masís<sup>4</sup> en un trabajo realizado en un hospital del seguro social de Costa Rica encontró que la demanda insatisfecha fue del 8%, en este estudio se valoró la asociación entre la demanda insatisfecha y las características sociodemográficas y económicas; resaltando que la población que forma parte de la demanda insatisfecha posee mayoritariamente un nivel educativo bajo. Algo similar se observa en el estudio de Ramirez<sup>39</sup> donde el nivel educativo tuvo relación directa con el acceso a los servicios de salud, es decir, a mayor nivel educativo se apreció mayor acceso a los servicios de salud; lo que permiten concluir que la demanda insatisfecha fue mayor en la población de bajo nivel socioeconómico.

De la mayoría de estudios se puede extraer que la población que constituye la demanda es en mayor proporción de sexo femenino y que la satisfacción de la demanda generada, está asociada a factores económicos (nivel de ingresos), la accesibilidad (tiempo en que demoran llegar al establecimiento de salud más cercanos), el nivel educación, la zona de procedencia (rural /urbano), estar afiliado a algún tipo de seguro.

Sin embargo se debe considerar que la apreciación de dicho aspecto de la demanda varía de acuerdo a la institución o sistema en el que se realice el estudio; así por ejemplo en Perú en los establecimientos Essalud, existe un sistema de citas para consulta externa, muy diferente al sistema utilizado en Minsa, por lo que es de suma importancia definir el ámbito a evaluar.

De esta manera Hermoza<sup>14</sup> demuestra que en un hospital de Essalud difícilmente se puede hablar de demanda insatisfecha en consultorio externo, debido al sistema de citas previas que utilizan, en todo caso puede denominarse a este fenómeno "demanda no atendida", que se podría atribuir a la subutilización de los recursos del hospital debido a aspectos organizacionales en la asignación de cupos y citas.

Perez<sup>6</sup> por su parte describió que los motivos por los que no se tuvo acceso a los servicios de salud en los establecimientos del MINSA, fueron el bajo nivel económico y educativo.

Dada la magnitud de demanda insatisfecha en la consulta externa, se han propuesto diversas soluciones, así Minho<sup>35</sup> realizó un trabajo sobre las listas de espera en los sistemas públicos del primer nivel de atención, las que actuaría de filtro para evitar demandas excesivas e injustificadas en los niveles de atención de salud superiores. Algo similar se propuso en Ecuador con el “Reglamento General para el Procedimiento de Agendamiento de citas para la Atención de Consulta Externa en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”<sup>34</sup>.

El gobierno vasco el 2011, realizó un análisis de la situación de salud proponiendo reducir las consultas para evaluación de resultados y extender las consultas de alta resolución. Para Cabanillas<sup>36</sup> y Cantillo<sup>37</sup> es factible crear un sistema informático vía web, que permita la gestión de citas, buscando facilitar el acceso de los usuarios a las prestaciones prescritas por los especialistas sin tener que verse sometidos a largas esperas e idas y venidas por el centro hospitalario, además de brindar accesibilidad a la información de forma on-line e inmediata en el mismo momento en el que se genera.

El Hospital Regional de Ica, Hospital Nivel II y considerado el de mayor capacidad resolutive, cobertura la mayor proporción de prestaciones en salud en la región; y dado que la población se encuentra en permanente crecimiento, según lo evidencia la última encuesta de INEI, donde la población de Ica es de 787.170 habitantes<sup>7</sup>; se origina una mayor demanda en salud, parte de esto es un sector considerable de demandantes que no llegan a ser atendidos, definiéndose a este como la brecha existente entre la demanda de salud y la oferta de servicios de la institución, lo que deja en evidencia problemas críticos de inequidad y accesibilidad a los servicios de atención.

Frente a las necesidades de salud en la población de Ica y observando la gran demanda de los servicios en las diferentes especialidades, se desea conocer los parámetros de nuestra realidad, que difiere en las diferentes regiones del Perú y dentro de ellas en los diferentes establecimientos de salud.

Este estudio busca hacer un análisis de las características de la población con demanda insatisfecha, planteando como objetivos: Determinar los factores asociados de la demanda insatisfecha en la consulta externa del Hospital Regional de Ica; para lo cual se estudiarán las características sociodemográficas, biológicas y de acceso a los servicios de salud, además de estimar el riesgo que constituyen cada uno de estos factores con la finalidad de generar propuestas de solución de aplicación intra y extrahospitalaria.

De esta manera se proporcionará a los encargados de la dirección de esta unidad hospitalaria datos que ayuden a priorizar las necesidades y a programar un diseño ordenado que permita la dotación de recursos acorde con la demanda, beneficiando en primera instancia a todos los usuarios que acuden por una cita en la consulta externa y no la consiguen.

Así, se busca mejorar la calidad de atención mediante la reducción de la demanda insatisfecha lo que beneficiará a la población de Ica y aledaños quienes tendrán acceso oportuno a los servicios de salud, lo que además incluye beneficios para su economía y la del estado.

## **PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **Definición del problema**

El Hospital Regional de Ica acreditado por el MINSA como Hospital Nivel II y considerado el de mayor capacidad resolutive de la Región viene dedicándose al servicio de la salud de la población, orientado a mejorar la calidad de vida del usuario; contando con servicios especializados y un equipamiento moderno; sin embargo, la población de la Región continúa en aumento, hasta inicios del 2015 según el Instituto Nacional de estadística e Informática, la población de Ica es de 787.170 habitantes<sup>7</sup>, lo que genera una mayor demanda de usuarios que acuden desde muy temprano por una cita para ser atendidos en su necesidad de salud. Además hay un sector considerable de demandantes que no llegan a ser atendidos, por diversos factores, constituyendo la demanda insatisfecha de este Hospital, definiéndola como la brecha existente entre la demanda de salud y la oferta de servicios que ofrece la institución<sup>3</sup>, lo que deja en evidencia problemas críticos de inequidad y accesibilidad a los servicios de atención.

Bajo esta premisa definimos nuestro problema de investigación:

**¿Cuáles son los factores asociados a la demanda insatisfecha la consulta externa del Hospital Regional de Ica?**

### **Delimitación del problema**

Lo ideal para esta investigación es realizar el estudio en todos los establecimientos de Salud de la Región Ica, en las diferentes áreas como emergencias, consultorio, hospitalización, planificación, durante el año 2015; sin embargo, no se cuenta con los recursos económicos y de personal necesario. A pesar de estas limitaciones se ha optado por realizar un trabajo de investigación que constituye parte importante de lo antes mencionado y que permitirá determinar qué factores están asociados a la demanda insatisfecha en consultorio externo del Hospital regional de Ica.

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

Determinar los factores asociados de la demanda insatisfecha en la consulta externa del Hospital Regional de Ica en Enero del 2015.

### **Objetivos específicos**

- Medir la demanda insatisfecha de acuerdo en la consulta externa del Hospital Regional de Ica.
- Comparar las características de los usuarios de la consulta externa del Hospital Regional de Ica según demanda satisfecha e insatisfecha.
- Caracterizar según componente biológico: edad y género de los usuarios con la demanda insatisfecha en la consulta externa del Hospital Regional de Ica.
- Caracterizar según componente sociodemográfico: estado civil, años aprobados, ocupación, ingreso económico y barrio a los usuarios con demanda insatisfecha en la consulta externa del Hospital Regional de Ica.
- Determinar la relación existente entre el tipo de seguro y la demanda insatisfecha en la consulta externa del Hospital Regional de Ica.
- Generar propuestas de solución tanto en el ámbito intra y extra hospitalario.

### **Finalidad**

El presente trabajo brindará al Hospital Regional de Ica la información necesaria para conocer la brecha entre la oferta y demanda en la consulta externa y de esta manera poder organizar un diseño que permita la correcta utilización de los recursos, beneficiando en primera instancia a todos los usuarios que acuden por una cita en la consulta externa y no la consiguen.

Así, se busca mejorar la calidad de atención mediante la reducción de la demanda insatisfecha lo que beneficiará a la población de Ica y aledaños quienes tendrán acceso oportuno a los servicios de salud, lo que además incluye beneficios para su economía y la del estado.

## MARCO TEORICO

### ANTECEDENTES

#### Antecedentes Internacionales

**Quijada, J. y cols<sup>8</sup>. Análisis de la demanda en la consulta externa de la Red Hospitalaria Nacional. Guatemala, 2009.** Realizaron un análisis de la demanda de consulta externa en el Hospital INCAM de Guatemala, durante los meses de setiembre y octubre del año 2009, con el objetivo de analizar el comportamiento de la demanda que acude por consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala y proponer mejoras al sistema de oferta-demanda, para la realización de dicho trabajo se realizó una observación in situ del establecimiento en el intervalo de las 6:30 am a 12 pm, presentándose antes de la jornada de atención para contabilizar a los pacientes que se encontraban antes de iniciar la jornada laboral. Recopilando información sobre el género, tipo de paciente, unidad que visitó, llegada antes de la jornada laboral su edad y su hora de salida. Durante ese lapso de tiempo se atendieron 13.861 pacientes, en promedio 322 pacientes diarios, se estableció que trece de las veinte unidades de servicio solo requerirían un servidor y otros servicios como mamografía y radioterapia hasta 9 servidores para brindar un buen servicio. Respecto a la tendencia de la demanda dentro de un mismo mes, se encontró que la semana más fuerte fue la primera al concentrar el 28% del volumen mensual, mientras que la tercera semana resulta la más baja al agrupar el 21% de la demanda. Se comprobó que la mayor tasa de demanda llega en las primeras horas de atención.

**Reyna, A.<sup>9</sup> Factores Asociados a la Demanda Insatisfecha de Planificación Familiar en Guatemala, 1998-1999. Costa Rica, 2002.** Para la realización del estudio el autor definió demanda insatisfecha en planificación familiar, a aquellas mujeres sexualmente activas que no deseaban tener más hijos o postergarían su embarazo, pero no están usando método de planificación familiar. Al reducir la demanda insatisfecha, contribuiría a disminuir el número de embarazos no deseados, bajar las tasas de mortalidad infantil y materna y a mejorar las condiciones de salud de los niños y mujeres en edad reproductiva. Diferenció la demanda insatisfecha en dos grupos: aquellas que deseaban postergar el nacimiento de su hijo y aquellas mujeres que expresan no querer el

nacimiento de otro hijo. Realizó la medición con base al algoritmo de Westoff y Bankole, para lo que se tomaron datos de la encuesta de Salud Materno Infantil realizada en Guatemala en 1998-1999 con cobertura nacional y representatividad urbano-rural en la que se aplicaron tres cuestionarios (el presente estudio solo utiliza la información del cuestionario individual de mujeres). De las 6021 mujeres participantes 55% del área rural y el 49% de nivel primario completo, para determinar la demanda insatisfecha se consideró a las mujeres sexualmente activas (53%) de las cuales 56 % declararon que no usan métodos anticonceptivos y de estas 27% se considera que tiene demanda insatisfecha de planificación familiar. Es importante resaltar que el nivel de educación de las mujeres influye de manera especial sobre el comportamiento reproductivo. Los autores concluyen que la demanda insatisfecha en Guatemala se mantuvo entre 20% a 24%, las características que adquieren mayor importancia son vivir en área rural 18%, bajo nivel socioeconómico 34%. Las personas al vivir en condiciones precarias extremas, su mayor preocupación es la de satisfacer las necesidades básicas, esta situación hace que sea difícil pero no imposible la atención oportuna para disminuir la demanda insatisfecha.

**Masis, E.<sup>4</sup> Demanda insatisfecha y la accesibilidad a la atención en Planificación familiar en los servicios de la CCSS. Costa Rica, 2000.** Con el objetivo de realizar un diagnóstico sobre demanda insatisfecha y las barreras de accesibilidad a la atención en planificación familiar en los servicios de la Caja de Seguridad Social se realizó una investigación descriptiva, explicativa y transversal. Se utilizó la encuesta de accesibilidad a los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social del año 2000, realizada por la Sección de Salud de la Mujer del Departamento de Medicina Preventiva. La cual fue aplicada a 1.008 hombres y 12.760 mujeres de 20-49 años de edad por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria, según una selección sistemática de viviendas, en 82 áreas de salud. Valorando en el presente estudio que el término demanda insatisfecha se refiere a las mujeres que no han podido acceder a la atención de Planificación familiar. Los resultados mostraron que la demanda insatisfecha, fue del 8% de las mujeres encuestadas. El autor, valora la asociación existente entre la demanda insatisfecha con las características sociodemográficas y económicas: De las mujeres con demanda insatisfecha el 36% posee primaria completa, seguido por un 23% con secundaria incompleta, y un 19% con primaria incompleta. Por tanto, la demanda insatisfecha posee mayoritariamente un nivel educativo bajo, otras principales barreras de accesibilidad a la atención en Planificación Familiar en dichos servicios es el rechazo por cupo lleno (38%) y

los largos tiempos de espera (30%), relacionadas con barreras netamente organizacionales.

**Mejía, G. y cols.<sup>10</sup> Cuantificación de la Demanda Insatisfecha en el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica. Medellín-Colombia, 1993.** Con el objetivo de determinar la demanda insatisfecha en el tratamiento de la IRC, durante los meses de febrero - mayo de 1992 realizaron un estudio prospectivo de los pacientes con IRC que acudieron a la consulta externa-adultos, al servicio de urgencias- adultos y a la Unidad Renal del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, los cuales requerían tratamiento de reemplazo de la función renal y no lo recibieron. Para desarrollar la investigación se realizó el registro de la información demográfica, medición de función renal y establecimiento de los diagnósticos, al analizarlos encontraron 35 casos de los cuales 23 (66%) fueron hombres, la edad promedio fue calculada en  $31 \pm 2$  años (rango 13 a 63 años), 23 (66%) fueron solteros y 12 (34%) casados; en todos los casos la razón para no poder ser admitidos a los programas de reemplazo renal fue la precaria situación socioeconómica y en ninguno hubo razones de tipo médico como diabetes, edad avanzada, neoplasias o incompetencia mental. Los datos aportados por el autor resaltan los altos niveles de demanda insatisfecha de los pacientes que no cuentan con seguro social.

**Guerreiro, R. y Mendes, L.<sup>5</sup> Necesidades de Salud Insatisfecha en Brasil: Una investigación sobre el no buscar atención. Brasil, 2011.** Elaboraron un estudio en Brasil sobre las necesidades insatisfechas, donde menciona que la necesidad de salud se puede definir desde 2 dimensiones, la primera se refiere a una dimensión abstracta relacionada a los aspectos sociales, históricos, que garantizan el derecho de la salud, y por otro lado tenemos a la dimensión concreto operacional establecida por quien organiza y realiza el planeamiento de la salud. Asimismo, la necesidad de salud se considera insatisfecha cuando un individuo o el pueblo no reciben un servicio considerado como necesario para la solución de su problema, dicha insatisfacción está relacionada a los procesos de acceso a los servicios de salud. Entre los motivos que generaban una demanda insatisfecha se encontraron la falta de dinero, la lejanía del establecimiento de salud, falta de medios de transporte, un horario incompatible, la falta de especialistas compatibles con las necesidades, entre otros. Según estos datos, y en la revisión de la literatura la demanda insatisfecha en el 2008 en Brasil fue de 17%, comparando con Europa, en donde las variaciones iban desde el 1% en Dinamarca a 13% en Suecia.

