



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**



**RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA  
AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA  
DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**ULDA PARI HUAYHUA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

**JULIACA - PERÚ**

**2024**



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**  
**RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA**  
**AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA**  
**DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS**  
**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023**

**TESIS PRESENTADA POR**  
**ULDA PARI HUAYHUA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE**  
**DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

**APROBADA POR:**

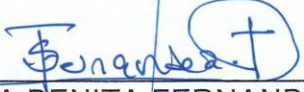
**PRESIDENTE**

:

  
Dr. LEOPOLDO WENCESLAO CONDORI CARI

**PRIMER MIEMBRO**

:

  
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

**SEGUNDO MIEMBRO**

:

  
Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

**ASESOR DE TESIS**

:

  
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** : SALUD PÚBLICA - P65



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**  
**ESCUELA DE POSGRADO**



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 342-2024-D-EPG-UANCV/J**

Juliaca, 28 de octubre del 2024

**VISTOS:**

El expediente N° 2024-011297 presentado por el (a) Mgr. **PARI HUAYHUA ULDA**, con número de DNI. **02423186** y con número de matrícula **1510100450**, del **DOCTORADO** en **SALUD PÚBLICA**, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de la Sede Central Juliaca.

**CONSIDERANDO:**

**Que**, el (a) Mgr. **PARI HUAYHUA ULDA**, con número de DNI. **02423186**, asignado (a) con número de matrícula **1510100450**, del **DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA** de la Escuela de Posgrado, ha solicitado fecha, hora y modalidad de sustentación, de la Tesis titulada: **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** La misma que pertenece a la Línea de Investigación: **SALUD PÚBLICA - P65** y;

Que, el (a) referido (a) Dictamen de Tesis aprobado por los jurados el 27 de junio del 2023. Establece la fecha de sustentación; habiendo para el efecto cumplido los requisitos establecidos en el reglamento para la Obtención del Grado Académico de Magíster/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV;

Que, en el Artículo 66 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Postgrado es un trabajo de investigación original y crítico, de actualidad y de alto valor científico;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO. - DECLARAR EXPEDITO** para la Sustentación de la Tesis titulado: **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** Elaborado por el (la) Mgr. **PARI HUAYHUA ULDA**. Integrado por los siguientes docentes:

- Presidente del Jurado** : **Dr. LEOPOLDO WENCESLAO CONDORI CARI**
- Miembro del Jurado** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- Miembro del Jurado** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- Asesor de Tesis** : **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

**ARTÍCULO SEGUNDO. -** El proceso de la Sustentación de la Tesis en mención, se llevará a cabo:

- Fecha** : **Lunes 04 de noviembre del 2024**
- Hora** : **11:00 a.m.**
- Lugar** : **Aula N° 310 EPG – UANCV–JULIACA**

A cuya finalización el Jurado registrará los resultados en el Libro de Actas de Sustentación de Tesis de Doctorado con el grado de **DOCTOR** aprobado en la ley Universitaria N° **30220**.

**ARTÍCULO TERCERO. -** Elévese la presente Resolución al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento.

Regístrese, comuníquese y Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
ESCUELA DE POSGRADO  
Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Cari  
DIRECTOR (e)

Cc./Archiv.EPG (01)  
Interesado (01)  
Cargo (01)  
Jurados (03)  
Asesor (01)  
Expediente (01)  
LWCC/mev



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 1494-2024-USA-EPG/UANCV**

Juliaca, 19 de Setiembre del 2024

**VISTOS:**

El expediente N°. 011223, Presentado por el (a) Mgtr. **ULDA PARI HUAYHUA**, con número de DNI **02423186** y con Código de matrícula N.° **1510100450**, quien solicita cambio de **SEGUNDO** miembro del Proyecto de Tesis titulado: **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** Líneas de Investigación: **SALUD PÚBLICA – P65**, Para optar el Grado Académico de **DOCTOR** en **SALUD PÚBLICA** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez", de la Sede Central Juliaca.

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante expediente No. 011223, el Mgtr. **ULDA PARI HUAYHUA**, solicita cambio del **presidente del jurado y segundo miembro** de la tesis titulada: **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** Aprobado con Resolución Directoral N.° 878-2023-USA-EPG/UANCV, de fecha 23 de setiembre del 2023, en el que se le asignó como presidente al Dr. Enrique Eleuterio Zuñiga Medina y Segundo miembro a la Dra. Sandra Alejandra Fernández Macedo, los mismos que se cambian por indisponibilidad de tiempo.

Que, el referido Dictamen de Tesis fue aprobado por los jurados el 22 de Setiembre del 2023, registrado en el Folio N° 000754 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Maestría, establece que se encuentra apto para ser desarrollado a lo establecido en el reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

Que, en el Reglamento General de la escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad y de alto valor científico.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO.- ACEPTAR EL CAMBIO DEL PRESIDENTE Y SEGUNDO MIEMBRO DEL JURADO**, para su revisión de la Tesis titulada: **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** presentado por el (a) Mgtr. **ULDA PARI HUAYHUA**, del doctorado en: **SALUD PÚBLICA**, conformado por los siguientes docentes:

<b>Presidente</b>	: Dr. <b>LEOPOLDO WENCESLAO CONDORI CARI</b>
<b>Primer Miembro</b>	: Dra. <b>SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA</b>
<b>Segundo Miembro</b>	: Dra. <b>INGRID LIZ QUISPE TICONA</b>
<b>Asesor</b>	: Dra. <b>ELIZABETH VARGAS ONOFRE</b>

**SEGUNDO.- AUTORIZAR** el desarrollo de Tesis, de acuerdo al Reglamento de Investigación conducente al Grado Académico de **DOCTOR** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

**TERCERO.- ELEVAR** al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento, así como a la Oficina de Economía, para cumplimiento de la presente Resolución.

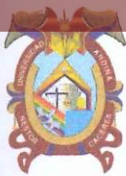
Regístrese, Comuníquese y Archívese,



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
 ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Cari  
 DIRECTOR (e)

Cc /CARGO (01)  
 ARCHIVO EPG - 2024 (01)  
 INTERESADO (01)  
 LWCCleWRCH



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**  
**ESCUELA DE POSGRADO**



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0315-2024-USA-EPG/UANCV**

Juliaca, 17 de Abril del 2024

**VISTOS:**

El expediente N°. 04577, Presentado por el (a) Mgtr. **ULDA PARI HUAYHUA**, con número de DNI **02423186** y con Código de matrícula N.° **1510100450**, quien solicita cambio de **SEGUNDO** miembro del Proyecto de Tesis titulado: **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** Líneas de Investigación: **SALUD PÚBLICA -P65**, Para optar el Grado Académico de **DOCTOR** en **SALUD PÚBLICA** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez", de la Sede Central Juliaca.

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante expediente No. 04577, el Mgtr. **ULDA PARI HUAYHUA**, solicita cambio del **SEGUNDO** miembro del jurado de la tesis titulada: **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** Aprobado con Resolución Directoral N.° 878-2023-USA-EPG/UANCV, de fecha 23 de setiembre del 2023, en el que se le asignó como Segundo miembro a la Dra. Graciela Bernal Salas, el mismo que se cambia por no tener vínculo laboral con la UANCV.

Que, el referido Dictamen de Tesis fue aprobado por los jurados el 22 de Setiembre del 2023, registrado en el Folio N° 000754 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Maestría, establece que se encuentra apto para ser desarrollado a lo establecido en el reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

Que, en el Reglamento General de la escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad y de alto valor científico.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO.- ACEPTAR EL CAMBIO DEL SEGUNDO MIEMBRO DEL JURADO**, para su revisión de la Tesis titulada: **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** presentado por el (a) Mgtr. **ULDA PARI HUAYHUA**, del doctorado en: **SALUD PÚBLICA**, conformado por los siguientes docentes:

<b>Presidente</b>	: Dr. <b>ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA</b>
<b>Primer Miembro</b>	: Dr. <b>LEOPOLDO WENCESLAO CONDORI CARI</b>
<b>Segundo Miembro</b>	: Dr. <b>SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO</b>
<b>Asesor</b>	: Dra. <b>ELIZABETH VARGAS ONOFRE</b>

**SEGUNDO- AUTORIZAR** el desarrollo de Tesis, de acuerdo al Reglamento de Investigación conducente al Grado Académico de **DOCTOR** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

**TERCERO.- ELEVAR** al Rectorado, Vicerectorado Académico, Vicerectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento, así como a la Oficina de Economía, para cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Cari  
DIRECTOR (e)

Cc./CARGO (01)  
ARCHIVO EPG - 2024 (01)  
INTERESADO (01)  
LWCCieIVRCH



## UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



### RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0151-2024-USA-EPG/UANCV

Juliaca, 22 de Marzo del 2024

#### VISTOS:

El expediente N°. 03070, Presentado por el (a) Mgr. **ULDA PARI HUAYHUA** con DNI N° **02423186**, código de matrícula **1510100450**, quien solicita cambio del primer miembro del jurado del Comité de Investigación del Proyecto de Tesis titulado **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** Línea de investigación **SALUD PÚBLICA - P&S** para optar el grado académico de **DOCTOR** en **SALUD PÚBLICA** de la Escuela de Postgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de la Sede Central Juliaca.

#### CONSIDERANDO:

Que, mediante expediente No. 03070 el (a) Mgr. **ULDA PARI HUAYHUA**, solicita cambio del primer miembro del jurado del Comité de Investigación del Proyecto de Tesis titulado: **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** Aprobado con Resolución Directoral N.º 878-2023-USA-EPG/UANCV, de fecha 26 de setiembre del 2023, en el que se le asignó como primer miembro del jurado a la Dra. Amalia Perez Abarca, el mismo que se cambia por no tener vínculo laboral con la UANCV.

Que, el referido Dictamen de Tesis fue aprobado por los jurados el 22 de setiembre del 2023, registrado en el Folio N° 000754 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Maestría, establece que se encuentra apto para ser desarrollado a lo establecido en el reglamento de Grado de Investigación condu al Grado Académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

Que, en el Reglamento General de la escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad y de alto valor científico.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

#### SE RESUELVE:

**PRIMERO.- ACEPTAR EL CAMBIO DEL PRIMER MIEMBRO DEL JURADO DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN** para su revisión de la Tesis titulada: **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** presentado por el (a) Mgr. **ULDA PARI HUAYHUA**, del **DOCTORADO** en **SALUD PÚBLICA**, conformado por los siguientes docentes:

Présidente	: Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA
Primer Miembro	: Dr. LEOPOLDO WENCESLAO CONDORI CARI
Segundo Miembro	: Dra. GRACIELA BERNAL SALAS
Asesor	: Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

**SEGUNDO- AUTORIZAR** el desarrollo de Tesis, de acuerdo al Reglamento de Investigación conducente al Grado Académico de **DOCTOR** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

**TERCERO.- ELEVAR** al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento, así como a la Oficina de Economía, para cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese,



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
ESCUELA DE POSGRADO  
Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Cari  
DIRECTOR (e)

Cc./CARGO (01)  
ARCHIVO EPG - 2024 (01)  
INTERESADO (01)  
LWCC/eIVRCH



**UNIVERSIDAD ANDINA  
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
ESCUELA DE POSGRADO**



**RESOLUCION DIRECTORAL N° 878-2023-USA-EPG/UANCV**

Juliaca, 26 de setiembre del 2023.

**VISTOS:**

El expediente N° 2023-08550, de fecha 07 de setiembre del 2023, presentado por el (la) Mgtr. **ULDA PARI HUAYHUA** con DNI N° **02423186**, código de matrícula **1510100450**, quien solicita resolución de aprobación de proyecto de tesis titulado: **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** Línea de investigación **SALUD PÚBLICA – P65**, para optar el grado de **DOCTOR** en **SALUD PÚBLICA** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Sede Central Juliaca.

**CONSIDERANDO:**

Que, en el Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad de alto valor científico.

Que, según Resolución N° 0555-2019-UANCV-CU-R, de fecha 08 de noviembre del 2019, se aprueba el Reglamento para la obtención del grado académico de Magister, Maestro, Doctor y Titulación de los Programas de Segunda Especialidad Profesional de la Escuela de Posgrado.

Que, el **Art. 17**, establece que la aprobación del proyecto de investigación de tesis para la obtención de grados académicos de Magister, Maestro, Doctor se inicia con la presentación del proyecto de investigación de tesis según corresponda, en forma individual y conforme a las recomendaciones de la Escuela de Posgrado y estándares de la investigación científica, tecnológica y humanística.

Que, en el **Art.60**, señala que la fecha límite para la presentación del borrador de tesis es de 02 años contados desde la emisión de la resolución de aprobación del proyecto de tesis, vencido el plazo máximo el candidato a Magister, Maestro o Doctor deberá presentar un nuevo proyecto de investigación de tesis.

Que, el **Art. 21**, establece que el Director de la Escuela de Posgrado y el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, nominarán por sorteo a 03 docentes miembros del comité de investigación.

Que, mediante oficio circular N° 522 - 2023-USA-EPG/UANCV-J, de fecha 11 de Agosto del 2023, se nombra al Comité de Investigación del proyecto de tesis conformado por los siguientes docentes:

- Presidente** : **Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA**
- Primer Miembro** : **Dra. AMALIA PEREZ ABARCA**
- Segundo Miembro** : **Dra. GRACIELA BERNAL SALAS**
- Asesor** : **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

Que, con registro N° 000754, de fecha 20 de setiembre del 2023, el Comité de Investigación del proyecto de tesis titulado: **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** cumple con los lineamientos y contenidos establecidos en reglamento de grado de investigación conducentes al grado académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado y en el artículo 76 del Estatuto Universitario;

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO: APROBAR**, el Proyecto de investigación de Tesis de **DOCTORADO** y **AUTORIZAR** el desarrollo de la Tesis, titulado **RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023** para obtener el grado académico de **DOCTOR** en **SALUD PÚBLICA**, de la UANCV.

**SEGUNDO: ELEVAR** al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo, Vicerrectorado de Investigación, Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento y cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Leopoldo Wenceslao Candorri  
DIRECTOR (e)



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

Dr. Nestor Conzaco Puma Puma  
SECRETARIO ACADÉMICO

c.c/CARGO (01)  
ARCHIVO EPG-2023 (01)  
INTERESADO (01)  
LWCC/VCH



# RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>polodelconocimiento.com</b> Fuente de Internet	<b>6%</b>
<b>2</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez</b> Trabajo del estudiante	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>repositorio.uancv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.minsa.gob.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>www.diresacallao.gob.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>repositorio.unsaac.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>9</b>	<b>scielosp.org</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>10</b>	<b>Submitted to Corporación Universitaria Minuto de Dios, UNIMINUTO</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>11</b>	<b>es.slideshare.net</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>12</b>	<b>Submitted to Universidad Andina del Cusco</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>13</b>	<b>repositorio.unapiquitos.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>



## Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
<b>RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y Apellidos	ULDA PARI HUAYHUA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02423186
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0009-6342-1586">https://orcid.org/0009-0009-6342-1586</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29216323
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-6401-9470">https://orcid.org/0000-0001-6401-9470</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres Y Apellidos	LEOPOLDO WENCESLAO CONDORI CARI
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02389341
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-2372-6720">https://orcid.org/0000-0003-2372-6720</a>
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres Y Apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-2232-6653">https://orcid.org/0000-0003-2232-6653</a>



Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-7619-9592">https://orcid.org/0000-0002-7619-9592</a>
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - P65
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>Dirección:</b> CUSCO  <b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Cusco  <b>Provincia:</b> Cusco  <b>Distrito:</b> Cusco                      -13.53261, -71.96805  <a href="https://maps.app.goo.gl/e3ef8rNYGfaMefDr8">https://maps.app.goo.gl/e3ef8rNYGfaMefDr8</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 - 2024
URL de disciplinas OCDE <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a> - Librería	Ciencias de la salud <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</a> Ciencias del cuidado de la salud y servicios (administración de hospitales, financiamiento) <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01</a>



UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
 ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Raimiro Amílcar Bolaños Calderón  
 DIRECTOR  
 DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ULDA PARI HUAYHUA, identificado con DNI Nro. 02423186 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
Programa de Segunda Especialidad,
Programa de Maestría o Doctorado

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada: RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023

Asesorado por: Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 27 de DICIEMBRE del 20 24

Firma manuscrita de la asesora con el texto FIRMA (ASESOR)

Firma manuscrita del autor con el texto FIRMA (obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

En memoria de mi padre Celestino, por su paciencia, amor, dedicación y por haberme enseñado la importancia del esfuerzo y valentía ante los desafíos.

A mi madre Fortunata, mis hermanos Rolando, Reinaldo y Arnaldo por su constancia en sus consejos para el logro de mis sueños.

A Dios por haberme concedido una familia excepcional, la cual siempre ha creído en mí y me ha dado ejemplo de superación, humildad y sacrificio. Han sido ellos quienes me han enseñado a valorar todo lo que poseo.

El presente trabajo está dedicado a todos aquellos que han estimulado en mí la aspiración de superarme y alcanzar el éxito en la vida. Confío en poder siempre contar con su valioso y constante respaldo.



## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, con su paciencia y sabiduría que me ha guiado por el camino de éxito para alcanzar mis metas y propuestas.

A mi madre Fortunata y mi padre Celestino, por estar siempre junto a mí, gracias por su esfuerzo y dedicación.

A mis hermanos Rolando, Reinaldo y Arnaldo por el apoyo incondicional en las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

Mi profundo agradecimiento a mis docentes, ejemplos de compartir sus sabidurías y experiencias.



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	v
ÍNDICE DE TABLAS .....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT .....	xii
INTRODUCCIÓN .....	xiv

### CAPÍTULO I

#### FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. EXPOSICIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
1.2.1. Pregunta general.....	4
1.2.2. Preguntas específicas .....	4
1.3. JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
1.4. OBJETIVOS.....	6
1.4.1. Objetivo general.....	6
1.4.2. Objetivos específicos.....	6
1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN .....	6
1.6. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
1.7. HIPÓTESIS.....	7
1.7.1. Hipótesis general.....	7
1.7.2. Hipótesis específicas .....	8



1.8. VARIABLES É INDICADORES ..... 8

**CAPÍTULO II**

**MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO ..... 11  
2.1.1. A nivel internacional ..... 11  
2.1.2. A nivel nacional..... 15  
2.1.3. A nivel regional o local..... 18  
2.2. BASES TEÓRICAS ..... 20  
2.3 MARCO CONCEPTUAL..... 32

**CAPÍTULO III**

**METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN ..... 35  
3.2. MÉTODOS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN ..... 35  
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN ..... 35  
3.4. NIVEL DE INVESTIGACIÓN ..... 35  
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN ..... 35  
3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA..... 35  
3.6.1. Población ..... 35  
3.6.2. Muestra ..... 36  
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .... 36  
3.7.1. Técnicas de la investigación..... 36  
3.7.2. Instrumentos de la investigación ..... 36  
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN .... 36  
3.9. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS..... 36



3.10. PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS ..... 37

**CAPÍTULO IV**

**RESULTADOS**

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS .... 38

4.2. PROCESOS DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS ..... 58

4.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ..... 59

CONCLUSIONES..... 65

RECOMENDACIONES ..... 66

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 67

ANEXOS..... 78



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1</b>	NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN SEGÚN LA CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD .....	39
<b>TABLA 2</b>	PERCEPCIÓN DE LAS CAUSAS DEL RESULTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ALCANZADO.....	41
<b>TABLA 3</b>	PERCEPCIÓN DE LOS RESPONSABLES DEL RESULTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN SEGÚN NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ALCANZADO.....	43
<b>TABLA 4</b>	PROPUESTA DE OBJETIVOS DE UN PLAN DE MEJORA SEGÚN EL NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ALCANZADO .....	45
<b>TABLA 5</b>	PROPUESTA DE ESTRATEGIAS PARA UN PLAN DE MEJORA SEGÚN EL NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ALCANZADO .....	47
<b>TABLA 6</b>	PROPUESTA DE RECURSOS NECESARIOS PARA UN PLAN DE MEJORA SEGÚN EL NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ALCANZADO.....	49
<b>TABLA 7</b>	PROPUESTA DE RESPONSABLES DE UN PLAN DE MEJORA SEGÚN EL NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ALCANZADO .....	51
<b>TABLA 8</b>	PROPUESTA DE OBJETIVOS DE UN PLAN DE MEJORA SEGÚN LA CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	53
<b>TABLA 9</b>	PROPUESTA DE ESTRATEGIAS DE UN PLAN DE MEJORA SEGÚN LA CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	55
<b>TABLA 10</b>	PROPUESTA DE RESPONSABLES DE UN PLAN DE MEJORA SEGÚN LA CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	57



## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.....	40
FIGURA 2.....	42
FIGURA 3.....	44
FIGURA 4.....	46
FIGURA 5.....	48
FIGURA 6.....	50
FIGURA 7.....	52
FIGURA 8.....	54
FIGURA 9.....	56
FIGURA 10.....	58



## RESUMEN

Nuestro objetivo de estudio es lograr obtener estándares de acreditación de los establecimientos de Salud del Cusco 2023.