**Alves, M. y cols.<sup>11</sup> Medición de demanda insatisfecha y perfiles para la anticoncepción en municipios de Belo Horizonte y Recife 2002. Brasil, 2005.** Realizaron un estudio con la finalidad de construir perfiles de demanda insatisfecha en anticoncepción, por lo que tomaron datos del programa de salud reproductiva, sexualidad y raza (SRSR) en el 2002. En total se entrevistaron a 2.408 mujeres, 1301 en Belo Horizonte y 1107 en Recife, que son representativos de la población femenina entre 15 y 59 años en cada uno de dichos municipios, quienes fueron agrupadas en distintos perfiles atendiendo las características de: escolaridad, raza, lugar de residencia, ocupación, paridad, nivel de conocimiento acerca de servicios de salud. Los resultados mostraron que la demanda total de anticonceptivos fue de 76.52% y 79.14% para Belo Horizonte y Recife, respectivamente, representando la demanda insatisfecha un 5,9% para Belo Horizonte, y 7,3% en Recife. En conclusión, entre los perfiles de demanda insatisfecha de acuerdo a la escolaridad, el perfil de las mujeres con educación superior presentaron las mejores condiciones en todas las dimensiones evaluadas (demográfica, económica, el conocimiento, el acceso y reproductiva) y de acuerdo con la municipio de residencia los dos perfiles fueron muy diferentes siendo la demanda insatisfecha mayor en Recife.

**Santos, H. y cols.<sup>12</sup> La demanda potencial y la oferta de servicios de salud para las enfermedades catastróficas en México. Colombia, 2011.** Durante el año 2005 realizaron un estudio con el objetivo de establecer el perfil de la demanda total y la oferta potencial de servicios de salud disponible para las enfermedades de alto costo o enfermedades catastróficas (EC) en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC) del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Para el análisis de la demanda se utilizó la información obtenida de las 1674 encuestas sobre capacidad de respuesta institucional para las EC que se aplicaron en el año 2005 en 75 hospitales públicos del país; para identificar las brechas entre oferta y demanda se compararon los resultados obtenidos en las etapas de estimación de la oferta y la demanda y se incorporaron a los escenarios actuariales: a) la demanda corresponde a la demanda total efectiva observada, y la oferta a la oferta disponible en los hospitales; b) la demanda corresponde a la demanda potencial de las EC priorizadas, más la demanda efectiva de las EC restantes, y la oferta a la oferta disponible en los hospitales. Los resultados mostraron que la demanda efectiva o demanda revelada de servicios públicos de salud por EC en México en el 2004 representó el 81,5% de la demanda total, siendo suficiente para responder a las necesidades manifestadas por la población, de manera que la

demanda insatisfecha resulto mínima; sin embargo no se podría cubrir de manera satisfactoria la demanda que se espera según los cambios poblacionales a futuro.

**La Situación Demográfica de México. Situación y Perspectivas de la Demanda No Satisfecha de Planificación Familiar. México, 2000<sup>13</sup>.** Con el fin de identificar los factores que se asocian de manera importante con la práctica anticonceptiva y con la demanda no satisfecha de servicios de planificación familiar en las áreas rurales, se realiza el análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar, la población de estudio de la base integrada de la ENPF95 comprende 4 132 mujeres de 15 a 49 años de edad, que residían en localidades rurales. Se propone una metodología para identificar un conjunto de factores cuya eliminación podría contribuir de manera importante a la reducción de los niveles de demanda no satisfecha de planificación familiar. Se lograron identificar cuatro dimensiones que pueden contribuir a la disminución de la demanda no satisfecha: el grado de desarrollo económico y social de la localidad, la educación de la mujer, el tiempo de traslado al hospital más cercano y el acuerdo del esposo con la planificación familiar, se valoró su accesibilidad en función del tiempo que tarda la población en llegar a las unidades médicas más cercanas. Las variables explicativas que resultaron estadísticamente significativas son las siguientes: el tiempo que tarda la mujer en llegar al hospital más cercano, la edad, el número de hijos y la escolaridad de la mujer, así como la interacción entre la marginación de la localidad en la que reside y el hecho de que la pareja esté de acuerdo o no con planificar la familia. El impacto potencial de cambios en los factores determinantes, y que por tanto disminuyen la demanda insatisfecha son: la comunicación de la pareja: las mujeres que han platicado con su esposo acerca de la planificación familiar tienen una probabilidad de uso 40 % mayor que las mujeres que no lo han hecho, y que el esposo o compañero de la mujer esté de acuerdo con el uso de anticonceptivos los factores que más impacto tienen sobre la probabilidad de uso son la comunicación en la pareja sobre cuestiones de planificación familiar (33.5%), la prevalencia de uso anticonceptivo aumenta conforme es mayor la accesibilidad física al hospital, la probabilidad de utilizar algún método es 80 % mayor cuando el hospital se encuentra a menos de una hora del lugar de residencia. El grado de desarrollo de la comunidad (6%) y la educación de la mujer (8%) también contribuyen a incrementar el uso de métodos en la población. El factor que más incrementa la demanda no satisfecha es la paridad elevada, especialmente entre mujeres que ya no desean tener más hijos. La disminución importante de la demanda insatisfecha de servicios de

planificación familiar es condición indispensable en la búsqueda de una mayor equidad en el ejercicio del derecho a decidir de manera libre sobre el comportamiento reproductivo. Es necesario lograr una cobertura de educación secundaria universal entre las mujeres en edad fértil, debido a que es evidente la marcada importancia del nivel de instrucción, lo que conduciría a una disminución de la demanda no satisfecha en relación a planificación familiar en la comunidad.

### **Antecedentes Nacionales**

**Hermoza, M.<sup>14</sup> Análisis de la Demanda en relación con la Oferta de los servicios de Salud Pediátricos en un hospital de Alta complejidad de la Seguridad Social (EsSalud). Lima-Perú, 2006.** Realizó un estudio en el año 2003 en el Hospital "Edgardo Rebagliati Martins", en Lima- Perú, con el objetivo de determinar la demanda de los servicios de salud pediátricos y su relación con la producción de los mismos, a fin de determinar la brecha entre demanda y oferta, y las causas de ella. Para ello se aplica un diseño descriptivo y observacional mediante la revisión de las estadísticas de producción de los Servicios de Clínica y Cirugía Pediátricos del Hospital Nacional de ESSALUD "Edgardo Rebagliati Martins". En todos los años evaluados la oferta fue mayor que la demanda, por ejemplo en el 2000 la oferta fue 66 883 mientras que la demanda alcanzó 63735, tendencia que se mantuvo en los siguientes años a pesar de que el incremento de la demanda fue mayor al incremento de la oferta. Al analizar por especialidades se halló el mismo resultado para Pediatría general donde la demanda fue el 76.2% en el 2003, Neumología (93.3%), Nefrología (97.9%), Cardiología (92.5%), Oncología (69%); mientras que se observaba una demanda superior a la oferta en Neurología (107.6%), Gastroenterología (106.5%), Dermatología (103.9%) sin embargo el porcentaje de deserción en promedio en estas especialidades fue de 15% lo que llevó a que la oferta superase la demanda efectiva. La demanda efectiva está dada por la población que desea ser atendida, en un determinado momento, en un establecimiento de salud se efectivice o no esta atención y la demanda real representa a la población que solicitó y recibió efectivamente el servicio de salud. Estos resultados muestran que la oferta siempre excedió a la demanda efectiva (pacientes que solicitaron cita) y a la demanda real (pacientes que solicitaron cita y acudieron para ser atendidos), asimismo la demanda efectiva siempre excedió a la demanda real por tanto en este estudio no se puede hablar de demanda insatisfecha, en todo caso puede denominarse a este fenómeno "demanda no atendida", de esta manera se puede concluir que existió una subutilización de los

recursos del hospital, debido a aspectos organizacionales en la asignación de cupos y citas, sobre todo en las áreas de mayor imagen institucional como es la consulta externa.

**LENEMAR.<sup>3</sup> Análisis de Demanda y Oferta: Sustento Técnico para Ampliación y Mejoramiento del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados Hospital Nacional Guillermo Almendra Irigoyen – EsSlaud 2007-2011. Lima-Perú, 2013.** Realizó un estudio con el objetivo de analizar los requerimientos y capacidad resolutive de los servicios de cirugía plástica y quemados, en relación a la satisfacción de la demanda generada por la población. La demanda satisfecha se ha determinado por los pacientes quemados egresados del Servicio; las estadísticas del HNGAI expresan un porcentaje de ocupación de la UCI del 70% y un porcentaje de ocupación de la UCIN de 83%, por otra parte existe un 10% de pacientes quemados críticos que no llegan a ser atendidos, constituyendo la demanda insatisfecha. La proyección de este trabajo de investigación reveló que en el tiempo se verá mayor demanda insatisfecha y mayor proporción de pacientes no atendidos, se encontró que la proyección de la brecha no cubierta de requerimiento de camas en el horizonte del tiempo al 2022 es de 30 camas para cubrir las demandas de los pacientes usuarios del servicio. Dentro de las recomendaciones obtenidas de este trabajo invocó a la Dirección del hospital a que se tome la decisión, de nivel político necesaria para lograr los cambios con prioridad en la mejora de la calidad de atención y en la modernización de la oferta, con un Centro de Quemados compatible a la demanda. La solución técnica propuesta permitirá mejorar el nivel de la calidad de atención de los pacientes asegurados adultos y pediátricos que sufren accidentes por quemaduras, que son atendidos en este Servicio.

**Sánchez, W.<sup>2</sup> Demanda Potencial de servicio de salud materno infantil bajo tarifario diferenciado en el Hospital San Bartolomé. Lima-Perú, 2009.** Con el objetivo de determinar la demanda en salud de un Servicio de Salud Materno Infantil bajo tarifario diferenciado en el Hospital San Bartolomé, el autor realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo durante el año 2009. Se aplicó una encuesta a los usuarios, quienes debían cumplir los siguientes criterios: ser madre de familia y tener necesidad de salud; de las 393 participantes el 57,2% manifestaron que ella o su hijo presentaron una enfermedad o accidente durante los 3 últimos meses (demanda), en segundo lugar se analizó el acceso al lugar de atención que no constituyó problema ya que el 85% de las personas encuestadas, llegaron a pie o en vehículos de servicio y les tomó menos de 30

min al 67,1 % de las mismas; de las 21 (5.6%) encuestadas que requerían atención pero no la recibieron, es decir, aquellos que constituyen la demanda insatisfecha, 13 no la buscaron por falta de tiempo y 8 por falta de recursos. Por lo antes expuesto se pudo concluir que hubo una alta percepción de enfermedad y necesidad de atención de salud (57,2%), dado que la accesibilidad es alta no constituyó problema, siendo la falta de tiempo y la carencia de recursos económicos los principales factores que determinaron la demanda insatisfecha en este estudio.

**Pérez, N.<sup>6</sup> Acceso a los servicios de salud del MINSA según Encuesta Nacional de Hogares 2006. Lima-Perú, 2010.** Con el objetivo de determinar la el acceso a los servicios de salud del MINSA según el nivel socioeconómico, y tomando la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2006; se realizó una investigación descriptiva de tipo transversal mediante la comparación del acceso a los servicios de salud entre los pobres y no pobres, además se implementó una muestra de viviendas tipo panel en la cual viviendas encuestadas fueron nuevamente investigadas cada año. Se encontró que los motivos por los que no se tuvo acceso a los servicios de salud, para la población más pobre, fueron: no tuvo dinero (39.4%), no cree en la medicina (35.7%) y no fue necesario (18.5%), mientras que para la población más rica, los mayores motivos fueron: no fue necesario (49.4%), se auto-recetó (28.0%) y falta de tiempo (10.1%); se observa además que el nivel educativo tuvo relación directa con el acceso a los servicios de salud, es decir, a mayor nivel educativo se apreció mayor acceso a los servicios de salud; dejando en evidencia que existe inequidad en el acceso a los servicios de salud del MINSA a nivel nacional, siendo esta mayor para la población rural cuando se compara con la población urbana, datos que permiten concluir que la demanda insatisfecha fue mayor en la población de bajo nivel socioeconómico.

### **Antecedentes Regionales**

**Sánchez, M.<sup>15</sup> Proyecto: Construcción y equipamiento del Centro Materno Infantil de Pisco. Ica, Perú. 2009.** Se realizó un proyecto para la construcción de un centro materno infantil en Pisco, con el objetivo de lograr suficiente cobertura de adecuados servicios materno-perinatal e infantil de referencia en la Red de Salud Pisco, para atender la demanda actual y proyectada; se presentan gráficos, que evidencian la existencia de demanda insatisfecha creciente, en relación a la atención de niños menores de 5 años y

gestantes. El problema recurrente en el sector salud es el desbalance que ocurre en los distintos niveles de atención en una red de salud. Ello se debe a diferentes causas, entre ellas la inadecuada organización en la oferta de servicios de salud y del uso de los mismos por parte de los pacientes. Los efectos se manifiestan por la saturación de la oferta de servicios especializados en establecimientos de mayor capacidad resolutoria, subutilización de capacidad instalada en los niveles de atención primaria, con el consecuente incremento del costo por prestación y merma de la capacidad y calidad en la prestación de servicios; lo que a su vez se traduce también en mayores costos para el usuario final; lo que genera demanda insatisfecha en el ambiente hospitalario. Asimismo, existió demanda insatisfecha por servicios de atención de salud especializada en consulta externa, hospitalización, emergencia, sala de operaciones, entre otros, razón por la cual los paciente o bien son atendidos incorrectamente por las limitaciones de los hospitales, o bien no existe el servicio para atenderse, lo que conlleva a que la población tenga limitaciones para poder acceder a un servicio del III y II nivel. En conclusión se pudo observar que en el caso de Pisco, existió una demanda insatisfecha en el número de servicios requeridos por cada grupo de la población objetivo. Esto se tradujo también en un déficit de medios para brindar los servicios de salud requeridos por la población. Por lo cual se presentó como posible solución la implementación de un centro materno infantil lo que garantizaba una mayor cobertura de la demanda insatisfecha evidente en la población.

## **BASES TEÓRICAS**

Si la necesidad de salud de un individuo o grupo de personas no recibe un servicio oportuno y adecuado, considerado este como necesario para la solución de su problema de salud, se percibe demanda insatisfecha<sup>5</sup>. La necesidad de salud es percibida por el individuo y la satisfacción de su demanda dependerá de la existencia de recursos necesarios para producir los servicios deseados<sup>14</sup>.