**Metodología:** estudio transversal, prospectivo y correlacional. Las unidades de estudio fueron los establecimientos y los equipos de gestión. Aplicando una encuesta a los equipos de gestión, encuesta validada por juicio de expertos. Se utilizó estadística descriptiva y de asociación bivariada.

**Resultados:** Los establecimientos de salud en su mayoría obtuvieron nivel bajo de estándares de acreditación en la autoevaluación  $< 50\%$ , siguen los que obtuvieron niveles de  $50 - 69\%$ ; solo  $2.80\%$  obtuvieron un nivel aprobatorio. Los hospitales, Centros y Puestos de Salud de la región, estadísticamente muestra un accionar significativo ( $p = 0.012$ ). Las percepciones de las causas del resultado de la Autoevaluación son: limitación de recursos, falta de tiempo por exceso de trabajo y la rotación del personal; perciben como responsables de estos resultados a los equipos de gestión y a los trabajadores en general. La mayoría propone como objetivos de un Plan de Mejora: aumentar equipamiento necesario, materiales y personal especializado en los establecimientos de salud, seguido de mejorar algunos macroprocesos específicos. Proponen como estrategias: apoyo de los responsables de Red y capacitación de los equipos de gestión, propuestas que alcanzan estándares obligatorios de acreditación ( $p = 0.40$ ). La mayoría identifica como recursos necesarios a: más personal profesional y tener una nueva infraestructura. Reconocen como responsables del Plan a los comités de gestión y al personal de salud en general, esta propuesta se relaciona estadísticamente con el nivel de estándares de acreditación alcanzado ( $p = 0.10$ ). Las propuestas de objetivos de un Plan de



Mejora se relacionan estadísticamente con la categoría del establecimiento ( $p = 0.011$ ).

**Conclusiones:** La mayoría de las organizaciones de salud obtuvo nivel bajo según los estándares de Autoevaluación de la acreditación. La relación del nivel de estándares alcanzado y la categoría del establecimiento es estadísticamente significativa ( $p = 0.012$ ); las propuestas de estrategias para un Plan de Mejora se relacionan estadísticamente con el nivel de estándares de acreditación logrado ( $p = 0.040$ ). La identificación de los responsables se relaciona con el nivel de estándares alcanzado ( $p = 0.010$ ) y las propuestas de objetivos del Plan se relacionan estadísticamente con la categoría del establecimiento ( $p = 0.011$ ).

**Palabras claves:** Acreditación, autoevaluación, nivel de estándares.



## ABSTRACT

**Objectives:** Relate the level of accreditation standards in self-assessment with the perceptions and proposals to improve the quality of health establishments in Cusco 2023.

**Methodology:** cross-sectional, prospective and correlational study. The study units were the establishments and management teams. A survey was applied to the entire population; the instrument was validated by expert judgment. Descriptive and bivariate association statistics were performed.

**Results:** the majority of health establishments obtained the failing level of the accreditation standards in the self-assessment < 50%, followed by those who obtained the level of 50 - 69%; only 2.80% of establishments obtained a passing level. The relationship between the level of accreditation standards and the category of the health establishment is statistically significant ( $p = 0.012$ ). The perceptions of the causes of the Self-Assessment result are: resource limitation, lack of time due to overwork and staff turnover; They perceive management teams and workers in general as responsible for these results. The majority proposes as objectives of an Improvement Plan: increasing the equipment, materials and personnel of health facilities, followed by improving some specific macro processes. They propose as strategies: support from Network managers and training of management teams, proposals that are statistically related to the level of accreditation standards achieved ( $p = 0.040$ ). The majority identify as necessary resources: more professional staff and having a new infrastructure. They recognize the management committees and health personnel in general as responsible for the Plan; this proposal is statistically related to the level of accreditation standards achieved ( $p = 0.010$ ).



The proposed objectives of an Improvement Plan are statistically related to the category of the establishment ( $p = 0.011$ ).

**Conclusions:** The vast majority of health establishments obtained a failing level in the Self-Assessment standards of accreditation. The relationship between the level of standards achieved and the category of the establishment is statistically significant ( $p = 0.012$ ); The proposed strategies for an Improvement Plan are statistically related to the level of accreditation standards achieved ( $p = 0.040$ ). The identification of those responsible is related to the level of standards achieved ( $p = 0.010$ ) and the proposed objectives of the Plan are statistically related to the category of the establishment ( $p = 0.011$ ).

**Keywords:** Accreditation, Self-assessment, Level of standards.



## INTRODUCCIÓN

La tesis titulada "Relación de los estándares de acreditación en la autoevaluación, percepciones y propuestas de mejora de la calidad de los equipos de gestión de los establecimientos de salud, Cusco 2023". El tratamiento oportuno de estudio aborda un tema relevante de prever servicios de calidad según requerimientos que se presentan para la acreditación de las entidades de salud, cumpliendo las normas legales constituidas con responsabilidades desde el nivel nacional, regional y local.

Se ha elegido como variable de salud las percepciones de los obstáculos o situaciones que explicarían el nivel de los estándares alcanzados en la autoevaluación de calidad de una buena gestión en las diferentes dependencias de Salud de la Región Cusco.

En esta investigación se plantean las variables pertinentes, se establecen los objetivos y la hipótesis, se describe la metodología utilizada, todo respaldado por un marco teórico basado en fuentes científicas y la normativa legal correspondiente. El instrumento seleccionado para identificar las percepciones y propuestas ha sido desarrollado mediante la operacionalización de variables aprobado mediante la evaluación de expertos, con la implementación de una prueba aplicación del instrumento.

El marco teórico abarca investigaciones previas a nivel internacional, nacional y local, así como un análisis teórico que refuerza la importancia de la especialidad. Se complementa con definiciones del marco conceptual. En el año 2022, se ha recopilado información de autoevaluación de todos los establecimientos del sector público en la región del Cusco.



## CAPÍTULO I

### FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

#### 1.1. EXPOSICIÓN PROBLEMÁTICA

La atención médica en nuestro país es crucial por falta de acceso a las diferentes áreas que tiene los establecimientos de salud. Esta problemática concibe otros riesgos de salud comunes en la nación. Estos casos conllevan implementar una gestión cuidadosa con oferta de servicios de calidad en atención médica para mejorar de forma integral los procesos y estructuras organizativas a través del proceso de aprendizaje continuo y mejora constante según las expectativas son el foco central de la misión de la organización. Es imperativo que las organizaciones de salud busquen constantemente la excelencia en sus servicios. Es necesario fortalecer el liderazgo de los directivos para alcanzar el estándar de calidad, alentar el trabajo colectivo, establecer una gestión fundamentada en procesos y aprovechar datos relevantes como base para la toma de decisiones. (1).

Al considerar una "prestación de servicios de calidad", muestra relación de lograr resultado en el cumplimiento de servicios, aunque no siempre se cumple la premisa opuesta. La satisfacción que percibe el usuario no constituye, por sí sola, un indicador confiable de calidad del servicio prestado. Pues, el usuario transmite el impacto que presta el servicio al público. La



calidad del servicio en un hospital, a menudo, llega a superar en importancia a la preocupación por el adecuado mantenimiento del equipo quirúrgico y la competencia del personal profesional. Esto puede resultar en un aumento de la carga laboral para el personal, lo que podría afectar negativamente su satisfacción laboral. La "calidad en el servicio" se manifiesta únicamente en un entorno humano, donde es fundamental el intercambio satisfactorio entre usuarios y proveedores. Un proveedor comprometido con su trabajo vela cuidadosamente, a través de su experiencia, para garantizar que todos los elementos que contribuyen a la calidad se integren de manera adecuada. (2).

La utilidad del indicador "satisfacción del usuario" para finalidades de auditoría o comparación entre establecimientos, como un indicador "duro", puede ser muy problemático. La queja de que el "establecimiento se encuentra demasiado lejos" o que "se cobra demasiado" o que "nos hablan irrespetuosamente" o que "las colas de espera son demasiado largas" requerirá de una lectura totalmente diferente si se trata de un establecimiento al que acude población originaria autóctona excluida, si se trata de un establecimiento donde acude clase media urbana educada o donde acude población rural empoderada con ánimo de exigir. La lectura del indicador debe ser diferente en cada contexto. Estos contextos tan diferentes en los cuales se mide, impiden que el indicador sirva para fines de comparación objetiva entre establecimientos. Su utilidad radica más bien en ser un instrumento que permite captar percepciones de los grupos humanos que utilizan los establecimientos y a partir de allí construir respuestas inteligentes por parte de los equipos prestatarios, para hacer más funcionales los servicios brindados (2).



En el Perú, se ha implementado a desarrollar la acreditación de organismos de salud en el año 1993 con la asistencia especializada de la alta y prestigiosa Comisión de Acreditación de Entidades Hospitalarias. La Comisión ha recibido aprobación mediante Resolución Ministerial. La ejecución de la actividad fue positiva se distinguió por tener un alcance hospitalario a nivel nacional. Se basó en sistemas de evaluación de conformidades que involucraban la participación de un certificador externo operando bajo principios de mercado. Además, se caracterizó por la aplicación de estándares centrados en la estructura. El nivel de operatividad del proceso era deficiente y pocos hospitales acreditaron (3).