La demanda insatisfecha está relacionada con el acceso a los servicios de salud, y el consultorio externo representa un excelente indicador de consumo y accesibilidad a los servicios de salud, dado que marca la tendencia del público para demandar atención a la vez que señala en qué medida los servicios están accesibles<sup>14</sup>.

Pérez<sup>6</sup> siguiendo la base de Rubio S. define "acceso a servicios de salud" como un atributo de los sistemas sanitarios que se refiere a la posibilidad que tienen los ciudadanos de recibir los servicios que le ofrece un sistema en función de su condición o estado de salud, en el momento y lugar donde lo necesiten, en suficiente cantidad y a un coste razonable; condición vinculada a la equidad de distribución de los servicios sanitarios que integra aspectos económicos (gratuidad), geográficos (vías de comunicaciones, red de transporte y existencia de servicios), legales (derecho a la atención), y culturales (niveles mínimos que hagan posible la adquisición de hábitos saludables)". Cuando existe brecha entre la necesidad de atención y los gastos en salud, se define la inequidad en salud<sup>16</sup>.

## **DEMANDA DE UN SERVICIO DE SALUD**

LENEMAR<sup>3</sup> cita a Bitran quien define la demanda de un servicio de salud como la cantidad de atención médica de un cierto tipo, que una o más personas están dispuestas a obtener durante un cierto periodo de tiempo, por uno o más proveedores.

La demanda de salud surge de la percepción de una necesidad de atención de salud para ayudar a prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud<sup>17</sup>.

Las necesidades del individuo o grupo, en un momento dado, se convierten en demandas de salud y se ven influenciadas por una serie de características del individuo (nivel educativo, nivel económico, creencias) y de la prestación del servicio (accesibilidad geográfica, accesibilidad económica), una vez generada la demanda esta puede quedar satisfecha o insatisfecha; Musgrove<sup>18</sup> propone la reducción de la demanda insatisfecha mediante el entendimiento de estos factores.

Asimismo, este autor define a la demanda por atención médica como todo aquello que un paciente quiere y por lo que está dispuesto a pagar su precio, que no siempre tiene una connotación monetaria. La decisión de demandar servicios de salud es estimada de manera secuencial. En una primera etapa se estima la probabilidad de que un individuo se reporte como enfermo y luego, en una segunda etapa, se estima la probabilidad de que un individuo que se declaró enfermo acceda a un establecimiento de salud<sup>19</sup>.

Con un modelo determinista planteado por Grossman donde “el paciente determina la demanda”, y un segundo enfoque, con un modelo secuencial de demanda, con dos procesos de cálculo: uno para estimar la percepción de la enfermedad y otro para la demanda de acceso a los servicios. Este tipo de condiciones provocan fenómenos de elección que se apartan de la racionalidad y hacen de la salud un claro ejemplo de la incapacidad del precio y los demás mecanismos de mercado, para mantener el equilibrio entre oferta y demanda<sup>12</sup>.

## **TIPOS DE DEMANDA**

### **Demanda Potencial**

Madueño<sup>16</sup> define la demanda potencial como la suma de la demanda efectiva (enfermos que utilizaron los servicios institucionales de salud) y el déficit de acceso, el cual a su vez se descompone en dos elementos: la demanda reprimida (por subvaluación de enfermedad) y la demanda encubierta o insatisfecha (individuos que se declararon enfermos pero que no utilizaron los servicios por razones económicas o por carencias o deficiencias de infraestructura).

Para Ferrer<sup>20</sup>, es aquella población que desea ser atendida, en un determinado momento, en un establecimiento de salud que finalmente llega o no a recibir atención y agrega el término demanda efectiva como la población que solicitó y recibió efectivamente el servicio de salud.

### **Demanda Inducida**

La demanda dependerá del médico quién simultáneamente le ofrece un servicio y decide qué, cuanto y cuando consumir<sup>21</sup>, de esta manera se posibilita la “inducción de la demanda”, incorporando criterios no médicos que guardan relación con el consumo de medicamentos, de estudios y tratamiento.

### **Demanda Reprimida**

Comprende a la población que por razones económicas, no se declaran enfermos o a individuos enfermos que por falta de ingresos o disponibilidad de atenciones, no hacen uso de los servicios de salud<sup>17</sup>. Este tipo de demanda no se refleja directamente en las estadísticas del sector salud ni se captura en las encuestas.

Madueño<sup>16</sup> demostraron que la población pobre "tiende a no declararse enferma" debido a que no pueden asumir los costos de su enfermedad, generando así una demanda insatisfecha.

### **Demanda de Acceso**

Determina la cantidad de demandantes de servicios o la probabilidad de que un individuo acceda a un determinado servicio de salud<sup>1</sup>.

### **Demanda Insatisfecha**

La necesidad de salud se considera insatisfecha cuando un individuo o el pueblo no reciben un servicio considerado como necesario para la solución de su problema, dicha insatisfacción está relacionada a los procesos de acceso a los servicios de salud, y a la oferta insuficiente<sup>5</sup>.

## **INCERTIDUMBRE DE LA DEMANDA**

Boutsioli<sup>22</sup> el año 2010 observó que en los servicios hospitalarios la demanda no está establecida y que se torna variable, creando esta situación un manejo inadecuado de los costos.

Para minimizar la probabilidad de no tener suficiente capacidad para satisfacer la demanda, los hospitales se ven obligados a construir el exceso de capacidad. Los hospitales que se enfrentan a una mayor incertidumbre de la demanda tienen un mayor exceso de capacidad y mayores costos significativos (excepto cuando el exceso de capacidad es alto). Desde el hospital gerentes quieren minimizar la probabilidad de no tener suficiente capacidad para satisfacer la demanda, los hospitales tienen que construir el exceso de capacidad cuando la demanda es incierta e incurrir en la asociada costes<sup>23</sup>.

## **OFERTA EN SALUD**

La oferta en salud refleja de algún modo el esfuerzo que desarrollan las autoridades en salud, para afrontar la demanda en salud. Representa la cantidad de servicios disponibles para ser utilizados por la población ya sea de forma gratuita o mediante el pago de una determinada cantidad de dinero<sup>18</sup>. Está constituida por el conjunto de servicios ofrecidos: recursos humanos, infraestructura, equipamiento, tecnológicos y financieros organizados adecuadamente para solucionar las necesidades de salud de una población, es decir

representa todos los insumos de la capacidad instalada destinada a producir una consulta externa, y que el exceso de demanda sobre esta capacidad instalada da lugar a la demanda insatisfecha<sup>20</sup>.

Por otro lado, Jaramillo<sup>24</sup> menciona que las fallas de cobertura pública se relacionan a factores como políticas inadecuadas, problemas con el marco institucional, problemas en la organización de los servicios y en las políticas de recursos humanos de salud, generando así necesidades no atendidas, puesto que la oferta establecida por la institución es insuficiente.

## **FACTORES QUE CONTRIBUYEN A UNA MAYOR DEMANDA EN CONSULTA EXTERNA**

Entre los factores que contribuyen a una mayor demanda en la consulta externa, tenemos los siguientes<sup>25</sup>:

- El crecimiento de la población.
- Creación de nuevos establecimientos de salud.
- Incoordinación entre atención primaria y especializada.

La demanda de los servicios de salud depende a su vez, del precio de la consulta, de los precios de las medicinas, los ingresos disponibles, los costos de transporte, el tiempo de espera, la calidad del trato recibido, la calidad clínica ofertada, los factores demográficos del hogar y sus miembros, los hábitos y costumbres de las personas<sup>1</sup>.

La población adulta mayor es un grupo que demanda mayor atención de salud, y sigue creciendo, pasó a ser el 12% de la población total del país en el 2010 según el Instituto Nacional de Estadística e Informática<sup>26</sup>.

## **DEMANDA Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

La demanda y la satisfacción se encuentran relacionados ya que una demanda atendida creará satisfacción en el usuario, y asimismo, una demanda no atendida creará insatisfacción. Por ejemplo en el trabajo de Vasquez<sup>27</sup> sobre la satisfacción en el Hospital

San Bartolomé el año 2009, menciona que el área menos satisfecha es la accesibilidad a los servicios de salud.

Por otro lado Campos<sup>28</sup> refiere que la satisfacción del usuario depende de la calidad de servicio recibido, y que este puede ser determinado a través de encuesta "Servqual".

## **DEMANDA DE PACIENTES Y EL TIEMPO DE ESPERA**

Dentro de las principales causas de insatisfacción del usuario se identifican la dificultad para obtener una cita, el tiempo de espera prolongado, historias clínicas no disponibles, retraso en el inicio de atención por el médico todo lo cual contribuye de manera directa a generar una mala imagen institucional<sup>29</sup>. Para Quijada<sup>8</sup>: "mientras más espera un paciente en una cola para ser atendido, mayor es el tiempo de improductividad y por ende, repercuten en la economía y productividad del país". El tiempo que la población de un país pierde al esperar en las colas es un factor importante tanto en la calidad de vida e incide negativamente en la productividad nacional. Ramírez<sup>30</sup>, determina todas las variables relacionadas con el tiempo de espera, estas son: las del paciente (género, edad, tipo de programación, diagnóstico, frecuencia), médico que atiende la consulta y las características del servicio que proporciona la unidad (día de la semana, turno, número total pacientes atendidos con y sin cita previa).

Frente a esta problemática se han buscado soluciones como el programa: "Cero colas para mejorar la satisfacción del usuario atendido en la consulta externa del hospital Cayetano Heredia", diseñado para enfrentar la alta demanda de pacientes que a diario acuden a este hospital de alta complejidad<sup>29</sup>.

## **PERFIL SOCIOECONÓMICO DEL DEMANDANTE EN SALUD**

Toda aquella persona que acude al establecimiento de salud, en busca de atención médica, forma parte de la demanda en salud. Aquella población tiene un conjunto de características, y tipología que predomina. Así por ejemplo trabajos de investigación en Brasil, en el cual se estudió la demanda insatisfecha, se pone en evidencia que en cuanto al perfil sociodemográfico de las personas que demandan atención en salud, son en su mayoría mujeres, de raza blanca, y aquellas personas de edad avanzada. También

observan que el nivel de escolaridad y los ingresos económicos se relacionan con la utilización de servicios de salud. La demanda en salud fue mayor en aquellas personas que contaban con algún tipo de seguro, debido a que cuentan con mayor facilidad para ser atendidos<sup>31</sup>.

Ferrari, también estudia la demanda insatisfecha en dos establecimientos de salud en Brasil, y sus resultados coinciden al afirmar que, de un total de 248 personas, analizaron el perfil de las personas que demandaron atención en salud en ambos establecimientos, y encontraron que en su mayoría eran de sexo femenino (80,2 % y 69,8 %) y edades entre 20-39 años (45,5% y 58,1%)<sup>32</sup>.

Un trabajo de investigación realizado en México, por Jiménez, en el que se estudia la demanda insatisfecha en planificación familiar, pone en evidencia que existe mayor demanda por el género femenino. Además dicha metodología lleva a la identificación de 4 factores que pueden contribuir a la demanda insatisfecha: el grado de desarrollo económico y social de la comunidad, tiempo de traslado al hospital más cercano, educación de la mujer<sup>13</sup>.

De la mayoría de estudios se puede extraer que la población que constituye la demanda es en mayor proporción de sexo femenino y que la satisfacción de la demanda generada, está asociada a factores económicos (nivel de ingresos), la accesibilidad (tiempo en que demoran llegar al establecimiento de salud más cercanos), el nivel educacional, la zona de procedencia (rural /urbano), estar afiliado a algún tipo de seguro. Todos estos factores son los principales asociados a la demanda insatisfecha.

## **BRECHA ENTRE OFERTA Y DEMANDA**

El balance entre la oferta y demanda estaría representado por la diferencia entre la demanda efectiva y la oferta optimizada, y si el resultado es negativo significa que la actual oferta optimizada está en condiciones de soportar la demanda efectiva actual y proyectada, mientras que si el resultado es positivo se considera que existe una brecha o demanda insatisfecha, la cual hace referencia a la cantidad de servicios faltantes y que debe ser corregida mediante una ampliación, implementación de un nuevo servicio o construcción de un nuevo establecimiento.

Frente a una demanda insatisfecha pueden encontrarse tres situaciones a tener en cuenta<sup>3</sup>: 1) Brechas de cantidad o cobertura, que indica si el servicio de salud está llegando a la población que realmente lo necesita; 2) Brechas de calidad, que generan la insatisfacción del usuario interno y externo porque significan una menor eficacia del servicio, elevado riesgo de salud para el usuario, alto riesgo profesional del personal, sobre-costos de atención para el usuario, incumplimiento de protocolos de atención, etc. y 3) Brechas de calidad y cobertura, se presenta en algunos casos donde los estudios muestran brechas de calidad y cobertura al mismo tiempo.

La organización panamericana de la salud el 2005 en Washington<sup>33</sup>, analizó un conjunto de estudios dinámicos sobre la situación de la producción del sector salud, de la distribución de sus bienes y servicios, de sus componentes el cual sirvió para conocer la situación de salud y sus determinantes. Las brechas de atención pueden ser determinadas indirectamente basándose en distintas aproximaciones: Brechas en programas de salud que tienen metas de cobertura universal en la población objetivo, como es el caso de los programas de vacunación y de atención profesional del parto. En este caso la brecha corresponde a la oferta necesaria para cubrir la diferencia entre la cobertura alcanzada por un programa y el universo total (100%) deseado de cobertura. La brecha correspondería a la proporción de encuestados que percibió que necesitaba atención en salud y no la obtuvo. Esta última puede ser estimada por la autoridad sanitaria, o por juicio de especialistas, en base a evidencia o experiencia. El conjunto de estas aproximaciones permite tener una visión más global de las brechas de oferta en relación a la demanda de atención y son útiles para orientar el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud. Cabe reiterar que el análisis es más preciso cuando se logra determinar, con detalles, las brechas en los distintos tipos de atención específica que los servicios de salud brindan a su población objetivo.

## **MEDIDAS PARA REDUCIR LA DEMANDA INSATISFECHA DE CONSULTA EXTERNA**

Frente a la magnitud de demanda insatisfecha en la consulta externa, algunos autores proponen soluciones, entre las que tenemos:

- El Ministerio de Salud Pública de Ecuador expidió el “Reglamento General para el Procedimiento de Agendamiento de citas para la Atención de Consulta Externa en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”, cada

establecimiento deberá contar con la agenda médica y las citas serán registradas por el encargado, el mismo que deberá informar al usuario en el debido momento<sup>34</sup>.

- Minho<sup>35</sup> en Brasil, realizó un trabajo sobre las listas de espera en los sistemas públicos del primer nivel de atención, la que actuaría de filtro para evitar demandas excesivas e injustificadas en los niveles de atención de salud superiores.
- El gobierno vasco el 2011, realizó un análisis de la situación de salud en relación a las listas de espera, donde coincide con Minho en dedicar tiempo al mejoramiento de la labor de los establecimientos de atención primaria. Por otro lado propone reducir las consultas para evaluación de resultados y extender las consultas de alta resolución<sup>25</sup>.
- El programa denominado “cola cero” del Hospital Cayetano Heredia de Lima. Inicialmente identifica las principales causas de insatisfacción: los tiempo de espera, no contar con citas suficientes, no contar con personal que brinde información, el medico no inicia a la hora programada. Luego se ejecuta el proyecto en base reducción del tiempo de espera en admisión, en la espera para atención médica, en laboratorio, radiología y farmacia<sup>29</sup>.
- Para Cabanillas<sup>36</sup>, es factible crear un sistema informático vía web, que permita la gestión de citas, propuso así eliminar la cita manual, lo que permitirá conocer en cada momento el estado de las agendas en lo relativo a estas citas, buscando facilitar el acceso de los usuarios a las prestaciones prescritas por los especialistas sin tener que verse sometidos a largas esperas e idas y venidas por el centro hospitalario, además de brindar accesibilidad a la información de forma on-line e inmediata en el mismo momento en el que se genera. Los sistemas informáticos de gestión de pacientes en consultas externas producen, sin coste añadido apreciable, una mejora ostensible en las condiciones de accesibilidad de nuestros usuarios a todo el Sistema de Gestión de Citaciones, al mismo tiempo (de forma colateral) se producen mejoras en

los sistemas de información del hospital al disponer de la misma de forma instantánea a como se produce.

- Por otro lado, Cantillo<sup>37</sup>, plantearon desarrollar un sistema de información que sea útil y de fácil manejo, que permita la asignación de citas de consulta externa en una entidad prestadora de salud, de manera ágil y organizada. Con este programa médico se desea llevar información a los pacientes sobre sus dolencias, para que tengan así una participación activa en los tratamientos; esto evitará largas colas y a la vez un aumento de cultura de salud en la población.

## **MARCO CONCEPTUAL**

**Hospital Regional de Ica:** Hospital referencial de la Región de Ica que brinda atención a la población que abarca todo el ámbito de influencia de la Dirección Regional de Salud Ica, y asimismo amplía su cobertura de atención a pobladores de otras sedes Departamentales, que por su accesibilidad y cercanía demandan atención especializada en dicha Institución.

**Edad:** duración o medida de tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.

**Estado civil:** situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco. Puede ser: soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda.

**Nivel de educación:** es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Los niveles de educación son: Inicial, primaria, Secundaria, Superior Universitario y no universitario. Para el presente trabajo se consideran los años de estudios aprobados por una persona a partir de primer año de primaria.

**Sistema de salud:** Según la OMS, un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales.

Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

**Seguro Social:** esquema de protección a las personas ante la contingencia de enfermedad, sin embargo tienden a limitar sus funciones a garantizar el acceso a los bienes y servicios que le permitirán mantenerla o recuperarla.

**SIS:** El Seguro Integral de Salud (SIS), como Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

**Demanda:** cantidad de bienes o servicios que un comprador está dispuesto a adquirir y que puede pagar<sup>38</sup>.

**Demanda en salud:** percepción de una necesidad de atención de salud, identificada como servicio y/o atenciones que se deben brindar para prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud de las personas<sup>39</sup>.

**Acceso a servicios de salud:** posibilidad que tienen los ciudadanos de recibir los servicios que le ofrece un sistema en función de su condición o estado de salud, en el momento y lugar donde lo necesiten, en suficiente cantidad y a un coste razonable<sup>6</sup>.

**Demanda potencial o esperada:** población que desea ser atendida, en un determinado momento, en un establecimiento de salud se efectivice o no esta atención; obtenida con la suma de la demanda efectiva y el déficit de acceso<sup>40</sup>.

**Demanda real:** pacientes que solicitaron una cita y acudieron al establecimiento de salud para ser atendidos<sup>14</sup>.

**Demanda efectiva:** población que solicitó y recibió efectivamente el servicio de salud<sup>20</sup>.

**Demanda encubierta:** individuos que por razones económicas no se declaran enfermos o individuos enfermos que por falta de ingresos o disponibilidad de atenciones, no hacen uso de los servicios de salud, aunque perciban su enfermedad<sup>17</sup>.

**Demanda Reprimida:** la cual comprende la demanda efectiva y a la demanda encubierta<sup>17</sup>.

**Demanda inducida:** se origina cuando el consumidor presenta una ignorancia relativa sobre la caracterización de su problema lo que le impide hacer un juicio racional para enfrentar sus demandas sin intermediarios, por tanto la demanda dependerá del médico quién simultáneamente le ofrece un servicio y decide qué, cuanto y cuando consumir<sup>21</sup>.

**Demanda Insatisfecha:** hace referencia a la falta de atención deseada o pretendida, ya por falta del recurso específico o por la limitación del servicio y que debe ser corregido mediante una ampliación, implementación de un nuevo servicio o construcción de un nuevo establecimiento<sup>3,39</sup>.

**Oferta en salud:** conjunto de servicios ofrecidos para ser utilizados por la población ya sea de forma gratuita o mediante el pago de una determinada cantidad de dinero; constituida por recursos humanos, infraestructura, equipamiento, tecnológicos y financieros organizados adecuadamente para solucionar las necesidades de salud de una población<sup>3,18</sup>.

**Consulta externa:** departamento en el cual se imparte atención médica a los enfermos no hospitalizados y cuyo padecimiento les permite acudir al hospital, cuyas acciones se dirigen a la prevención de las enfermedades, promoción y recuperación de la salud mediante tratamiento ambulatorio<sup>41</sup>.

**Consulta médica:** conjunto de acciones que se prodiga al usuario sano o enfermo para prevención, curación o mejoramiento de su salud<sup>41</sup>.

**Consulta por primera vez:** es la primera atención que se realiza al usuario por una demanda determinada<sup>41</sup>.

**Consultas sucesivas o subsecuentes:** son las atenciones derivadas de una anterior (primera vez) y relacionadas con el mismo padecimiento, también llamadas consultas de control<sup>41</sup>.

**Oferta de recursos humanos en salud:** se consideran a aquellas personas que cuentan con una formación académica especializada para emplearse en el sector salud. Esta definición engloba el personal asistencial de salud formado en profesiones y especialidades técnicas de la salud, pero no incluye personal administrativo y de servicios auxiliares<sup>24</sup>.

**Inequidad:** diferencia entre la necesidad de atención médica y el gasto realizado<sup>40</sup>.

**Eficacia:** grado en que se alcanzan los objetivos y metas, en un período determinado<sup>2</sup>.

**Eficiencia:** se define como el grado en que se cumplen los objetivos de una iniciativa al menor costo posible<sup>2</sup>.

**Lista de espera:** cola de pacientes a los que se ha indicado un procedimiento asistencial; esta lista de espera tiene características medibles como: volumen y el tiempo de espera para ser atendidos<sup>25</sup>.

## MATERIAL Y METODOS

### Tipo y Nivel de Investigación

Estudio transversal, observacional de nivel descriptivo y correlacional.

### Población y Muestra

**Población General:** se considera como población a todos los habitantes de la región Ica y departamentos aledaños, quienes constituyen la demanda potencial del Hospital Regional de Ica al ser este un hospital referencial.

**Población Objetivo:** En este grupo se considera a toda la población que acude al hospital en busca de atención en salud, e ingresa por los diferentes servicios (consulta externa, emergencia, etc.) y constituyen la demanda en salud en el Hospital regional.

**Población accesible:** Conformada por aquella población que acude al hospital y forma en busca de un cupo para ser atendido en consulta externa de las diferentes especialidades, y es susceptible de ser entrevistada.

**Muestra:** usuarios que acudieron al Hospital Regional de Ica en busca de una cita para consultorio externo durante la última semana de marzo del 2015; en los 6 días de la semana, excepto día domingo, y que además cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Se utiliza el muestreo por conveniencia y se utiliza la formula siguiente:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

- Dónde:
- n = Tamaño de la muestra.
  - N = Tamaño de la población.
  - s = Desviación estándar.
  - Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza.
  - e = Límite aceptable de error muestral.

Así, la muestra necesaria para nuestro estudio resulto (Ver **ANEXO 1**):

- Lunes: 529 encuestados.
- Martes: 430 encuestados.
- Miércoles: 412 encuestados.
- Jueves: 384 encuestados.
- Viernes: 366 encuestados.
- Sábado: 109 encuestados.

#### **Criterios de inclusión**

- ✓ Usuarios que acuden en busca de atención médica por consultorio externo.
- ✓ Usuarios citados previamente para consulta externa (cita control, evaluación de exámenes auxiliares, etc.).

#### **Criterios de exclusión**

- ✓ Usuarios que no puedan responder adecuadamente a la encuesta (niños, pacientes psiquiátricos).

#### **Instrumento de Recolección de la Información**

- ✓ **Cuestionario:** Instrumento para la búsqueda sistemática de la información, que es necesaria para efectuar el análisis de la demanda de salud en los usuarios de consultorio externo del Hospital regional de Ica. Se utilizaron procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de obtener mediciones cuantitativas de las características objetivas y subjetivas de la población en estudio (Ver **Anexo 2**).

Preguntas del cuestionario:

- Preguntas abiertas:
  1. Apellidos
  2. Consultorio
  3. Hora de ingreso
  4. Años de estudios aprobados
  5. Edad

6. Barrio
7. Ocupación
8. Motivo de consulta
9. Veces a la que solicitó cita para enfermedad actual
10. Tiempo de Traslado al Hospital

➤ Preguntas estructuradas, cerrada o de respuesta múltiple:

Dicotómicas

1. Género: Masculino o Femenino.
2. Paciente: Nuevo o Continuador.
3. Acompañante: Sí o No.
4. Referido: Si o No.
5. Utiliza internet. Si o No.

Abanico

1. Tipo de seguro: SIS, EsSalud, Fospoli, Particular, Otros.
2. Ingreso económico según el sueldo mínimo: mayor, igual o menor.
3. Estado civil: soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente.

El cuestionario está dividido en apartados temáticos:

1. Datos Socio Demográficos: género, edad, estado civil, ocupación, ingreso económico, años de estudios, barrio.
2. Datos de acceso al servicio de salud: Tipo de seguro, tiempo de traslado al Hospital.
3. Datos de necesidad de salud: motivo de consulta y especialidad de destino.

### **Validación de la encuesta**

La validación del cuestionario, se realizó mediante una prueba piloto de tres días, haciendo las correcciones de este instrumento. Para la aplicación de la encuesta se solicitó la autorización de la oficina de investigación, las autoridades del nosocomio y del comité de ética.

Durante la validación del cuestionario se realizó la entrevista a los usuarios que acudieron a consultorio externo durante el mes de febrero, iniciando a las 4 de la mañana y previo consentimiento, en el que se les explicó que la encuesta tiene como objetivo determinar la demanda insatisfecha en este hospital y brindar soluciones aclarando además que la información brindada será confidencial y sólo tendrá fines científicos.

En un segundo tiempo se hizo el seguimiento hasta que reciban su ticket de atención, a la vez que se entrevistaba a aquellos usuarios que seguían llegando.

La consistencia del cuestionario y de sus ítems se comprobó a través del método estadístico coeficiente alfa de Cronbach, con valor de fiabilidad de 0,7, es decir es fiable nuestra encuesta.

## **Técnicas de Recolección y Procesamiento de Datos**

### **✓ Técnicas de Recolección: Entrevista**

Se recolectaron los datos en un cuestionario de 18 preguntas, estructurado de manera que permita un llenado rápido y contenga los datos requeridos para la investigación, los ítems serán medidos de la siguiente manera.

1. Apellidos: Para identificar al paciente y seguirlo hasta que este sea atendido.
2. Edad: Medimos la edad actual, mediante la diferencia de la fecha actual y la fecha de nacimiento en años.
3. Estado civil: mediante la entrevista, se le indicará al paciente que indique su estado civil de cinco opciones múltiples.
4. Género: Mediante la inspección se colocará si es masculino y femenino
5. Consultorio: Mediante la entrevista responderá el entrevistado en que consultorio espera ser atendido.
6. Hora de Ingreso: con la ayuda del reloj del entrevistador, se anotará la hora en que llega el paciente al Hospital.
7. Barrio: Mediante la entrevista el entrevistado indicará a qué sector pertenece.

8. Acompañante: Mediante la inspección y la entrevista se determinará si el paciente viene sólo o acompañado, y se responde con un sí o no.
9. Años de estudios aprobados: Se calculará los años de estudio en base al último año culminado, considerando los primarios (6), secundario (5), superior (1-7 años).
10. Ocupación: Mediante la entrevista, se colocará el trabajo en donde se desempeña actualmente.
11. Ingreso económico; Mediante la entrevista se preguntará si su sueldo mensual es mayor, igual o menor del sueldo mínimo, es decir 750 soles.
12. Motivo de consulta: Mediante la entrevista, el paciente indicará cual es la molestia, motivo o queja que presenta en su salud.
13. Seguro: Mediante la entrevista, se le indicará al usuario que elija una de las respuestas, de cinco opciones múltiples.
14. Tiempo de traslado al Hospital: Mediante la diferencia de la hora de llegada al Hospital y la hora de que salió de su hogar.
15. Paciente: Mediante una respuesta de opción dicotómica: nuevo o continuador; el paciente indicará si ha venido antes a este hospital o es la primera vez que se atiende.
16. Referido: Mediante una respuesta de opción dicotómica: si o no; el paciente indicará si viene con referencia de su centro de salud de menor complejidad.
17. Veces que solicitó citas para enfermedad actual: mediante la entrevista el paciente indicará cuantas veces acudió a este hospital, contando el actual, para ser atendido por el médico por su actual enfermedad.
18. Utiliza internet: mediante la entrevista el paciente responderá con opción dicotómica, sí o no.

Durante el mes de marzo se hizo la recolección de datos, los investigadores realizarán las entrevistas desde las 2 am, en simultáneo a partir de las 7 am, hora en que inicia la atención en Triage, se anotará quienes de los encuestados consiguen cita y el respectivo consultorio, mientras que otro entrevistador encuesta a los pacientes que continúan llegando al hospital. Al finalizar Triage se recorrerán las áreas de consultorios externos con el fin de captar aquellos pacientes que por alguna razón no se pudieron entrevistar en las etapas iniciales.

### ✓ **Procesamiento de Datos**

Los datos obtenidos fueron procesados en una base de datos de Excel 2010, y analizados con los programas SPSS 10.0 y Epidat 3.1. Se aplicó estadística descriptiva univariada y bivariada, con modelo matemático de regresión logística, tanto para las variables cualitativas como cuantitativas; para la determinación de la significancia estadística de variables la prueba chi cuadrado a un nivel de significancia de  $p < 0.05$ , para la estimación del riesgo se utilizó el Odds ratio con un intervalo de confianza de 95%.