Hasta aquí bien el inicio del proceso. Pero, encontramos debilidad que soslaya diversas causas, entre ellas figuran ausencia de estímulo económico, limitada disponibilidad de recursos para promover el proceso.

Esta situación no aseguraba ventajas competitivas en comparación con aquellos que no se sometían a la acreditación. La norma fue actualizada con la realización de entrevistas a actores claves con la participación de reuniones técnicas con expertos en la especialidad. La normativa vigente es aplicable a los centros de salud de todos los niveles a nivel nacional, mediante un proceso único y progresivo. La regulación contempla la realización de una autoevaluación obligatoria y una evaluación externa voluntaria, la cual es indispensable para obtener la acreditación. Ambas etapas se enfocan en un enfoque basado en procesos. El propósito de la norma técnica era asegurar los proveedores para ofrecer y ejecutar servicios de alta calidad. Se busca promover un enfoque estandarizado la prestación de servicios de mejorar y fomentar una cultura de calidad de la salud. (3).



Precisamente, la Región Cusco realizó el proceso de autoevaluación el 2022, siguiendo la norma vigente, pero los resultados han sido deficientes en todos los establecimientos y se encuentra en una etapa de impulsar programas de mejora, desde el compromiso del personal.

Con la modalidad de acreditación el propósito de los servicios de salud es ofrecer una alta calidad de prestación en las diferentes áreas de las organizaciones de salud en bien de la población beneficiaria que acuden a diario para recibir atención de salud.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Pregunta general**

**PG.** ¿Cuál será la relación de los estándares de acreditación en la autoevaluación con las percepciones y propuestas de mejora de los equipos de gestión en las entidades de salud del Cusco 2023?

### **1.2.2. Preguntas específicas**

**PE1.** ¿Cuáles serán los estándares de acreditación en la autoevaluación según la categoría de los establecimientos de salud?

**PE2.** ¿Cuál será la relación de los estándares de los macroprocesos de la autoevaluación con las percepciones de las causas y responsables de los equipos de gestión de los establecimientos de salud?

**PE3.** ¿Cuál será la relación de los estándares de los macroprocesos de la autoevaluación con las propuestas de mejora de la competencia de los equipos de gestión en los establecimientos de salud?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

En el Perú, la pandemia puso en evidencia la gran debilidad del sistema de salud por tantos años de postergación y sobrevaloración de estrategias



liberales de mercado; pero, sin duda, se comprende que la atención prioritaria de la población es un buen servicio al usuario. Hemos recuperado el principio de la salud como un derecho que debe ser garantizada por un Estado más fuerte y comprometido.

La calidad puede ser evaluada desde la percepción del usuario; pero ello se asocia con sus expectativas, precisamente la brecha entre la percepción y la expectativa permite encontrar las valoraciones que hacen los usuarios de las probables dimensiones de la calidad y su evaluación regular puede ser un importante indicador de los resultados de nuestra intervención sobre la calidad.

Otra evaluación es la estructural, la cual analiza los diversos procesos internos que se expresan según los intereses por establecer evaluaciones con base a estándares, el cual tiene una etapa de autoevaluación que permite observar directamente y tomar precauciones correspondientes en los diversos macroprocesos institucionales.

Este proceso de autoevaluación se ha desarrollado como un estamento de prueba institucional el año pasado 2022 en 322 establecimientos de salud de la Región Cusco, pero ha sido muy deficiente el nivel de los estándares alcanzados, lo que hace urgente e importante generar un proceso de mejora de la calidad, pero que se inicie desde las mismas perspectivas, propuestas y compromisos de quienes trabajan en estos establecimientos.

La investigación abarcó todos los centros asistenciales de la Región de Salud del Cusco que suman 322, compuesto de la siguiente manera: Hospitales III-1 (2), Hospitales II-1 (4), Puestos de Salud I-1 (133), Puestos de Salud I-2 (104), Centro de Salud I-3 (44) y Centro de Salud I-4 (35).



## 1.4. OBJETIVOS

### 1.4.1. Objetivo general

**OG.** Determinar estrategias prioritarias de estándares de acreditación mediante la autoevaluación con percepciones y propuestas de prever calidad de servicios que prestan los organismos gubernamentales de salud Cusco 2023.

### 1.4.2. Objetivos específicos

**OE1.** Describir cuidadosamente los móviles de estándares que requiere acreditación de las entidades públicas de salud.

**OE2.** Establecer relación de niveles los estándares de los macroprocesos en la autoevaluación con las percepciones de las causas y responsables de los equipos de gestión.

**OE3.** Reconocer la relación de los niveles de estándares en la autoevaluación con las propuestas de mejora de los equipos responsables de la gestión en las entidades de salud.

## 1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE

Es frecuente escuchar y observar la insatisfacción que tienen los usuarios cuando son afectadas de algún mal del organismo. Los presupuestos e inversiones en infraestructura, equipamiento y profesionales no han mejorado realmente; pero el problema no se explica solamente por el financiamiento la planificación de los servicios y la actuación del personal de salud ser expresan y amerita la importancia de ser declarado como una entidad pública con garantía para el servicio de los usuarios. (4).



Sin embargo, la certificación de los indicadores debe garantizar necesariamente, una mejora altamente positiva que requiere de la certificación que concede el Ministerio de Salud para una buena y excelente prestación de servicios. Un estudio realizado en México, analizaron los indicadores de idoneidad para la certificación de acreditación correspondiente. (5).

Debemos declarar con altruismo, el estudio realizado con todos los procesos que garantice la acreditación es aún incipiente y con escaso compromiso del personal, que esta investigación puede mostrar.

## **1.6. LIMITACIONES**

Al recoger los datos se encontró que algunas respuestas eran diferentes a las sugeridas en el instrumento, por lo que se tuvo que poner en contacto con los responsables de los comités de gestión para solicitar la especificación de algunas respuestas. Todo el trabajo de recolección de datos implicó un gran esfuerzo operativo que se hizo desde la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria de la Región de Salud del Cusco, donde la autora de la presente tesis conforma el equipo directivo.

## **1.7. HIPÓTESIS**

### **1.7.1. Hipótesis general**

**HG.** Dado que los procesos de acreditación se dan en diversos contextos políticos e institucionales, que involucran a los directivos y al personal de salud, es probable que los estándares de la autoevaluación para la acreditación se relacionen de manera significativa con las percepciones y propuestas de mejora de los equipos de gestión de los establecimientos de salud.



## 1.7.2. Hipótesis específicas

**HE1.** Los estándares de acreditación en la autoevaluación según la categoría de los establecimientos de salud son similares.

**HE2.** La relación de los estándares de los macroprocesos de la autoevaluación con las percepciones de las causas de los equipos de gestión es significativa.

**HE3.** La relación de los estándares de los macroprocesos de la autoevaluación con las propuestas de mejora de los equipos de gestión es significativa.

## 1.8. VARIABLES É INDICADORES

### Variable 1: percepciones y propuestas

Percepción de las razones del puntaje en la autoevaluación:

- Falta de tiempo por exceso de trabajo
- Desinformación
- Deficiente asesoría
- Limitación de recursos
- Rotación del personal
- Ubicación distante de los EE.SS.

Percepción de los responsables del puntaje en la autoevaluación:

- Equipo de gestión del establecimiento.
- Jefe del establecimiento.
- Trabajadores del establecimiento.
- Director de la Red.
- Equipo de gestión de la Red.

Propuesta de objetivos de un plan de mejora:



- Mejorar algunos macroprocesos específicos
- Aumentar el equipamiento, materiales y personal
- Dar mejor atención a los usuarios

Propuesta de estrategias de un plan de mejora:

- Capacitación del equipo de gestión.
- Renovar el equipo de gestión.
- Colaboración de los encargados de la Red
- Capacitación para adecuado registro de información

Propuesta de recursos de un plan de mejora:

- Más personal profesional
- Financiamiento para equipos, materiales e insumos de laboratorio
- Nueva infraestructura

Propuesta de responsables de un plan de mejora:

- Comité de Gestión de los establecimientos.
- Jefe del establecimiento
- Personal de salud
- Un nuevo Comité de Gestión

## **Variable 2: estándares de acreditación en la autoevaluación**

Nivel de estándares de la autoevaluación de los macroprocesos:

- No aprobado. Reiniciar desde Autoevaluación (<50%)
- No aprobado. Subsana en 9 meses (50%-69%)
- No aprobado. Subsana en 6 meses (70%-84%)
- Aprobado (85% o más)



## 1.8.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALOR
<b>Variable 1. Percepciones y propuestas</b>	1.1. Percepción de las razones del puntaje en la autoevaluación	1.1.1 Directo, respuesta cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de tiempo o por exceso de trabajo</li> <li>- Desinformación</li> <li>- Deficiente asesoría</li> <li>- Limitación de recursos</li> <li>- Rotación del personal</li> <li>- Ubicación distante de los EE.SS.</li> </ul>
	1.2. Percepción de los responsables del puntaje en la autoevaluación	1.2.1. Directo, respuesta cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo de gestión del establecimiento</li> <li>- Jefe del establecimiento</li> <li>- Trabajadores del establecimiento</li> <li>- Director de la Red</li> <li>- Equipo de gestión de la Red</li> </ul>
	1.3. Propuesta de los objetivos de un plan de mejora	1.3.1 Directo, respuesta cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar algunos macroprocesos específicos</li> <li>- Aumentar el equipamiento, materiales y personal</li> <li>- Dar mejor atención a los usuarios.</li> </ul>
	1.4. Propuesta de estrategias de un plan de mejora	1.4.1. Directo, respuesta cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitación del equipo de gestión</li> <li>- Renovar el equipo de gestión</li> <li>- Asistencia de los encargados de la Red</li> <li>- Capacitación para adecuado registro de información</li> </ul>
	1.5. Propuesta de los recursos de un plan de mejora	1.5.1. Directo, respuesta cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Más personal profesional</li> <li>- Financiamiento para invertir en equipos, materiales e insumos de laboratorio</li> <li>- Nueva infraestructura</li> </ul>
	1.6 Propuesta de los responsables de un plan de mejora	1.6.1. Directo, respuesta cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité de Gestión de los establecimientos</li> <li>- Jefe del establecimiento</li> <li>- Personal de salud</li> <li>- Un nuevo Comité de Gestión</li> </ul>
<b>Variable 2. Estándares de acreditación en la autoevaluación</b>	2.1 Nivel de estándares de la Autoevaluación de los Macroprocesos (22)	2.1.1 Puntaje de los estándares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (&lt;50%)</li> <li>- NO aprobado. Subsanan en 9 meses (50%-69%)</li> <li>- NO aprobado. Subsanan en 6 meses (70%-84%)</li> <li>- Aprobado (85% o más)</li> </ul>
	2.2 Tipos	2.2.1 Clasificador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PS I-1, PS I-2</li> <li>- CS I-3, CS I-4</li> <li>- Hospital III-1</li> <li>- Hospital II-1</li> </ul>