## **Aspectos éticos y legales**

### ✓ **Consentimiento informado**

Todas las personas entrevistadas fueron informadas sobre los propósitos y objetivos de este estudio. Se les proporcionó un consentimiento informado por escrito (**Anexo 2**), en el que se menciona que toda información recogida es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación, asumiendo la responsabilidad por los resultados; así como de la supervisión de todos los procesos realizados, incluyendo el análisis de los datos, la preparación del informe y la publicación de los resultados.

### ✓ **Comité de ética**

Previo a la realización de las encuestas, se solicitó la autorización del comité de ética del Hospital Regional, con el compromiso de cumplir las reglas establecidas por dicho comité, responsabilizándonos por los datos obtenidos con las entrevistas de los usuarios de los diferentes consultorios externos del hospital regional (Ver **Anexo 3**).

## RESULTADOS

Durante la semana de estudio se encuestaron 2088 usuarios de la consulta externa del Hospital Regional de Ica, de los cuales el 62.3% pertenece al sexo femenino, con edades que van desde 0 a 95 años, siendo el grupo etario más frecuente el de adultos con un 59.8%.

**CUADRO N° 01**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS ENTREVISTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

CARACTERÍSTICAS	N	%
<b>Grupo etario</b>		
Niño	354	17.0%
Adolescente	127	6.1%
Adulto	1251	59.8%
Adulto Mayor	356	17.1%
<b>Genero</b>		
Femenino	1301	62.3%
Masculino	787	37.7%

El estado civil de los entrevistados presentó la siguiente distribución: 42.7% fueron solteros, 30.6% casados y 19.4% convivientes, quedando el grupo de viudos y divorciados limitado al 6%.

Para las variables, años de estudios aprobados y ocupación, se creó la categoría "no aplica", que agrupa a todos aquellos usuarios con menos de 6 años de edad representando el 12.3%. Del 87.7% tenemos que para años de estudios aprobados predominó el grupo que tiene entre 7 y 11 años con el 41.8%, siendo solo 2% los analfabetos; con respecto a la ocupación el 33% refirió que son amas de casa y 43.3% tuvo alguna ocupación.

En cuanto a lugar de procedencia, 87% provienen de algún lugar del distrito de Ica, 11% de otros distritos de la región y solo 2% de otro departamento.

El 46.1% de los usuarios tuvo un ingreso económico menor al ingreso básico y el 25.5% mayor.

**CUADRO N° 02**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS ENTREVISTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

CARACTERÍSTICAS	N	%	CARACTERÍSTICAS	N	%
<b>Estado Civil</b>			<b>Ocupación</b>		
Soltero	892	42.7%	Profesional	89	4.3%
Casado	638	30.6%	No profesional	412	19.7%
Conviviente	406	19.4%	Ama de casa	688	33.0%
Divorciado	35	1.7%	Estudiante	403	19.3%
Viudo	117	5.6%	Ninguno	240	11.5%
<b>Años de estudios aprobados</b>			No Aplica	356	12.3%
1 a 6 años	438	21.0%	<b>Procedencia</b>		
7 a 11 años	873	41.8%	Cercado	586	28.0%
12 a más años	471	22.6%	Otro Distrito	1231	59.0%
Analfabeto	50	2.4%	Otra Provincia	229	11.0%
No aplica	256	12.3%	Otro Departamento	42	2.0%
<b>Ingreso Económico</b>					
Mayor	532	25.5%			
Menor	962	46.1%			
Igual	594	28.4%			

El SIS fue el tipo de seguro más frecuente, con 60.1%, de los cuales 66.2% afirmó contar con referencia; mientras que 31.8% no cuenta con ningún tipo de seguro. Con respecto a otros tipos de seguro, el 5.9% cuenta con ESSALUD y el 1,6% cuenta con FOSPOLI.

A la pregunta ¿fueron referidos de algún establecimiento de salud? el 45.1% del total de encuestados respondió que sí.

Otra característica de acceso a los servicios de salud materia de estudio fue el tiempo de traslado para llegar al Hospital, demorando menos de 30 minutos el 62.9%.

El tiempo de espera, tiempo comprendido desde que el usuario ingresa al hospital hasta recibir su ticket de atención, fue de 0 más de 6 horas, siendo mayor la cantidad de usuarios que esperó el comprendido de entre 1 a 3 horas (45.3%).

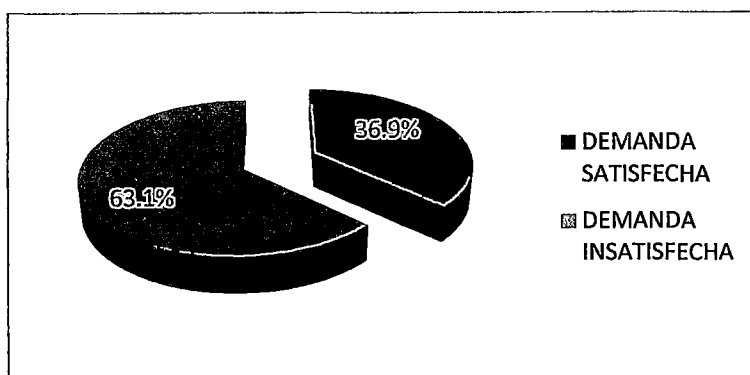
El 79.5% refiere haberse atendido antes en este hospital y el 65.0% no tiene acceso a internet.

**CUADRO N° 03**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS ENTREVISTADOS EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

CARACTERÍSTICAS	DEMANDA		CARACTERÍSTICAS	DEMANDA	
	N	%		N	%
<b>Tipo de Seguro</b>			<b>Tiempo de Traslado</b>		
SIS	1257	60.2%	Menos de 30 minutos	1313	62.9%
Otros	168	8.0%	De 30 a 60 minutos	554	26.5%
➤ ESSALUD	124	5.9%	Más de 60 minutos	221	10.6%
➤ FOSPOLI	33	1.6%			
➤ PARTICULAR	11	0.5%	<b>Tiempo de Espera</b>		
Ninguno	663	31.8%	No espero	124	5.9%
<b>Condición de Referido</b>			Menos de 1 hora	348	16.7%
Si	941	45.1%	De 1 a 3 horas	946	45.3%
No	1147	54.9%	De 3 a 6 horas	582	27.9%
<b>Tipo de Paciente</b>			Más de 6 horas	88	4.3%
Nuevo	427	20.5%			
Continuador	1661	79.5%			

En nuestra investigación, hallamos que la proporción de pacientes que acuden a consulta externa y que no alcanzaron cita, es decir nuestra demanda insatisfecha, fue de 36.9%.

**GRAFICO N° 01**  
**DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015.**



Dentro de los consultorios con mayor demanda se encuentran los de medicina especialidades con 36.8% (768) seguido de los de cirugía especialidades con un 21.2% (443); sin embargo la distribución de la demanda insatisfecha no sigue la misma tendencia, así tenemos que el área con mayor demanda insatisfecha fue cirugía especialidades con 42.4%, seguido de medicina general y medicina especialidades con 41.4% cada una.

Al aplicar el análisis bivariado se encontró que el consultorio de destino de los usuarios que acuden a la consulta externa está asociado a la demanda insatisfecha ( $p=0.015$ ).

**CUADRO N° 04**  
**DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN ESPECIALIDADES**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

ESPECIALIDADES	DEMANDA				TOTAL	
	Demanda Satisfecha		Demanda Insatisfecha		N	%
	N	%	N	%		
Medicina General	119	58.6%	84	41.4%	203	100%
Medicina Especialidades	450	58.6%	318	41.4%	768	100%
Cirugía General	102	69.9%	44	30.1%	146	100%
Cirugía Especialidades	256	57.8%	187	42.2%	443	100%
Pediatría	100	75.8%	32	24.2%	132	100%
Pediatría Especialidades	71	76.3%	22	23.7%	93	100%
Ginecología	219	72.3%	84	27.7%	303	100%
<b>TOTAL</b>	<b>1317</b>	<b>63.1%</b>	<b>771</b>	<b>36.9%</b>	<b>2088</b>	<b>100%</b>

CHI CUADRADO 48.74  $p=0.015$

Se observó que los días con mayor demanda fueron: lunes y martes, con 440 y 407 pacientes respectivamente, sin embargo el día con mayor demanda insatisfecha corresponde al miércoles, en el que 52.9% de pacientes no consiguieron atención médica.

El análisis con chi cuadrado también muestra asociación entre el día en que acuden los usuarios y la probabilidad de demanda insatisfecha ( $p=0.0001$ ).

**CUADRO N° 05**  
**DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN DIAS DE LA SEMANA**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

DIAS DE LA SEMANA	DEMANDA				TOTAL	
	Demanda Satisfecha		Demanda Insatisfecha		N	%
	N	%	N	%		
Lunes	258	58.6%	182	41.4%	440	100%
Martes	279	68.6%	128	31.4%	407	100%
Miércoles	184	47.1%	207	52.9%	392	100%
Jueves	273	65.5%	144	34.5%	417	100%
Viernes	277	76.9%	83	23.1%	360	100%
Sábado	46	63.0%	27	37.0%	73	100%
TOTAL	1317	63.1%	771	36.9%	2088	100%

CHI CUADRADO 82.74  $p=0.0001$

Según las características biológicas, se observó que la mayor proporción de demanda insatisfecha corresponde a los adolescentes (41.7%), con un OR de 1.8 con respecto a los niños; por su parte los adultos mayores tienen aproximadamente 50% más riesgo de tener demanda insatisfecha que los niños (OR 1.685 y  $p=0.001$ ), y en el caso de los adultos se observa algo similar (OR 1.56 y  $p=0.007$ ).

En lo que respecta al género existió una proporción similar de demanda insatisfecha tanto para el sexo femenino como el masculino, con 38.6% y 34.2% respectivamente, para la medida de riesgo se tomó como referencia el género masculino, encontrándose un riesgo de demanda insatisfecha mínimamente superior para las mujeres, estadísticamente poco significativo (OR 1.209 y  $p= 0.043$ ).

**CUADRO N° 06**  
**DESCRIPCION DE LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

CARACTERÍSTICAS	DEMANDA				TOTAL		OR*	IC	p
	Demanda Satisfecha		Demanda Insatisfecha		N	%			
	N	%	N	%					
<b>Grupo etario</b>									
0 a 11 años	254	71.8%	100	28.2%	354	100%			
12 a 18 años	74	58.3%	53	41.7%	127	100%	1.819	1.19 - 2.77	0.051
19 a 64 años	775	62.0%	476	38.0%	1251	100%	1.560	1.20 - 2.01	0.007
65 años a mas	214	60.1%	142	39.9%	356	100%	1.685	1.23 - 2.30	0.001
<b>Genero</b>									
Femenino	799	61.4%	502	38.6%	1301	100%	1.209	1.00 - 1.40	0.043
Masculino	518	65.8%	269	34.2%	787	100%			

\*Para calcular OR se tomó como referencia: el grupo etario 0 a 11 años y el género masculino.

Se halló existencia de asociación entre el estado civil y la demanda insatisfecha ( $p=0,001$ ). La mayor proporción de demanda insatisfecha estuvo en el grupo de los casados con un 42.2%, y la menor proporción en los convivientes con 27.1%. Los usuarios que pertenecen al grupo de los viudos presentan el doble de riesgo de no conseguir cita con respecto al grupo de los convivientes (OR 2.079 y  $p= 0.000$ ), similar riesgo presentan el grupo de los casados (OR 1.961 y  $p=0.000$ ).

**CUADRO N° 07**  
**DESCRIPCION DE LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN ESTADO CIVIL**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

Estado Civil	DEMANDA				Total		OR*	IC	p
	Demanda Satisfecha		Demanda Insatisfecha		N	%			
	N	%	N	%					
Soltero	565	63.3%	327	36.7%	892	100%	1.557	1.20 - 2.01	0.000
Casado	369	57.8%	269	42.2%	638	100%	1.961	1.49 - 2.56	0.000
Conviviente	296	72.9%	110	27.1%	406	100%			
Divorciado	21	60.0%	14	40.0%	35	100%	1.793	0.88 - 3.65	0.103
Viudo	66	56.4%	51	43.6%	117	100%	2.079	1.35 - 3.18	0.000
<b>TOTAL</b>	<b>1317</b>	<b>63.1%</b>	<b>771</b>	<b>36.9%</b>	<b>2088</b>	<b>100%</b>			

CHI CUADRADO 26.75  $p=0.001$

\*Para hallar OR se tomó de referencia "conviviente"

En cuanto a años de estudios aprobados, se halló asociación estadísticamente significativa con la demanda insatisfecha ( $p=0,0003$ ).

La mayor proporción de demanda insatisfecha estuvo en los analfabetos, con un 48.0%, teniendo 1.5 veces mayor riesgo de no conseguir cita en comparación al grupo “no aplica” (OR 2.552 y  $p= 0.002$ ). Los usuarios incluidos en los grupos: 1 a 6 años y de 12 a más años, presentan aproximadamente el doble de riesgo de no conseguir cita (OR 1,892 y 1.919 respectivamente).

**CUADRO N° 08**  
**DESCRIPCION DE LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN AÑOS DE ESTUDIOS APROBADOS**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

Años de estudios aprobados	DEMANDA				Total		OR*	IC	p
	Demanda Satisfecha		Demanda Insatisfecha		N	%			
	N	%	N	%					
1 a 6 años	260	59.4%	178	40.6%	438	100%	1.892	1.35 – 2.65	0.002
7 a 11 años	565	64.7%	308	35.5%	873	100%	1.507	1.10 – 2.05	0.009
12 a más años	278	59.0%	193	41.0%	471	100%	1.919	1.37 – 2.67	0.000
Analfabeto	26	52.0%	24	48.0%	50	100%	2.552	1.37 – 4.74	0.002
No aplican	188	73.4%	68	26.6%	256	100%			
TOTAL	1317	63.1%	771	36.9%	2088	100%			

CHI CUADRADO 21.35  $p=0.0003$

\*Para hallar OR se tomó de referencia “No aplica”

Otra de las características sociodemográficas que mostró asociación con la demanda insatisfecha fue el ingreso económico, que al aplicar la prueba de chi cuadrado obtiene un nivel de significancia de  $p= 0,0003$ .

Los usuarios que cuentan con un ingreso mensual menor al sueldo básico presenta mayor demanda insatisfecha, con 39.8%, en el análisis de riesgo se evidenció que estos usuarios tienen 50% más riesgo de hacer demanda insatisfecha cuando se les compara al grupo con ingreso mayor al sueldo básico, que fue el que tuvo menos demanda insatisfecha (OR 1.638 y  $p=0.000$ ), algo similar ocurre con los usuarios que perciben ingreso mensual igual al sueldo básico.

**CUADRO N° 09**  
**DESCRIPCION DE LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN INGRESO ECONOMICO**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

Ingreso Económico	DEMANDA				Total		OR*	IC	p
	Demanda Satisfecha		Demanda Insatisfecha						
	N	%	N	%	N	%			
Mayor que el básico	379	71.2%	153	28.8%	532	100%			
Menor que el básico	579	60.2%	383	39.8%	962	100%	1.638	1.30 – 2.05	0.000
Igual al básico	359	60.4%	235	39.6%	594	100%	1.621	1.26 – 2.08	0.000
<b>TOTAL</b>	<b>1317</b>	<b>63.1%</b>	<b>771</b>	<b>36.9%</b>	<b>2088</b>	<b>100%</b>			

CHI CUADRADO 20.435 p=0.00003

\*Para hallar OR, se tomó como referencia "mayor"

Con respecto a la ocupación, los usuarios que tienen alguna profesión presentan mayor proporción de demanda insatisfecha (41,6%), con un doble de riesgo de no conseguir cita en comparación con el grupo "no aplica" (OR 1.967 y p=0.008). Las amas de casas corresponden al grupo de mayor demanda, presentando 0,7 veces mayor ventaja de no conseguir cita (OR 1.774 y p=0.000), similar riesgo presentan los estudiantes (OR 1.746 y p=0.003).

**CUADRO N° 10**  
**DESCRIPCION DE LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN OCUPACIÓN**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

Ocupación	DEMANDA				Total		OR*	IC	p
	Demanda Satisfecha		Demanda Insatisfecha						
	N	%	N	%	N	%			
Profesional	52	58.4 %	37	41.6%	89	100%	1.967	1.18 – 3.25	0.008
No profesional	257	62.4%	155	37.6%	412	100%	1.667	1.18 – 2.34	0.032
Ama de casa	419	60.9%	269	39.1%	688	100%	1.774	1.29 – 2.43	0.000
Estudiante	247	61.3%	156	38.7%	403	100%	1.746	1.24 – 2.45	0.003
Ninguno	154	64.2%	86	35.8%	240	100%	1.543	1.05 – 2.26	0.025
No Aplica	188	73.4%	68	26.6%	356	100%			
<b>TOTAL</b>	<b>1317</b>	<b>63.1%</b>	<b>771</b>	<b>36.9%</b>	<b>2088</b>	<b>100%</b>			

CHI CUADRADO 8.68 p=0.003

\*Para hallar el OR, se tomó como referencia el "No aplica"

Según la procedencia, la mayor demanda insatisfecha estuvo en los usuarios que viven en el cercado de Ica, con 38.4%, y la menor demanda insatisfecha en los que provienen de otros departamento, 23.8 %. La variable procedencia resulto tener asociación para demanda insatisfecha ( $p=0.023$ ), sin embargo las categorías que adopta no son estadísticamente significativas.

**CUADRO N° 11**  
**DESCRIPCION DE LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN PROCEDENCIA**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

Procedencia	DEMANDA				Total		OR*	IC	p
	Demanda Satisfecha		Demanda Insatisfecha		N	%			
	N	%	N	%					
Cercado	361	61.6%	225	38.4%	586	100%	1.994	0.96 – 4.13	0.059
Otro Distrito	781	63.4%	450	36.6%	1231	100%	1.843	0.89 – 3.78	0.090
Otra Provincia	143	62.4%	86	37.6%	229	100%	1.924	0.91 – 4.10	0.869
Otro Departamento	32	76.2%	10	23.8%	42	100%			
TOTAL	1317	63.1%	771	36.9%	2088	100%			

CHI CUADRADO 5.19  $p=0.023$  \*Para hallar el OR, se tomó como referencia "Otro departamento".

Existió asociación entre el tiempo de traslado (desde casa hasta el hospital) y la demanda insatisfecha ( $p=0,002$ ), observándose que los usuarios que tardan entre 30 a 60 minutos presentaron mayor demanda insatisfecha, con un 42.2%, sin embargo el análisis de riesgo no mostró mayores diferencias entre los distintos valores que muestra la variable.

Se encontró un mínimo aumento de riesgo en los usuarios que demoran de 30 a 60 minutos en comparación con los que demoran menos de 30 minutos (OR 1.374 y  $p=0.002$ ).

**CUADRO N° 12**  
**DESCRIPCION DE LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN TIEMPO DE TRASLADO**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

Tiempo de Traslado (De casa al Hospital)	DEMANDA				TOTAL		OR*	IC	p
	Demanda Satisfecha		Demanda Insatisfecha		N	%			
	N	%	N	%					
Menos de 30 minutos	857	65.3%	456	34.7%	1313	100%			
De 30 a 60 minutos	320	57.8%	234	42.2%	554	100%	1.374	1.12 – 1.68	0.002
Más de 60 minutos	140	63.3%	81	36.7%	221	100%	1.087	0.80 – 1.46	0.579
TOTAL	1317	63.1%	771	36.9%	2088	100%			

CHI CUADRADO 14.74 p=0.002      \*Para hallar OR, se tomó como referencia "menos de 30 min"

El tiempo de espera estuvo relacionado a la demanda insatisfecha ( $p=0,00001$ ), y el análisis de riesgo demostró que los usuarios que esperaron menos de una hora, quienes constituían el grupo con mayor proporción de demanda insatisfecha (45.7%), tuvieron el doble de riesgo de no conseguir cita cuando se les comparó con aquellos que esperaron más de 6 horas para alcanzar atención médica (OR 2.000 y  $P=0.006$ ).

Los grupos no espero y esperó de 1 a 3 horas tuvieron 50% más riesgo.

**CUADRO N° 13**  
**DESCRIPCION DE LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN TIEMPO DE ESPERA**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

Tiempo de Espera (Desde que llegó hasta las 8:00 hrs)	DEMANDA				TOTAL		OR*	IC	p
	Demanda Satisfecha		Demanda Insatisfecha		N	%			
	N	%	N	%					
No espero	75	60.5%	49	39.5%	124	100%	1.557	0.87 – 2.78	0.134
Menos de 1 hora	189	54.3%	159	45.7%	348	100%	2.006	1.21 – 3.32	0.006
De 1 a 3 horas	584	61.7%	362	38.3%	946	100%	1.478	0.91 – 2.38	0.106
De 3 a 6 horas	407	69.9%	175	30.1%	582	100%	1.025	0.62 – 1.67	0.920
Más de 6 horas	62	70.4%	26	29.6%	88	100%			
TOTAL	1317	63.1%	771	36.9%	2088	100%			

CHI CUADRADO 26.95 p=0.00001      \*Para hallar el OR se tomó como referencia "más de 6 horas"

Según el tipo de seguro, los pacientes que cuentan con cualquier seguro diferente al SIS, presentan una mayor proporción de demanda insatisfecha de 45.2%; si bien la prueba de chi cuadrado no resultó significativa ( $p=0.061$ ), la medida de riesgo demostró una ventaja 50% mayor de demanda insatisfecha en comparación con aquellos afiliados al SIS.

**CUADRO N° 14**  
**DESCRIPCION DE LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN TIPO DE SEGURO**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**

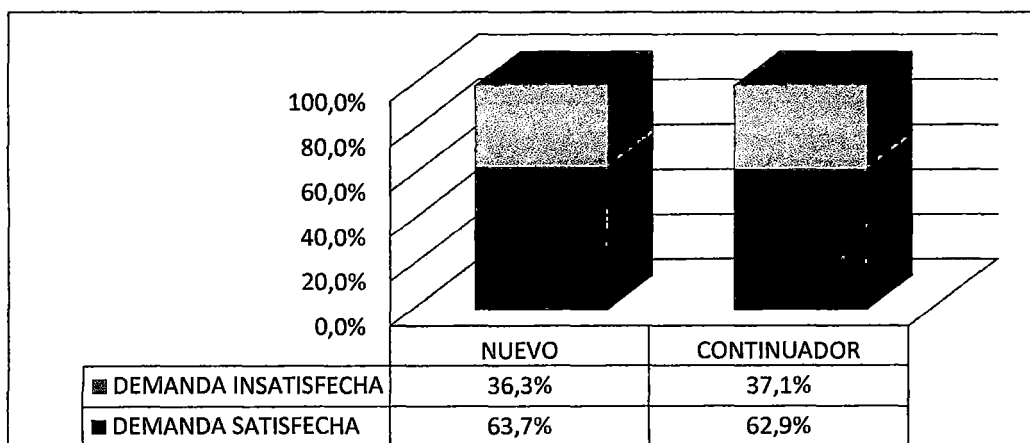
Tipo de Seguro	Demanda Satisfecha		Demanda Insatisfecha		TOTAL		OR*	IC	p
	N	%	N	%	N	%			
SIS	806	64.1%	451	35.9%	1257	100%			
Otros	92	54.8%	76	45.2%	168	100%	1.476	1.06 – 2.04	0.018
Ninguno	419	63.1%	244	36.9%	663	100%	1.040	0.85 – 1.26	0.688
TOTAL	1317	63.1%	771	36.9%	2088	100%			

CHI CUADRADO 5.580  $p=0.061$

\*Para hallar el OR se tomó como referencia "SIS"

Con referencia al tipo de paciente, existe similar proporción de demanda insatisfecha entre el nuevo y el continuador, 36.3% y 37.1%; esta variable no resultó estar asociada a la demanda insatisfecha ( $p=0.764$ ).

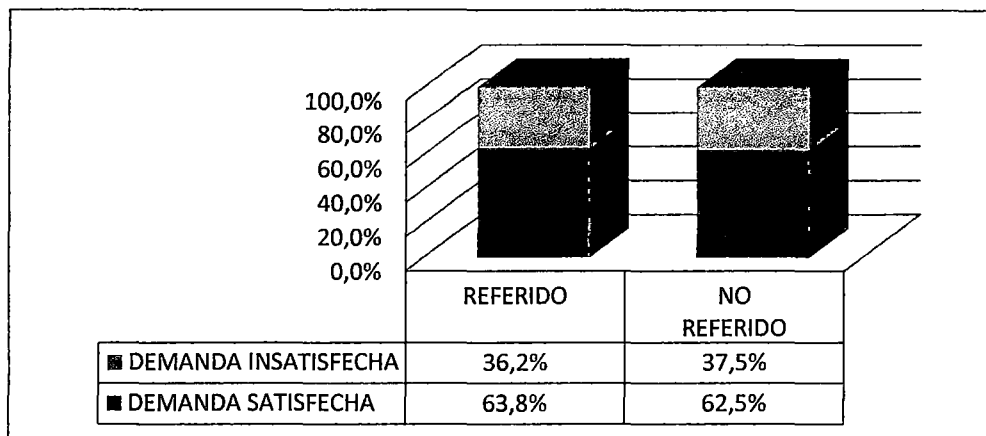
**GRAFICO N° 02**  
**DESCRIPCION DE LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN TIPO DE PACIENTE**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**



CHI CUADRADO 0.10  $p=0.764$

La condición de referido no estuvo asociada a la posibilidad de no obtener cita ( $p=0.555$ ); siendo la proporción de usuarios que no consiguen cita similar para los grupos referido y no referido, con 36.2% y 37.5% respectivamente.

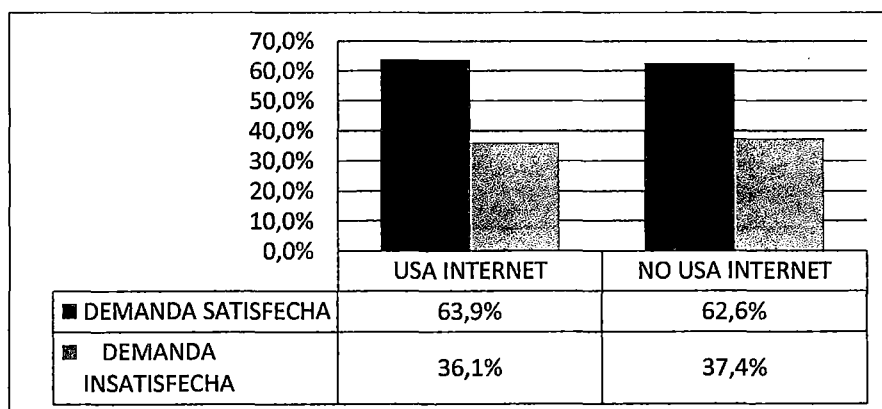
**GRAFICO N° 03**  
**DESCRIPCION DE LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN CONDICIÓN DE REFERIDO**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**



CHI CUADRADO 0.350  $p=0.556$

Dentro de del estudio se buscaba saber qué porcentaje de los usuarios tiene acceso y/o utiliza internet, encontrando que un 63.1% de pacientes usan internet, sin embargo al comparar si existe asociación con respecto a la demanda insatisfecha, este no fue significativo.

**GRAFICO N° 04**  
**DESCRIPCION DE LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA**  
**SEGÚN CONDICIÓN DE REFERIDO**  
**Hospital Regional de Ica. Marzo 2015**



## DISCUSION

Según nuestros resultados, encontramos un conjunto de variables asociadas a la demanda insatisfecha, las cuales podrían desempeñar un rol importante y significativo. Por ello el estudio y conocimiento de estos aspectos, fortalecen y son la base para el desarrollo de estrategias dirigidas a la población más desfavorecida. El presente estudio encuentra múltiples factores que deben ser tomados en cuenta para futuros estudios.

En nuestro estudio se observó que en una semana acuden al hospital 2088 usuarios de consulta externa, de las cuales los días de mayor demanda corresponde al lunes y martes, sin embargo existe una gran proporción de pacientes que acuden por consultorio externo sin conseguir cita, es decir nuestra demanda insatisfecha, que fue aproximadamente de un 36.9%, la cual está por encima de lo encontrado por otros estudios realizados por Reyna<sup>9</sup> durante el 2002 en Guatemala, quien encontró un 24% de demanda insatisfecha, otro estudio es el de Masis<sup>4</sup> en Costa Rica durante el 2009 que indicó una demanda insatisfecha de 8%. Guerreiro<sup>5</sup> en Brasil durante el 2008 refiere que su demanda insatisfecha fue de un 17%, y otro estudio similar en Brasil realizado por Alves<sup>11</sup> indicaba un 7.3% de demanda insatisfecha. Pérez<sup>6</sup>, tomando como fuente de información La Encuesta Nacional De Hogares (ENAH) del 2006, pudo determinar que la demanda insatisfecha en el Perú corresponde al 59.5%, en base al acceso a un servicio de salud, demostrando que aún existe enormes brechas con respecto a otros países.

En lo que respecta al género, el sexo masculino, refirió la menor demanda en cuanto a necesidad de salud (37.7%), Guerreiro<sup>5</sup> en su estudio de Brasil, demostró que las mujeres constituyen el mayor porcentaje en demanda de salud (51.3), además su estudio coincide con el nuestro en que la diferencia de géneros no constituyen un factor asociado a no conseguir cita (OR: 1.20 de nuestro estudio y OR: 1.27 de Guerreiro).