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

##### 2.1.1. A nivel internacional

**Poblano Verástegui (2023)** Artículo: Acreditación de unidades médicas en Canadá, Chile, Andalucía, Dinamarca y México. **Objetivo:** contrastar las características del proceso de acreditación en los centros de salud en Canadá, Chile, Andalucía, Dinamarca y México. **Estrategia:** identificar elementos compartidos para ser aplicados en otros contextos nacionales. **Metodología:** analítico y retrospectivo. Hemos utilizado información de la acreditación entre 2019 y 2021 en diversas naciones y áreas geográficas. Se han identificado categorías de análisis que permiten evaluar la implementación de la acreditación. **Resultados:** los tipos de acreditación según los países varían bastante las características, aunque presentan similitudes entre sí. En Canadá, la implementación es receptiva. En otros países, como en México abarca 1%, 34,7% en Dinamarca, en Chile asumen el sistema mixto público-privado. **Conclusiones:** los programas de acreditación presentan particularidades según cada país. Es imprescindible tener en cuenta los factores que dificultan la implementación en cada nación. (6).



**Brito-Álvarez G., Roque-González R., Guerra-Bretaña, R.M. (2021)**

**Investigación:** Gestión de calidad y acreditación hospitalaria de Cirugía en la ciudad de Habana, Cuba. **Propósito:** prever atención específica del Sistema de Gestión de Calidad, Centro Nacional de Cirugía de Habana, Cuba. **Metodología:** estudio cualitativo, tipo no experimental. Utilizaron métodos empíricos y teóricos en el sistema de acreditación hospitalaria. Se ha elaborado matriz de integración de las actividades y los procesos para la complementación de la información documentada que han sido empleados para la certificación según las normas de cumplimiento de la calidad con la documentación correspondiente. **Conclusión:** la integración resulta fundamental para optimizar la gestión de la calidad de prestación de servicios hospitalarios. (7).

**Saturno-Hernández, P. (2023). Artículo:** Acreditación de servicios de atención a neonatos en hospitales mexicanos (artículo original) (8). **Objetivo:** Examinar el estándar de tratamiento que se da a los bebés con asfixia perinatal, prematuros e hipoxia intrauterina en hospitales mexicanos reconocidos. **Metodología:** Se realizó un análisis en 28 centros del Ministerio de Salud repartidos en 11 estados mexicanos. En la verificación se incluyeron aspectos como el suministro, el equipamiento, la infraestructura y los procedimientos de control de calidad. Las personas con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y las personas con antecedentes de presión arterial normal (PAN) no difirieron significativamente en su adherencia a los marcadores clínicos. **Resultados:** se observaron disparidades significativas a favor de la Atención Hospitalaria en lo que respecta al equipamiento y suministros; mientras no se han observado diferencias significativas de servicio



para neonatos con diagnósticos en relación con la acreditación de la atención de estos pacientes. (8).

**Galván-García A.F.; Vértiz-Ramírez, J.J.; Sánchez-Domínguez, M.S., et al (2019). Artículo:** Modelos de certificación de establecimientos de atención médica en México para su continuidad (artículo original) (9). **Objetivo:** examinar impacto de certificaciones de los establecimientos de atención médica para la continuidad 1999 - 2017. **Procedimiento:** Se recopilaron documentos oficiales como formato digital de la certificación de la Acreditación de la Medicina (EAM) a través de procedimientos de transparencia de la Escuela de Administración y Mercadotecnia (EAM). En el año 2017, la tasa de empresas con certificación de calidad en gestión ambiental era inferior al 1%. **Conclusiones:** Se ha observado el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica y su impacto de calidad de atención clínica. (9).

**Salazar-Morales, R.T., Perdomo - Victoria. R.T; Vargas-Reyes, C.H. (2020). Artículo:** Autoevaluación del programa de Doctorado en Salud Pública. Universidad San Carlos de Guatemala. **Objetivo:** analizar procedimientos de autoevaluación en el Programa de Doctorado en Salud Pública, Universidad San Carlos de Guatemala 2015. **Metodología:** estudio descriptivo, una guía de autoevaluación que cubre los pasos de sensibilización, preparación, ejecución y evaluación síntesis se ha puesto en marcha para los programas de posgrado. Los hallazgos del estudio se han identificado 165 indicadores, que representa 65% de categorías por debajo del umbral de nivel de madurez inicial. Las categorías más resaltantes fueron: formación profesional, gestión académica y administrativa con un índice superior al 75 %.



**Tania Isabel, Fernández Leblanch; Susana, Solís Solís; Josefa, Bell Castillo (2021).** **Título:** Acreditación hospitalaria: una transformación necesaria (10) **Objetivo:** proporcionar criterios y proceso de acreditación hospitalaria para optimizar la calidad de los procedimientos en las unidades de atención médica. **Metodología:** estudio bibliográfico con diversos datos a nivel nacional e internacional, tales como Hinari, Lilacs, Cumed, Medline y ClinicalKey. Estas bases proporcionarán acceso a una variedad de artículos, revistas y libros. Los hallazgos revelaron que el proceso de acreditación implica transformación cultural de la institución para promover calidad en la organización. **Resultados:** promover calidad de atención médica de acuerdo a las demandas de la sociedad y el impacto lo que integra al individuo, la familia y la comunidad. (11).

**Judith Margot, García Ortiz (2024).** **Título:** Fortalecimiento de calidad del servicio de salud implementando el modelo de gestión institucional acreditada. Managua Nicaragua. **Objetivo:** Examinar la calidad del servicio de salud en Managua, Nicaragua, utilizando el enfoque de gestión institucional certificada. **Metodología:** enfoque cuantitativo documental-bibliográfica. **Resultados:** se distingue el uso de recursos para garantizar con precisión y la efectividad en la atención en salud. **Conclusiones:** una buena implementación de entidades favorece mejorar atención a pacientes, permitiendo utilizar los servicios en forma racional. (12).

**Ofelia, Poblano Verástegui; Alma Lucila, Saucedo Valenzuela; Ángel, Galván García (2023).** **Título:** Análisis comparativo de acreditación de unidades médicas en Canadá, Chile, Comunidad Autónoma de Andalucía, Dinamarca y México (11) **Objetivo:** comparar las características del proceso de



acreditación de establecimientos de salud en Canadá, Chile, Comunidad Autónoma de Andalucía, Dinamarca y México. **Estrategia:** busca identificar los elementos compartidos y discrepancias aplicadas en otros países y regiones. **Metodología:** Estudio de enfoque observacional, analítico y retrospectivo. Busca estrategias para la acreditación y certificación correspondiente. Se crearon categorías de proceso de acreditación según el grado de complejidad de aspectos favorables y desfavorables. Así, en México avanzó solamente 1%, 34,7% en Dinamarca. En Chile la situación es diferente, se ha implementado sistema mixto público-privado. **Resultados:** existen problemáticas que dificultan la puesta en marcha en acreditación, por lo tanto realizar ajustes para los sistemas de salud en cada nación o área geográfica. (13).

## 2.1.2. A nivel nacional

**Schermuly-Carranza (2019). Tesis:** Proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, 2013-2017 (14). **Objetivo:** analizar el proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, 2013 y 2017. **Metodología:** investigación cuantitativa, un diseño descriptivo, comparativo, retrospectivo y no experimental, y la muestra consistió en los resultados de la autoevaluación y los informes de los cinco años anteriores (2013-2017). **Resultados:** el Macroproceso Gerencial obtuvo un promedio de puntaje de 57.45%, seguido del Macroproceso Prestacional con 56.65% y, Macroproceso de Apoyo con un promedio 42.22%. Ninguno de los períodos superó el límite permitido del 85%. **Conclusión:** los resultados indican una calificación por debajo del aprobado, puntajes inferiores al 50% en los años 2013 y 2015, y rango 50-69% en los años 2014, 2016 y 2017. En ninguna de las evaluaciones el puntaje final superó el 60%. Es urgente la



acreditación del Hospital Regional de Loreto para mejorar una buena atención al público usuario. (12).

**Cerda-González, R. (2018). Tesis:** Autoevaluación de acreditación de calidad laboral del personal del Hospital II EsSalud Cajamarca – 2018. **Objetivo:** evidenciar la capacitación de autoevaluación para lograr el proceso de acreditación de calidad y especialización del personal 2018. **Metodología:** tipo cuantitativo, diseño cuasiexperimental. La población del estudio se ha dividido en dos grupos: grupo experimental de 30 participantes y grupo de control de 43 participantes. Se implementaron programas de formación y capacitación a los evaluadores internos. Se ha utilizado encuestas para evaluar la satisfacción laboral. **Resultados:** la media aritmética muestra satisfacción laboral en el grupo control (116,42) y experimental (118,20), valor p de 0,674, es mayor a 0,05. Grupo control (114,21) y grupo experimental (125,57) han sido diferentes, el valor p de 0,001, es menor a 0,05. Por tanto, la información de mejora en satisfacción laboral fue del grupo experimental. (13).

**Becerra-Canales, B. (2023). Investigación:** Evaluación de atención primaria durante la pandemia por COVID-19, en una región del Perú (16). **Objetivo:** analizar atención Primaria y factores que relacionan durante la pandemia COVID-19, en una región del Perú. **Metodología:** Estudio de diseño transversal, con una población de 1064 usuarios elegidos de forma aleatoria. Se utilizó una encuesta para recopilar información de las características sociodemográficas. Se evaluó los elementos primarios mediante el uso de la versión adaptada del cuestionario PCAT -A10. **Resultados:** 76,6% de los participantes identifican que los atributos básicos esenciales no se cumplen adecuadamente. Estos atributos se relacionan con mayor percepción de



deficiencia en el cumplimiento de los atributos de atención primaria.