Con respecto a la edad, en nuestro estudio predominaba el grupo etario comprendido entre 19 a 64 años (59.8%), sin embargo el que registra mayor demanda insatisfecha corresponde al grupo de 12 a 18 años (41.7%), coincidente con lo encontrado por Pérez<sup>6</sup> en Perú, quien refirió que este grupo presenta 63.2% de demanda insatisfecha. Para Guerreiro<sup>5</sup> el grupo con mayor demanda insatisfecha corresponde al grupo de 25 a 44 años (33.1%) agregando que este grupo presenta el doble de riesgo de no conseguir cita en comparación a los menores de 4 años (OR: 2.3 y p=0.000), sin embargo en nuestro

estudio a pesar de existir asociación ( $P=0.001$ ), sus categorías no muestran ser lo suficientemente significativas (OR: 1819 y  $p=0.051$ ).

En cuanto al Estado civil, en nuestro estudio la demanda de usuarios correspondía a un 42.7% al grupo de solteros, el 30.6% a los casados y el 19.4% el de los convivientes. Para Masis<sup>4</sup> en su estudio en Costa Rica, durante el 2000 El estado civil de los entrevistados presentaba la siguiente distribución: el 12% son solteras, el 56% fueron casadas y el 23% vivieron en unión libre. Para Reyna<sup>9</sup> en su estudio el estado civil fue de 26% para solteras, 40% para casadas y 26% para convivientes. Sin embargo en nuestro estudio los viudos y los casados corresponden a los grupos con mayor demanda insatisfecha 43.6% y 42.2% respectivamente, además de presentar ambos el doble de riesgo de no conseguir cita con respecto a los convivientes (OR: 2.079 y OR: 1.971), para Masis<sup>4</sup>, de los pacientes con demanda insatisfecha, un 79% tienen pareja, seguido por el grupo de mujeres solteras, con un 15%, siendo este mayor que las mujeres solteras sin demanda insatisfecha.

En nuestra investigación, los años de estudios aprobados en los encuestados comprendía entre 1 a 6 años de estudio (41.8%) y el grupo de los analfabetos corresponde al 4%, similares resultados con el estudio de Reyna<sup>9</sup>, 25.3% eran analfabetas y el 49% tenía nivel primario completo. Sin embargo el grupo que presentó mayor demanda insatisfecha corresponde a los analfabetos con un 48.0%, para Reyna<sup>9</sup> el nivel educativo estuvo siempre relacionado con la demanda insatisfechas, así tenemos que las mujeres con menos de 6 años de estudios aprobados tuvieron 1.3 veces más posibilidades de demanda insatisfecha comparado con aquellas que no tienen ningún nivel de educación, sin embargo discrepa con lo encontrado en nuestros resultados, que demuestra que el grupo de los analfabetos tienen 1.5 veces más riesgo de no conseguir cita con respecto al grupo de los "no aplica" (OR:2.552 y  $p=0.002$ ), conclusiones que coinciden con los encontrados por Guerreiro<sup>5</sup>, quien refiere que hay mayor probabilidad de demanda insatisfecha en las personas que no tienen educación.(OR 1.3 y  $p=0.0003$ ). Por lo tanto el grado de educación tiene asociación con respecto a conseguir cita en este hospital.

En nuestro estudio, los resultados sobre el Ingreso económico, arrojaron que el 46.1% de los usuarios de consulta externa tienen ingresos menores que el sueldo básico, sin embargo sus categorías tienen similares proporciones de demanda insatisfecha, es así que los pacientes que presentan mayor demanda insatisfecha corresponde a los usuarios con ingresos iguales y menores que el sueldo mínimo, 39.6% y 39.8% respectivamente, y

poco asociados al riesgo de no conseguir cita (OR: 1.621 y OR:1.638), para Reyna<sup>9</sup> el ingreso económico es una de las variables que se encuentra fuertemente relacionada a demanda insatisfecha, así se encontró que el ingreso económico bajo (OR=1) tenía 3 veces más riesgo de demanda insatisfecha en relación a un ingreso económico alto (OR=0.37), y para Guerreiro<sup>5</sup> la situación económica de pobreza (31.9%) tiene el doble de riesgo de no alcanzar una cita, con respecto a los ricos (OR 2.12 p=0.000).

En nuestro estudio, con respecto a la ocupación, el grupo de amas de casa corresponde al de mayor demanda, de un 33% de los usuarios encuestados Sin embargo el grupo que presenta mayor demanda insatisfecha corresponde al de los profesionales (41.6%), y el riesgo de no conseguir cita del profesional para no conseguir cita corresponde al doble con respecto al grupo de no aplican (OR:1.967 y p=0.008), estos resultados discrepan a los encontrados por Reyna<sup>9</sup>, quien encontró que el tener una ocupación tiene razón de disminuir la demanda insatisfecha a que si fuera ama de casa.

Los usuarios de consulta externa en su mayoría proceden de otros distritos (59.0%), cifra que coinciden con otros estudios que refieren venir del área rural (55.0%), sin embargo la proporción de demanda insatisfecha es similar en pacientes de cercado de Ica, otro distrito y otra provincia de Ica, en promedio 37.2%, proporción que difiere al 23.8% de demanda insatisfecha en pacientes de otros departamentos, probablemente por estar desde más antes en el hospital para conseguir una cita, otros estudios como Masis y Guerreiro<sup>5</sup> encontraron que residir en el área rural produce poca probabilidad de no conseguir cita con respecto al área urbana, (OR 1.17 y p=0.0035).

Otra característica de la población es el tiempo de traslado para llegar al Hospital, la mayoría refiere que demora menos de 30 minutos (62.9%). Tiempo que coincide con Sánchez<sup>2</sup> en un estudio realizado en el Hospital San Bartolomé de Lima en el 2009 encontró que la mayor parte, 110 (67.1%), llegaron al sitio dónde las atendieron, en menos de 30 min. 52 (31,7%) demoraron hasta 1 hora, y sólo 2 (1,2%) demoraron más de 1 hora, además este menor tiempo de traslado está asociado a la razón de ventaja de no hacer demanda insatisfecha, sin embargo este resulta ser poco importante si comparamos con el grupo que demora más de 30 minutos (OR:1.374 y p=0.002).

En nuestro estudio los usuarios, en su mayoría espera entre a 1 a 3 horas para conseguir cita (45.3%), además encontramos que esperar menos de una hora conlleva a un doble riesgo de no conseguir cita en comparación a los que esperaron más tiempo, (OR: 2.006 y

$p=0.006$ ), esto no coinciden con lo de Masis<sup>4</sup>, quien refirió que esperar más de una hora aumenta el riesgo de hacer demanda insatisfecha con respecto al grupo espero menos de una hora (OR: 1.61).

En este hospital, el 60.2% refiere contar con SIS, mientras que un 31% refiere no contar con ningún seguro, situación similar encontró Sánchez<sup>2</sup>, en su estudio en Perú durante el 2009, a la pregunta de si tiene derecho a algún seguro de salud como titular o dependiente, respondiendo, 253 (64,4%), dijeron no 130 (33,1%) 10 encuestadas no respondieron. Para Masis<sup>4</sup> el no aseguramiento es una de las barreras para acceder a los servicios, sin embargo en nuestro estudio, similares riesgos constituye el contar con SIS y no contar con seguro (OR: 1.040 y  $p=0.688$ ).

No se encontraron otros estudios, con respecto a si el paciente viene con referencia, o si antes se ha atendido, además, ambos factores demostraron no tener asociación con respecto a la mayor posibilidad de hacer demanda insatisfecha. Sin embargo constituye datos importantes puesto que son grupos que demoran más en ser atendidos, debido a que hacen cola de paciente referido y ser paciente nuevo dificulta sus trámites en el hospital.

Dentro a las especialidades donde hay mayor demanda es en medicina especialidades con 36.8% seguido de cirugía especialidades en un 21.2%. Para Sánchez<sup>2</sup> las subespecialidades de medicina presenta mayor demanda corresponde a neumología (44.7%), gastroenterología (16.9%), ginecología (6,8%), luego dermatología (4,6%). Sin embargo el servicio que presenta mayor demanda insatisfecha corresponde a cirugía especialidades con un 42.2%. Dentro de las subespecialidades que presenta mayor demanda insatisfecha está medicina física con 60.7%, gastroenterología con 52.4% y oftalmología con 55.4%, servicios donde la oferta debe ser mayor, para atender a toda la población demandante.

Los días con mayor demanda corresponden al lunes y martes sin embargo con mayor demanda insatisfecha corresponde al día miércoles, es así que uno de cada dos personas consigue atención médica, (52.9%)

Por último, se preguntó a los pacientes si saben usar internet, encontrando que el 63.1% puede acceder a él, lo que constituye un dato importante para buscar estrategias de solución.

## CONCLUSIONES

- La demanda insatisfecha en consultorio externo del Hospital Regional de Ica durante una semana en el mes de marzo fue de 36,9%; es decir, que aproximadamente uno de cada tres pacientes no consiguen la cita deseada.
- Las especialidades con mayor demanda insatisfecha corresponden a los servicios de medicina física, gastroenterología y oftalmología. Observándose en el servicio de medicina física una atención de 15 pacientes, de los cuales cuatro citas son ofertadas diariamente para pacientes nuevos, exceptuando sábados, y los demás pacientes son citados. En el caso del servicio de gastroenterología y oftalmología, la atención es dada por un solo médico y la oferta en dichos consultorios varía de acuerdo a la disponibilidad en horarios.
- Existe asociación del usuario de consultorio externo y la posibilidad de no conseguir cita con respecto: años de estudio aprobados, al estado civil, ingreso económico, y la hora de llegada al hospital. Así se evidencia que el paciente que no cuenta con estudios, estado civil casado y viudo, ingreso económico bajo y el que acude más tarde tiene mayor probabilidad de no conseguir cita y formar parte de la demanda insatisfecha.
- No existe relación entre el tipo de seguro y la condición de referido con respecto al riesgo de formar parte de la demanda insatisfecha, sin embargo se evidencia que el 8% de los pacientes que acuden en busca de cita, son pacientes que cuentan con otro tipo de seguro (Essalud, Fospoli, Particular), de dicha población el 5.9% cuenta con seguro Essalud, lo que ocasiona inequidad, dado que consiguen cita aun teniendo un establecimiento designado para su atención.
- Del total de población que acude al hospital regional de Ica en busca de cita, el 45.1% acude con referencia SIS; 54.9% de pacientes acude directamente al hospital con el objetivo de obtener una cita con el especialista, sin haber sido evaluado previamente en el primer nivel de atención; y muchas veces los problemas de salud que aquejan no justifican atención especializada de tal nivel.

- El 63.1% de la población que acudió al hospital declaró saber utilizar internet, lo que podría servir para brindar información de horarios de atención y especialidades disponibles, además de orientar a la gestión de citas previas vía internet.

## RECOMENDACIONES

- Trabajar con todos los actores sociales involucrados, tanto con los responsables en brindar u ofertar servicios de salud como también con la población de beneficiarios de la atención de salud.
- Dimensionar adecuadamente la demanda por los distintos consultorios que brindan consulta externa, a fin de adecuar la oferta utilizando la capacidad instalada actual o mediante la gestión de nuevos recursos.
- Flexibilizar la programación de las actividades médicas en función de la variación de la demanda.
- Brindar una mejor educación a toda la población de nuestro país en lo referente a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades en especial a la población pobre de nuestro país, para que cuando ocurra un evento de enfermedad en la población, ésta acuda a los establecimientos de salud del Minsa de niveles de atención primarios, y que estos decidan la oportuna referencia.
- Supervisar que las referencias se realicen de manera adecuada, siendo estas justificadas y oportunas.
- Potenciar progresivamente la oferta de los establecimientos de salud periféricos de la Red Asistencial comenzando por los de menor nivel de resolución a fin de que a mediano plazo se conviertan en verdaderas barreras de contención de la demanda.
- Capacitar a médicos de los niveles inferiores de la Red Asistencial para la atención de los problemas de acuerdo a su nivel de complejidad, descentralizando efectivamente la demanda.
- Potenciar la atención primaria de salud y poniendo énfasis en la especialidad de médico de familia para garantizar en el futuro el descongestionamiento de los grandes hospitales de la Región.

## FUENTES DE INFORMACION

1. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Demanda y Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. [Documento en internet]. Perú, 2012. [consultado el 5 de enero 2015]. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_asis/asis31.pdf](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis31.pdf)
2. Sánchez VW. Demanda potencial de servicio de salud materno infantil bajo tarifario diferenciado en el Hospital San Bartolomé. [tesis de maestría]. Lima, Perú. 2009. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2445/1/sanchez\\_vw.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2445/1/sanchez_vw.pdf)
3. LENEMAR. Análisis de Demanda y Oferta: Sustento Técnico para Ampliación y Mejoramiento del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud 2007-2011. Lima, Perú. 2013.
4. Masís CE. Demanda insatisfecha y la accesibilidad a la atención en Planificación familiar en los servicios de la CCSS. Costa Rica, 2000. [tesis de maestría]. Costa Rica. 2004. Disponible en: [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2004/tfg\\_emasis.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2004/tfg_emasis.pdf)
5. Guerreiro R, Mendes L, Francisco S. Necesidades de Salud insatisfecha en Brasil: una investigación sobre las razones para no buscar atención. *Ciência&Saúde Coletiva*. 2011; 16(9): 3741-3754.
6. Pérez GN. Acceso a los servicios de salud del MINSA según la Encuesta Nacional de Hogares 2006. [tesis de maestría]. Lima, Perú. 2010. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3368>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Página de Internet]. Lima, Perú. 2015. [citado: 26 de enero del 2015]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/>
8. Quijada J. Análisis de la Demanda en la Consulta Externa de la Red Hospitalaria Nacional. *Revista Electrónica Ingeniería Primero*. [Revista en Internet] 2010 [citado: 26 de enero del 2015]; (10):1-25. Disponible en: [http://www.tec.url.edu.gt/boletin/URL\\_16\\_IND01.pdf](http://www.tec.url.edu.gt/boletin/URL_16_IND01.pdf) ) 20

9. Reyna MA. Factores asociados a la Demanda Insatisfecha de Planificación Familiar en Guatemala 1998-1999. [tesis de maestría]. Costa Rica. 2002. Disponible en: [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2002/tfg\\_areyna.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2002/tfg_areyna.pdf)
10. Mejía G, Ramírez I, Restrepo A, y cols. Cuantificación de la demanda insatisfecha en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica. Acta Médica Colombiana. [Revista en Internet] 1993. [consultado el 6 de enero 2015]; 18 (02): 109-112. Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/cont.php?id=42&id2=396>
11. Alves LM, Miranda RP, Junqueira CA, Jorge MC. Medición de demanda insatisfecha y perfiles para la anticoncepción en los municipios de Belo Horizonte y Redife, 2002. R. bras. Est. Pop. 2005; 22 (01): 113-129.
12. Santos PH, Martínez CS, Martínez LM, Álvarez MI. La demanda potencial y la oferta de servicios de salud para las enfermedades catastróficas en México. Rev. Gerenc. Polit. Salud. [Revista en Internet]. 2011. [consultado el 6 de enero 2015]; 10 (21): 33-47. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/viewFile/2587/1858>
13. Situación y Perspectivas de la Demanda no Satisfecha de Planificación Familiar. En: La Situación Demográfica De México. 2000; p. 99-126. (Consultar: <http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2000/8sitpf.pdf>)
14. Hermoza, MM. Análisis de la Demanda en relación con la Oferta de los Servicios de Salud Pediátricos en un Hospital de Alta Complejidad de la Seguridad Social (ESSALUD). [tesis doctoral]. Lima, Perú. 2006. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2923/1/Hermoza\\_mm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2923/1/Hermoza_mm.pdf)
15. Sánchez, M. Proyecto: Construcción y equipamiento del Centro Materno Infantil de Pisco. Ica, Perú. 2009.
16. Madueño DM, Sanabria MC. Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003 – 2020 (Documento 3). Bethesda, MD: Proyecto Socios para la Reformaplust del Sector Salud, Abt Associates Inc; 2003. Informe técnico No. 026s.