**Conclusiones:** los atributos esenciales no se cumplen adecuadamente en los centros de Atención Primaria. Además, se identifican factores que están relacionados con mayor probabilidad de percibir estos atributos. (14).

**Oliva-Yarlaqué, Y.; Chávarry-Ysla, O. (2020). Artículo:** Cumplimiento de estándares de acreditación en servicios de emergencia en la ciudad de Trujillo.

**Objetivo.** Evaluar los estándares de acreditación y calidad de atención en servicios de emergencia en Trujillo. **Metodología:** revisión bibliográfica. Esta técnica ha sido fuente de acumulación de información de artículos científicos publicados entre 2017 y 2020 a nivel regional, nacional e internacional.

**Resultados:** se ha desarrollado estándares de acreditación con 14 macroprocesos. Estos estándares han sido diseñados con el propósito de ser cumplidos. **Conclusiones:** el logro de estándares requiere participación activa de los directivos, jefes de oficinas y el personal de salud. (15).

**Trillo-Limaylla (2021). Tesis:** Acreditación de entidad de salud y la gestión hospitalaria en Lima Metropolitana, 2021. **Objetivo:** identificar certificación de centros de atención médica y la administración hospitalaria en la zona de Lima Metropolitana. **Metodología:** cuantitativo, correlacional y descriptivo. La muestra compuesta de 185 servidores del Ministerio de Salud.

**Resultados:** 54,1% de los participantes de los centros de salud en Lima Metropolitana mostraron regular. 48,1% inseguridad ante desastres en establecimientos, mientras 46,5% como regular. 69,2% utilizaron un método tradicional, no es eficiente, mientras que 27,6% considera regular. 45,9% control implementado no es adecuada, mientras 47,1% califica regular. Según la encuesta realizada, 68,1% indicaron que la gestión logística no es



satisfactoria, mientras 30,8% demostró regular. 70,3% indicaron no adecuada, mientras 28,1% consideran regular. 79,5% de los encuestados, considera adecuado, mientras 19,4% opinan favorable. 75,1% encuestados consideran que el cumplimiento de estándares no es eficiente.

### 2.1.3. A nivel regional o local

**Portugal-Revilla, R. (2018). Tesis:** Satisfacción de atención en el Hospital I acreditada Quillabamba- EsSalud 2018. **Objetivo:** investigar el nivel de acreditación hospital I Quillabamba, EsSalud. 2018. **Metodología:** no experimental, descriptivo y correlacional. Se realizó encuesta a 60 usuarios y 40 trabajadores del hospital Quillabamba. **Resultados:** 56,7% trabajadores consideran nivel positivo, mientras 43,3% perciben regular. Según la opinión de los usuarios, 56.7% considera buena, 41.7% regular y solo 1.7% percibe óptima. Según los resultados obtenidos, 1.7% encuestados manifiestan insatisfacción con la atención recibida, mientras 43.3% moderadamente satisfechos y 36.7% satisfechos. Únicamente 18.3% expresaron estar muy satisfechos. **Conclusión:** la satisfacción del usuario por la calidad de atención es fiable según la correlación 0.255 y nivel de significancia de 0.000. (16).

**Guzmán-Valle. M.J. y Ríos-Gonzáles, A.R. (2020). Tesis:** Evaluación de registro de historias clínicas en consulta externa, Centros de Salud de primer nivel, Cusco, octubre - diciembre 2019. **Objetivo:** evaluar registro de historias clínicas en Centro de salud Cusco **Metodología:** descriptivo, retrospectivo y transversal. Muestra 376 historias clínicas de pacientes atendidos en Centro de salud, Cusco. **Resultados:** 50.3% obtuvieron puntuación deficiente, 46.0% susceptible a la mejora, y 3.7% satisfactorio. En CLAS San Jerónimo 62,8%, CLAS Ttio y Santa Rosa 48,9% y CLAS Wanchaq



con 40,4%. **Conclusiones:** es considerada deficiente. El CLAS San Jerónimo mostró mayor deficiencia en comparación CLAS Wanchaq con menor deficiencia. (17).

**Medina-Gonzáles, M.E. (2022).** **Tesis:** Calidad de atención y satisfacción del usuario Centro Médico EsSalud Calca, Cusco, 2021. **Propósito.** Analizar calidad de servicios y satisfacción del usuario Centro Médico EsSalud Calca, Cusco. **Metodología:** investigación básica, descriptivo, no experimental. Muestra 267 usuarios. Para recoger datos se empleó la encuesta y dos instrumentos de alfa de Cronbach de 0,837. **Resultados:** relación positiva alta, coeficiente de Rho = 0,721, nivel de confianza 99%. Las dimensiones de satisfacción de confiabilidad, capacidad de seguridad y empatía 0,451; 0,532; 0,539; 0,552 y 0,532 respectivamente. **Conclusión:** El Centro Médico EsSalud Calca muestra relación directa entre la calidad de atención y satisfacción de los usuarios.

**Chávez-Lima, Y. E.; Linares-Huamán, R.Y y Surco- Ayma, Y. (2022)** **Tesis:** Muestra de calidad de atención y satisfacción de pacientes en el área terapia física y rehabilitación, Cusco (agosto - diciembre 2021). **Objetivo:** Examine la muestra de satisfacción del paciente y calidad de la atención del Hospital Regional de Cusco. **Metodología:** descriptivo, correlacional, cuantitativo y no experimental. Muestra: 94 pacientes, población: 123 pacientes locales. **Conclusiones:** La satisfacción del paciente y los indicadores de calidad del tratamiento están directamente relacionados en el campo de la fisioterapia y la rehabilitación en hospitales de nivel III. Cusco.

**Teves-Urrutia, M.A. (2019).** **Tesis:** Auditoría de calidad de servicio del personal administrativo y asistencial, Microred Pavayoc, La Convención –



Cusco. **Objetivo:** analizar impacto de auditoría de calidad de servicio del personal administrativo y asistencial Microred Pavayoc, Cusco. **Metodología:** aplicativo, correlacional, no experimental, transversal. Población 118 empleados administrativos, Microred La Convención. Muestra 140 participantes. **Conclusión:** el coeficiente de Tau Kendall Tau-B=0,749, destaca que la auditoría social facilita al usuario en el marco de la gestión de calidad.

## 2.2. BASES TEÓRICAS

### 2.2.1. Calidad en Salud

La calidad en el campo de la salud, el nivel de prestación se refiere a los servicios brindados con el objetivo de mejorar las posibilidades de obtener resultados favorables en salud para los individuos, para así alcanzar la cobertura sanitaria a favor del usuario. La atención debe cumplir con ciertos estándares. (18)

Es fundamental evidenciar de manera efectiva a las personas que los requieren. El enfoque principal es brindar atención que se ajuste preferencias para garantizar la seguridad con el fin de prevenir posibles perjuicios a los individuos bajo cuidado. Para obtener beneficios de atención médica se requiere cumplir ciertos estándares. La reducción de los tiempos de espera y la prevención de retrasos perjudiciales son aspectos oportunos en este contexto (24).

La atención equitativa de calidad de servicio no varía por el género, etnia, ubicación geográfica y situación socioeconómica (24). Los avances científicos y tecnológicos en medicina aumentan la calidad del tratamiento al reducir los riesgos y optimizar los beneficios para la salud. Por lo tanto, la



capacidad de lograr un equilibrio entre los riesgos y las recompensas previstas determina la calidad del tratamiento.

En países de ingresos bajos, 60% de muertes son causadas por mala atención médica adecuada de calidad en la atención, mientras que el resto de los fallecimientos se atribuyen a la falta de acceso al sistema de salud. En dichas naciones, la falta de atención de alta calidad resulta una disminución de productividad.

En países altamente desarrollados con buenos ingresos, 10% de los pacientes experimentan daños durante su atención hospitalaria, se prevé 7% de los pacientes hospitalizados adquieran atención médica. Los estudios muestran que la mitad de todas las muertes maternas cada año son atribuibles a enfermedades cardiovasculares, 900 000 a la tuberculosis, 1 millón a la mortalidad neonatal y 2,5 millones a enfermedades cardiovasculares.

A nivel global, las infraestructuras fundamentales para alcanzar una atención de calidad son deficientes. Según datos recientes, aproximadamente 12.5% de los centros sanitarios carece de suministro de agua, 20% no dispone de servicio de saneamiento y 16.7% no cuenta con instalaciones para el lavado de manos.

Se estima que el 24 % de las personas del planeta viven en zonas vulnerables donde tienen dificultades para acceder a una atención sanitaria básica de alta calidad. Las tasas de mortalidad materna, infantil y neonatal evitables son elevadas en estos entornos. (26).



## Dimensiones e instrumento de medición

1) Las investigaciones acerca de servicios que realiza el cliente sobre los atributos de tangibilidad, confiabilidad, seguridad y empatía del servicio recibido.

La escala SERVQUAL es un instrumento válido y confiable para la prueba de Alfa de Cronbach mayor a 0,70. Esta herramienta permite evaluar las expectativas de los usuarios de recibir la atención médica. Tiene una estructura de 44 ítems, los cuales se organizan en cinco dimensiones (27): El equipamiento del personal son elementos tangibles y de mucha confiabilidad para llevar los servicios de manera confiable y precisa, según se menciona en el estudio (27). La disposición son para proporcionar servicio eficiente través de capacidad de respuesta (27).

La evaluación se desarrolla mediante la competencia, cortesía y seguridad. La empatía es un aspecto relacionado con la atención solidaria e individualizada.

Al finalizar la evaluación de calidad, la estructura puede ajustarse para satisfacer las necesidades de diversas organizaciones. La calificación final se determina mediante la comparación y la percepción en cada dimensión.

En 1992, Babakus validó esta escala para el uso exclusivo de los servicios de salud. Para ello, se han realizado varios estudios en diferentes idiomas, países. El puntaje asignado se calcula el valor entre la expectativa y la apreciación. Los valores negativos evidencian inconvenientes en la calidad. En contraste, los valores positivos señalan excelente en calidad, refleja puntaje más alto. (19).



- El Ministerio de Salud (MINSA), explica: la existencia de varias propuestas analíticas sobre la calidad en el ámbito de la salud. La propuesta de Avedis Donabedian es la más aceptada. La capacidad de lograr cambios positivos en el desempeño de la entrega del servicio se alcanza a través de la correcta implementación de las directrices técnicas y administrativas, lo cual permite lograr los objetivos establecidos (32). La eficiencia es el uso apropiado de recursos previstos para lograr resultados deseados.

La estructura y los procesos de atención para brindar beneficios, es antes evaluar los riesgos para la salud del paciente (32). La ética de la muestra se cumple bajo principios ético-deontológicos y responsabilidades que ofrecen la prestación de servicios, con condiciones de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y confianza con un nivel básico (32).

Es esencial respetar la cultura y las cualidades únicas de cada persona (32). Para el usuario o su agente legal, la información debe ser completa, precisa, oportuna y comprensible (32).

### **Política Nacional de calidad en salud**

La gestión eficaz es una tarea importante. Estos sistemas se han desarrollado en gran medida y cuentan con recursos suficientes, pero hay indicios de que la calidad de la atención que se presta se está convirtiendo en un problema cada vez mayor, ya que los resultados no son totalmente fiables ni aceptables. Los sistemas económicos de los países con recursos restringidos se distinguen por su complejidad y dificultad. En este contexto, es esencial desarrollar propuestas que faciliten el avance de la calidad de manera sostenible, efectiva e integral. Esto sugiere que la Autoridad de Salud, en su



capacidad de rector, debe elaborar políticas públicas que dirijan las acciones de una buena calidad de atención.

La finalidad es mejorar la atención a través de la aplicación de directrices establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. El propósito del estudio fue establecer pautas del progreso de calidad.

En 2002, fue creado y aprobado en 2007 el Plan Nacional de Calidad de Salud. Este plan expresa el principio de mejorar el bienestar de los pacientes.

Su enfoque es aumentar la accesibilidad de los servicios de salud. En la misma línea, facilita el logro de los objetivos para 2011. En la actualidad, esta entidad está cumpliendo con sus obligaciones al ofrecer servicios de salud de acuerdo con la Política Nacional de Salud. Uno de los enfoques conceptuales sobre la calidad postula que la calidad de la salud es una manifestación del desarrollo humano (33). En las organizaciones del sector, la calidad se demuestra como un derecho fundamental a la atención médica (33).

Promover la calidad en el sector sanitario es una táctica clave para el crecimiento y la mejora de los servicios sanitarios.

Las políticas de calidad son: (33)

- En 2020, el Sistema de Salud tuvo como principio garantizar atención a los usuarios con un sentido de género e interculturalidad. Esto se logra a través de las finalidades, acciones, reglas y métricas necesarias para su ejecución, control y evaluación.
- La segunda política se centra en educar al público sobre la calidad de los servicios sanitarios de la organización, con la garantía de que serán de alta calidad.



- En cuanto se refiere a la tercera política, considera promover y divulgar las prácticas adecuadas de atención médica, implementar instrumentos adecuados de servicios de salud.

Fomentar y divulgar conocimientos científicos, desarrollar los aspectos tecnológicos de calidad corresponde a la cuarta condición política en salud (33).

- Para cumplir con la condición quinta, se prevé asignar recursos económicos y humanos para el seguimiento y evaluación pertinente de calidad de servicios en las organizaciones.

- La sexta política establece encargar responsables, dirigir e implementar estrategias para lograr la creación de sistemas y procesos organizacionales que promueven una cultura enfocada en los pacientes.

- La séptima política es garantizar los estándares de infraestructura, equipamiento según las normas de aprovisionamiento de insumos para la atención de calidad.

- La octava política corresponde ejecutar la prestación de servicios de calidad con las proveedoras profesionales bajo la dirección del responsable de la organización en salud.

- En toda organización de salud se respetan los derechos de los usuarios, promueve los enfoques de interculturalidad y género, corresponde a la novena condición política.

- La décima política establece el cumplimiento de las habilidades del personal, prevenir los peligros para los trabajadores en la prestación de atención de calidad.



- Las organizaciones proveedoras asignan a los establecimientos de salud la administración de los recursos para la gestión de una buena atención como indica la undécima política.
- La duodécima política enmarca la responsabilidad a los ciudadanos de supervisar el cumplimiento de sus derechos a recibir atención médica de calidad.

### **2.2.2. Acreditación de Establecimientos de Salud**

La base de este procedimiento es la prestación de servicios de conformidad con un conjunto de criterios ideales y alcanzables que han sido determinados y aceptados por expertos médicos. El objetivo de la acreditación es fomentar iniciativas que contribuyan un equilibrio en una institución de salud (34).

Los objetivos de la acreditación son (34):

- Brindar gestiones con atributos de calidad en la orientación de los usuarios (34).
- Fomentar una cultura de prestación de servicios con excelencia en los centros de salud y servicios médicos complementarios con criterios de calidad.
- Proporcionar a los usuarios atributos de calidad para seleccionar establecimientos proveedores de salud relevantes.

### **El proceso de acreditación**

Disposiciones generales (34):

- La acreditación tiene dos etapas: autoevaluación y evaluación externa. La acreditación de atención primaria abarca una microrred y, en el sector privado, comprende un centro médico. (34).



Las instancias encargadas de la acreditación de establecimientos es a través de la Comisión Nacional y Regional del Ministerio de Salud y de las Direcciones Regionales de Salud (34).

Los evaluadores certificados son responsables de llevar las acciones de evaluación en cada etapa. Sus funciones estarán sujetas al control de la autoridad sanitaria regional y nacional.

Los estándares establecidos se encuentran en la estructura, los procesos y resultados de acreditación. Los estándares deben centrarse prioritariamente de la metodología y el enfoque al usuario (34).

Para facilitar el proceso de acreditación, los centros de salud o los servicios médicos auxiliares pueden necesitar asistencia técnica local, regional o nacional (34). El procedimiento de acreditación se lleva a cabo con imparcialidad, respeto, apertura y privacidad (34).

Los procesos que deben ser considerados en el proceso de acreditación son:

El equipo de evaluadores internos, seleccionado por la autoridad institucional de acuerdo a criterios previamente establecidos (34). Ellos tienen la primera función de diseñar, preparar y elaboran el plan de autoevaluación y ser aprobados por la autoridad institucional (34).

Los evaluadores seleccionados son respaldados por la autoridad institucional, fomenta y divulgan para coadyuvar los servicios, el área o departamento designados como contraparte de la acreditación institucional. (34).

Es obligatorio el reporte del inicio de la autoevaluación.



El equipo evaluador interno lleva a cabo las actividades de evaluación de acuerdo con el plan establecido. Posteriormente, se emite el Informe Técnico para implementar acciones y planes de acción.

Cuando el establecimiento alcanza puntaje requerido, procede elevar el expediente ante la autoridad para desarrollar la evaluación externa del Ministerio de Salud y la DIRESA/DISA (34).

La Comisión Nacional Sectorial de Salud, informa al establecimiento de salud del desarrollo de la acción (34)

El centro de salud puede revisar la composición del equipo de evaluación externo y proporcionar a la Comisión una justificación de su nombramiento aleatorio. Los objetivos, la naturaleza y el funcionamiento del establecimiento sanitario se incluyen cuando no hay objeciones. A continuación, el equipo procede a planificar la visita de evaluación externa con el fin de confirmar los materiales y herramientas de apoyo de la evaluación (34).

El equipo de evaluación lleva a cabo la visita y utiliza las herramientas de apoyo y los criterios previamente definidos. La validez de la calificación recibida en la autoevaluación se comprueba a lo largo de esta fase.

El Ministerio de Salud (MINSa) envía una copia del Informe Técnico de Evaluación Externa a la organización encargada de certificar la calidad de la Red de Servicios de Salud. En un plazo máximo de siete días hábiles, este informe se presenta a las instituciones de apoyo.

En este periodo, la Dirección de Calidad verifica la documentación presentada. Posteriormente, se registran los resultados y se envía el Informe Técnico a la Comisión de Acreditación de Servicios de Salud correspondiente

(34).

La Comisión de Servicios de Salud examina detenidamente la documentación entregada y los resultados alcanzados con el fin de determinar si otorga o rechaza la Constancia para la Acreditación para que realice la verificación situaciones que puedan influir en los resultados alcanzados, llevará a cabo las acciones pertinentes según sea requerido (34).

- Después de recibir el expediente, la Comisión Sectorial Nacional o la Comisión Sectorial Regional para la Acreditación de Servicios Sanitarios pueden tardar hasta 30 días en tomar una decisión. En caso de que el informe sea positivo, se emitirá la Constancia de Acreditación al Gobierno Regional, según corresponda. El Departamento de Calidad en Salud del Ministerio de Salud, si procede, tiene la autoridad para solicitar documentación de apoyo a las comisiones nacionales y regionales para el servicio de apoyo médico o centro de salud y para apoyar la acreditación (34).

### **Responsables de la acreditación**

Este procedimiento es competencia de la Comisión Nacional y Regional de Acreditación (34). La evaluación de la calidad de los servicios de salud en la zona también es responsabilidad del Departamento de Calidad del MINSA, del Departamento Regional, de la Red de Servicios de Salud y de los directores de los establecimientos. Se encarga de supervisar y organizar las iniciativas relacionadas con la salud en una zona determinada (34).

En coordinación con los evaluadores internos, el equipo de acreditación es responsable de supervisar al personal y las operaciones de la institución. Además, evalúa los resultados del Informe Técnico y, si es necesario, los



presenta a la DIRESA, la DISA o la Dirección de la Red de Servicios de Salud. Asimismo, ofrece los datos relacionados con la acreditación que la DIRESA/DISA y/o la Red de Servicios de Salud hayan solicitado.

### **Los estándares de acreditación**

El estándar es el nivel de rendimiento deseado que se establece de antemano con el propósito de orientar las prácticas operativas que lleven a resultados óptimos en términos de calidad (34).