17. Madueño DM, Alarcón VJ, Sanabria MC. Análisis de la brecha y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial a mediano plazo. [documento en internet]. Lima, Perú. 2003. [consultado el 8 de enero 2015]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1020\\_GRAL93.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1020_GRAL93.pdf)
18. Gómez VI, Ramírez DI. La Oferta y la Demanda de los Servicios de Salud. Salud Uninorte. [Revista en Internet] Colombia, 1990 [consultado el 15 de enero 2015]; 6-7 (2): 85-88. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4252/2621>
19. USAID. Manual de uso para herramienta de estimación de demanda por servicios de salud en el Perú. [documento en internet]. Perú, 2014 [consultado el 8 de enero del 2015]. Disponible en: <http://www.politicassalud.org/site/pdf/manual-de-uso-para-herramienta-estimacion-de-demanda-por-servicios-de-salud-en-el-peru.pdf>
20. Ferrer JC. La Demanda por Servicios de Salud. Separata Curso: Formulación y Evaluación de Proyectos de Salud. Maestría en Economía con mención en Economía y Gestión de la Salud. Unidad de Post-grado. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional Mayor de san Marcos. PERÚ 1998.
21. Arredondo LA, Recaman MA. Oferta vs. Demanda: Algunos aspectos a considerar para el estudio del Mercado en Salud. Rev. Hitos De Ciencias Económico Administrativas. 2002; 8 (20): 42-47. Disponible en: [http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/hitos/ediciones/20/ensayo\\_arredondo.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/hitos/ediciones/20/ensayo_arredondo.pdf)
22. Boutsoli, Z. Variabilidad de la demanda, incertidumbre de la demanda y los costos hospitalarios: Una Encuesta Selectiva de la literatura empírica. Grecia Global Journal of Health Science. 2010; 02 (01): 138-149.
23. Almeida A. Incertidumbre de la demanda y los costos hospitalarios: Un Aplicación a los portugueses del NHS Hospitales. Portugal, 2013.
24. Jaramillo BM y cols. Estudio sobre los Recursos Humanos en Salud en Perú: Gestión, Distribución, Normatividad, Regulación, Condiciones laborales y salariales y Formación. [documento en internet]. Perú, 2006. [consultado el 8 de enero del 2015].

Disponible

en.

<http://www.grade.org.pe/download/docs/Informe%20Final%20RRHH%20Salud%20GRADE.pdf>

25. Departamento de Sanidad y Consumo. Diagnóstico de situación de las listas de espera de Osakidetza y plan de mejora. [documento en internet]. Gobierno Vasco. 2011. [consultado el 8 de enero 2015]. Disponible en: [https://apps.euskadi.eus/r85-ckbugo03/es/contenidos/informacion/buen\\_gob\\_politica/es\\_politica/adjuntos/informe%20listas%20espera.pdf](https://apps.euskadi.eus/r85-ckbugo03/es/contenidos/informacion/buen_gob_politica/es_politica/adjuntos/informe%20listas%20espera.pdf)
26. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud 2006-2010. [documento en internet]. Lima, Perú, 2012. [consultado el 8 de enero 2015]. Disponible en: [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1041/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1041/libro.pdf)
27. Vásquez W, Arimborgo C, Pillhuaman N, Vallenas G. Satisfacción del usuario de consulta externa en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Rev. Invest. Soc. 2009; 13 (22): 337-353. (Consultar: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv\\_sociales/N22\\_2009/pdf/a20.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/N22_2009/pdf/a20.pdf))
28. Campos SR. Calidad de Servicio percibido según Modelo Servqual del Hospital Santa María del Socorro, y su relación con la Satisfacción de los Pacientes, 2008. Rev. enferm. vanguard. 2013; 1(1): 16-20. (Consultar: <http://www.unica.edu.pe/alavanguardia/index.php/revan/article/viewFile/4/4>)
29. Proyecto "Cero Colas" para mejorar la Satisfacción del usuario atendido en la Consulta Externa del HNCH Agosto 2012 – Junio 2013. Perú, 2013. (Consultar: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/x\\_encuentro/24sep/Tercer/1Proyecto%20de%20Mejora%20Hospital%20Cayetano%20Heredia.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/x_encuentro/24sep/Tercer/1Proyecto%20de%20Mejora%20Hospital%20Cayetano%20Heredia.pdf))
30. Ramírez AM, Huang Y. Modelo descriptivo del Tiempo de Espera del paciente de Consulta Externa: Unidad IMSS en Cd. Chihuahua, México. Academia Journals. 2012; 04(01): 685-773.

31. Pereira Z, Carlos M, Barradas R, Furquim M. Características sociodemográficas y el patrón de uso de servicios salud del Sistema Único de Salud (SUS), 2003-2008 Brasil. *Ciência&Saúde Coletiva*. 2011; 16(9): 3807-3816.
32. Ferrari R, Pereira A, Farias A y cols. Perfil de la Demanda de los Usuarios de la Clínica de Familia y UPA en un área con 100% de cobertura en Atención Primaria. *Revista Eletrônica Gestão&Saúde*. [revista en internet]. 2014 [consultado el 8 de enero 2015]; 05 (02): 525-541. Disponible en: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/738>
33. Organización Panamericana de la Salud. Análisis del sector salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. Washington. OPS, 2005. Disponible en: [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS\\_USAID\\_analisis\\_sector\\_salud\\_herramienta\\_formulacion\\_politicas.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_USAID_analisis_sector_salud_herramienta_formulacion_politicas.pdf)
34. Ministerio de Salud Pública. Reglamento de Citas Atención Consulta Externa Establecimientos Salud. . [documento en internet]. Ecuador, 2013. [consultado el 8 de enero 2015]. Disponible en: <http://www.hospitalmacas.gob.ec/trasporencia2013/informacionlegal/regulacion/ReglamentoCitasAtencionCExternaEstablecimientosSalud.pdf>
35. Minho CE, Giovanella L, Fidelis AP. Listas de Espera en Sistemas Públicos: La Expansión de la Oferta para un acceso oportuno. Consideraciones a partir de un Sistema Nacional de Salud Español. *Ciência&Saúde Coletiva*. (Consultar: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/17.pdf>). 2011; 16(6): 2783-2794.
36. Cabanillas SF, Campos SA, Pellejero EM, Lucendo FJ. Mejora del acceso del usuario a la atención especializada. *Papeles Médicos*. [revista en internet] 2003 [consultado el 8 de enero 2015]; 12 (3): 101-104. Disponible en: <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4cbc743158e56pm-12-3-002.pdf>
37. Cantillo LE, Rueda GM, Javier FO. Diseño e Implementación de un Sistema de Información para la asignación de Citas de Consulta Externa en las áreas de Medicina General, Odontología y Psicología. [tesis de grado]. Colombia. 2002.

Disponible en:  
[http://www.konradlorenz.edu.co/images/stories/suma\\_digital\\_sistemas/2009\\_01/eleazar.pdf](http://www.konradlorenz.edu.co/images/stories/suma_digital_sistemas/2009_01/eleazar.pdf)

38. Barragán HL. Necesidades, Demanda y Oferta de Atención Médica. En: Barragán, Moiso A, Mestorino M, Ojea O. Fundamentos de Salud Pública. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2007. p. 353-360.
39. Ramírez CJ. Factores que determinan la demanda de atención ginecológica en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Lima, 2005. [tesis de maestría]. Lima, Perú. 2007. Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2494/1/ramirez\\_cj.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2494/1/ramirez_cj.pdf)
40. Madueño DM. Perú: Estudio de demanda de Servicios de Salud (Documento 1). Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc.; 2002. Informe técnico No. 012s.
41. Paez CM. Propuesta de Re-Ingeniería en la Consulta Externa de un Hospital Provincial. [tesis de maestría]. Guayaquil, Ecuador. 2010. Disponible en:  
<https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/11159/3/TESIS%20MGPC.pdf>
42. Musgrove P. Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina. Cuadernos de Economía. 1985; 22 (66): 293-305.

## ANEXOS

### ANEXO N° 01

DIA	POBLACION	FORMULA $n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N - 1) e^2 + \sigma^2 Z^2}$	TAMAÑO DE MUESTRA
LUNES	560	$n = \frac{560 (0.5)^2 (1.96)^2}{(560-1) (0.01)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2}$	529
MARTES	450	$n = \frac{450 (0.5)^2 (1.96)^2}{(450-1) (0.01)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2}$	430
MIERCOLES	430	$n = \frac{430 (0.5)^2 (1.96)^2}{(430-1) (0.01)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2}$	412
JUEVES	400	$n = \frac{400 (0.5)^2 (1.96)^2}{(400-1) (0.01)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2}$	384
VIERNES	380	$n = \frac{380 (0.5)^2 (1.96)^2}{(380-1) (0.01)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2}$	365
SABADO	150	$n = \frac{150 (0.5)^2 (1.96)^2}{(150-1) (0.01)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2}$	109

## ANEXO N° 02

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los alumnos de la FMH-DAC de la UNSLG. El propósito de este trabajo es descubrir los factores que influyen en la aparición de demanda insatisfecha en el Hospital Regional de Ica.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 2 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por los alumnos de la FMH-DAC. He sido informado (a) del propósito de dicho estudio

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 2 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

---

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(en letra imprenta)

## ANEXO N° 03



### Gobierno Regional de Ica

CIEI - HRI



INFORME N° 09 – 2015- GORE-ICA-DRSI-HRI

A: Dr. Ubaldo Miranda Soberon  
Presidente del CIEI-HRI

DE: Dr. Daniel Cahua Valdivieso  
Miembro del CIEI – HRI

**ASUNTO:** Revisión de Proyecto de Investigación "FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA EN UN HOSPITAL DE ICA – PERU, FEBRERO 2015".

Autores: Carlos Neciosup Jonathan  
Condori Velasquez Alexander  
Soriano Díaz Joel

Asesor: Dr. Ubaldo Efraín Miranda Soberon

**MARCO LEGAL:**

1. Código de Nüremberg 1947.
2. Declaración de Derechos Humanos, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, Declaración y Programa de Acción de Viena, Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Directrices sobre el VIH/ SIDA y los Derechos Humanos, Declaración sobre la Utilización del Progreso Científico y Tecnológico en Interés de la Paz y en Beneficio de la Humanidad, Principios Rectores para la Reglamentación de los Ficheros Computarizados de Datos Personales, Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género, Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Principios de Ética Médica Aplicables a la Función del Personal de Salud, especialmente los Médicos, en la Protección de Personas Presas y Detenidas contra la Tortura y otros tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.
3. Informe Belmont (1978) de la Comisión Nacional para la Protección de sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y del Comportamiento.
4. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Asambleas Médicas: 18° Helsinki 1964, 29° Tokio Japón 1975, 35° Venecia Italia 1983, 41° Hong Kong 1989, 48° Sudáfrica 1996, 52° Escocia 2000, Nota de Clarificación Washington 2002, Nota de Clarificación de la Asamblea General.AMM Tokio 2004.
5. Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos-2003.
6. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO-2005.
7. Pautas para las Buenas Prácticas Clínicas. Documento de las Américas.2005.
8. Guía N° 2 Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas, UNESCO 2006.
9. Declaración de Córdoba. Red de Bioética de la UNESCO-2008.

Fanny I. Condori Velasquez  
Químico Farmacéutico  
C.Q.P.T. N° 13008

GOBIERNO REGIONAL DE ICA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA  
HOSPITAL REGIONAL DE ICA

Dr. Román Daniel Cahua Valdivieso  
JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA  
Y SALUD AMBIENTAL



# Gobierno Regional de Ica



CIEI - HRI

10) Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health-Related Research with Human Participants. OMS 2011.

## SITUACION ACTUAL:

El Proyecto de investigación "FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA EN UN HOSPITAL DE ICA - PERU, FEBRERO 2015".

Se encuentra a la fecha aprobado.

Tipo de investigación: Transversal, observacional.

Autor: Carlos Neciosup Jonathan  
Condori Velasquez Alexander  
Soriano Díaz Joel

Asesor: Dr. Ubaldo Efraín Miranda Soberon

El cual se realizará en el Hospital Regional de Ica.

## REVISION:

En revisión del proyecto de tesis antes mencionado por el CIEI del HRI se concluye que este sea aprobado.

## ACTIVIDADES REALIZADAS:

Revisión, presentación, evaluación y opinión de los responsables por temas del proyecto de tesis.


## CONCLUSIONES:

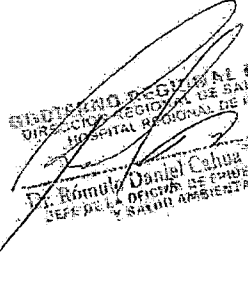
Este proyecto es aprobado, para que se emita la correspondiente resolución.

## COMENTARIOS

Se debe oficiar a los investigadores y asesor.

ES TODO CUANTO PUEDO INFORMARLE.

  
Romy A. Ormaza Sotomayor  
Químico Farmacéutico  
C.O.F.P. N° 13048

  
GOBIERNO REGIONAL DE ICA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA  
HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
Dr. Romulo Daniel Cahua Valdivia  
SECRETARIA DE PREVENCIÓN  
Y SALUD AMBIENTAL

Ica, 27 de Febrero del 2015

**ANEXO N° 04**

**DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA  
HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"**

APELLIDOS:		EDAD:		HORA DE INGRESO:	
CONSULTORIO:		ACOMPAÑANTE:		SI	NO
GÉNERO:	M	F	BARRIO:		
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO	CONVIVIENTE
AÑOS APROBADOS:					
OCUPACIÓN:					
INGRESO ECONÓMICO: SUELDO MÍNIMO			MAYOR	IGUAL	MENOR
ENFERMEDAD/MOTIVO DE CONSULTA:					
SEGURO:	SIS	ESSALUD	FOSPOLI	PARTICULAR	NINGUNO
TIEMPO DE TRASLADO AL HOSPITAL(minutos):					
PACIENTE:	NUEVO		CONTINUADOR	REINGRESANTE	
REFERIDO:	SI		NO		
VECES QUE SOLICITÓ CITAS PARA ENFERMEDAD ACTUAL:					
UTILIZA INTERNET:	SI			NO	