El estándar de estructura se refiere el nivel de desempeño deseado sobre los recursos materiales en relación con las tareas asignadas, ya sea de recuperación y rehabilitación (34).

El estándar de proceso de atención se refiere al nivel de desempeño que se aspira alcanzar en todas las etapas de la labor asistencial, la recuperación, la rehabilitación, prevención de enfermedades (34).

El estándar de resultados se define como el nivel de rendimiento que se aspira a lograr para cumplir con un objetivo específico en el ámbito de la salud (34).

Los estándares específicos se refieren a los niveles concretos de rendimiento deseado en aspectos particulares de la realidad sanitaria. (34).

Los estándares genéricos representan los niveles de rendimiento deseados y ampliamente definidos que engloban los diversos aspectos de la gestión de servicios (34).

### **La autoevaluación**

La autoevaluación, fase inicial esencial, es el proceso necesario para la acreditación institucional de una organización. Su meta es definir el grado de



cumplimiento de los estándares, identificar las fortalezas en las diferentes áreas que requieren mejoras.

La constancia de acreditación que favorece a una organización que cumple todos los estándares requeridos asegura que el establecimiento de salud ha cumplido los estándares. Los criterios de evaluación son parámetros de referencia que establecen nivel de cumplimiento para la calificación objetiva (35).

La evaluación externa constituye un proceso, cuyo propósito es verificar los logros alcanzados en relación con los estándares previamente evaluados en la autoevaluación.

La obtención de la Constancia es un paso para alcanzar la Resolución Ministerial que certifica la condición de Acreditado, según establecido (35). Las fases de la autoevaluación incluye el Plan Operativo Institucional. Conformación del equipo encargado de la Acreditación. La autoridad institucional es responsable de nombrar a los evaluadores internos.

La comunicación del inicio, la finalización y la presentación del informe de autoevaluación, así como la creación y aprobación del plan de autoevaluación, son pasos cruciales en el proceso de evaluación institucional.

### **2.2.3. Mejora de los servicios de salud**

La calidad de atención en los establecimientos de salud exige garantizar excelencia de prestación de servicios. Estos planes incluyen protocolos de calidad, formación continua del personal sanitario, evaluación periódica de los mismos. Los establecimientos tienen que tener una calidad efectiva en



diferentes áreas.

Las acciones están promoviendo gradualmente el enfoque de gestión de la calidad que fomenta los sistemas de monitoreo y evaluación de la atención con el objetivo de asegurar la calidad como principio de intervención. Se van integrando progresivamente los principios que conlleva reestructuración de entidad a través del proceso de aprendizaje continuo y mejora, como resultado de la atención a las demandas y expectativas de sus clientes. De esta manera, se convierte en el núcleo de su misión. En las organizaciones del sector salud, es fundamental mejorar su calidad y avanzar hacia la excelencia mediante los principios y modelos de gestión de calidad. Pretende fortalecer la calidad, el trabajo en equipo, la gestión basada en procesos y la implementación de los modelos de gestión se encuentra en una etapa inicial, presentando desafíos y restricciones.

El sistema de salud ha alcanzado un nivel avanzado y disponen de recursos adecuados, calidad de atención continúa con resultados positivos. Los criterios de atención han sido altamente calificados (36).

Es crucial poner en práctica iniciativas de mejora de la calidad que aumenten la cobertura de la población y hagan el mejor uso de los recursos disponibles para maximizar el retorno de la inversión (36).

Vale destacar la relación entre la gestión de calidad y los sistemas de salud que representa un aspecto dentro de esta dinámica. La relación puede ser analizada desde un enfoque sistémico, que identifica tres niveles. El primero se conoce como el primer nivel de gestión e implica administrar un trato excelente. Consiste en un conjunto de interacciones y procedimientos



relacionados con la atención que tienen lugar entre organizaciones, proveedores y consumidores.

La calidad de la administración en las empresas de cuidados está relacionada con el segundo nivel de gestión. Estas organizaciones proporcionan detalles sobre los recursos que les permiten ofrecer cuidados de alta calidad.

El tercer nivel de gestión se refiere el cumplimiento de los objetivos y funciones del sistema de salud. En este nivel produce factores estructurales que tienen impacto en las organizaciones de salud (36).

### 3.4. MARCO CONCEPTUAL

**Acreditación:** Un proceso de evaluación externa y recurrente orientado a incentivar la mejora continua en el ámbito de la salud, con el objetivo de conseguir la acreditación, obteniendo una resolución ministerial o ejecutiva.

**Medición:** la organización en salud cumple requisitos e indicadores definidos para relacionarse con los estándares y ser evaluado, asegurando su calidad y pertinencia. La evaluación externa de los estándares de acreditación para llevar a cabo la calificación cuantitativa.

**Cobertura:** seguro de salud que se refieren a los riesgos que una persona asegurada podría enfrentar en su vida diaria.

**Establecimientos de salud:** son aquellos que brindan atención médica con el objetivo de prevenir, promover, diagnosticar, tratar y rehabilitar al paciente a fin de mantener o restablecer la salud de individuos, familias y comunidades.

**Estándar:** normas, objetivos y parámetros que expresan la forma en que debe llevarse a cabo un proceso.



**Guía del evaluador:** documento técnico de evaluación que describe fases de la acreditación, verificación de estándares y criterios.

**Informe técnico de evaluación externa:** Un documento que describa los resultados de la evaluación externa que se llevó a cabo, incluyendo el desarrollo que se implementó, observaciones, puntuaciones y sugerencias para que la autoridad sanitaria las tenga en cuenta.

**Informe técnico de seguimiento:** documento de resultado de la evaluación anual de seguimiento realizada por evaluadores externos que posibilitan la acreditación.

**Listado de estándares de acreditación:** documento de contenido de estándares, referencias normativas, criterios que son instrumentos para la evaluación.

**Servicios médicos de apoyo:** Unidades productoras de servicios de salud independientes con o sin internamiento, brindan servicios complementarios, diagnóstico y tratamiento de problemas clínicos.



## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. ENFOQUE

Cuantitativo inductivo.

#### 3.2. MÉTODO

Científico hipotético deductivo.

#### 3.3. TIPO

Transversal y prospectivo.

#### 3.4. NIVEL

Correlacional

#### 3.5. DISEÑO

No experimental.

#### 3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

##### 3.6.1. Población

Son dos poblaciones de estudio:

- Totalidad de establecimientos del MINSA, Región Cusco, no se tomó muestra.
- Equipos de gestión. No hubo criterios de exclusión.



### **3.6.2. Muestra**

No hubo muestra, se utilizó toda la población muestra de 322 establecimientos de salud. (Anexo 3).

## **3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN**

### **3.7.1. Técnicas de la investigación**

Selección y síntesis de los estándares de acreditación, la técnica fue el análisis documental y para identificar las percepciones y las propuestas de mejora fue la encuesta.

### **3.7.2. Instrumentos de la investigación**

En la variable independiente se utilizó los estándares alcanzados por cada establecimiento. (Anexo 2).

Para las variables dependientes, las percepciones y las propuestas, la técnica fue la encuesta (Anexo 3).

## **3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

### **3.8.1. Validación de Instrumentos**

El contenido de la encuesta fue elaborado por la autora con orientaciones y aprobación del juicio de expertos (Anexo 4).

### **3.8.2. Confiabilidad de los Instrumentos**

Los datos de acreditación son objetivos y están disponibles, las personas que participan en el estudio serán las mismas.

## **3.9. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Se recogieron los datos por medio de los instrumentos, los cuales se codificaron y sistematizaron en tablas según el sentido de los objetivos.



Se usó la prueba de chi-cuadrado de Pearson a través del software estadístico SPSS 22. El nivel de significancia nos ha encarado cometer un error del 5%, se representa mediante  $p < 0,05$ . Este valor indica relación entre variables. Por consiguiente, se obtiene un nivel de confianza superior al 95% relación entre variables categóricas, ya sean nominales u ordinales. Cuando dos variables están asociadas, indica que una parte de la variabilidad de una de ellas puede ser explicada por la otra. No obstante, esta prueba puede dilucidar la relación entre dos variables, pero no proporciona información sobre las características o la naturaleza de dicha relación.

En el desarrollo, se ha observado y respetado la autonomía, beneficencia y justicia. Para ello se empleará exclusivamente este estudio, sin incluir la identificación de las unidades de análisis.

En la encuesta, se proporcionó información detallada sobre el estudio de investigación y se solicitó la participación voluntaria y anónima de los participantes. Este procedimiento se considera un consentimiento informado, el cual se manifiesta al aceptar completar los cuestionarios (Anexo 1).

### **3.10. PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS**

La autorización de las autoridades de la Región de Salud del Cusco ha sido tangibles y la aplicación de los instrumentos se hizo de forma virtual, habiendo sido precedida por una prueba piloto para evaluar su desempeño la operatividad de la encuesta. La encuesta fue respondida por los equipos de gestión de manera corporativa.



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Tabla 1 y Figura 1, muestra relación de estándares de acreditación alcanzados y categoría del establecimiento de salud. Los resultados fueron < 50 % (47.83%), nivel más bajo de Autoevaluación e implica reiniciar el proceso desde la Autoevaluación; solo el 2.80% obtuvieron un nivel aprobatorio.

La relación de estándares de acreditación y categoría del establecimiento de salud estadísticamente es significativa ( $p=0.012$ ).



**TABLA 1 NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN SEGÚN LA CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Nivel de estándares	Categoría del establecimiento													
	I - 1		I - 2		I - 3		I - 4		II-1		III-1		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 50 %	63	47.37	60	57.69	11	25.00	19	54.28	1	25.00	0	0	154	47.83
50 – 69 %	55	41.35	32	30.77	24	54.54	12	34.29	3	75.00	2	100.00	128	39.75
70 – 84 %	8	6.02	12	11.54	7	15.91	4	11.43	0	0	0	0	31	9.62
≥ 85 %	7	5.26	0	0	2	4.55	0	0.00	0	0	0	0	9	2.80
Total	133	100.00	104	100.00	44	100.00	35	100.00	4	100.00	2	100.00	322	100.00

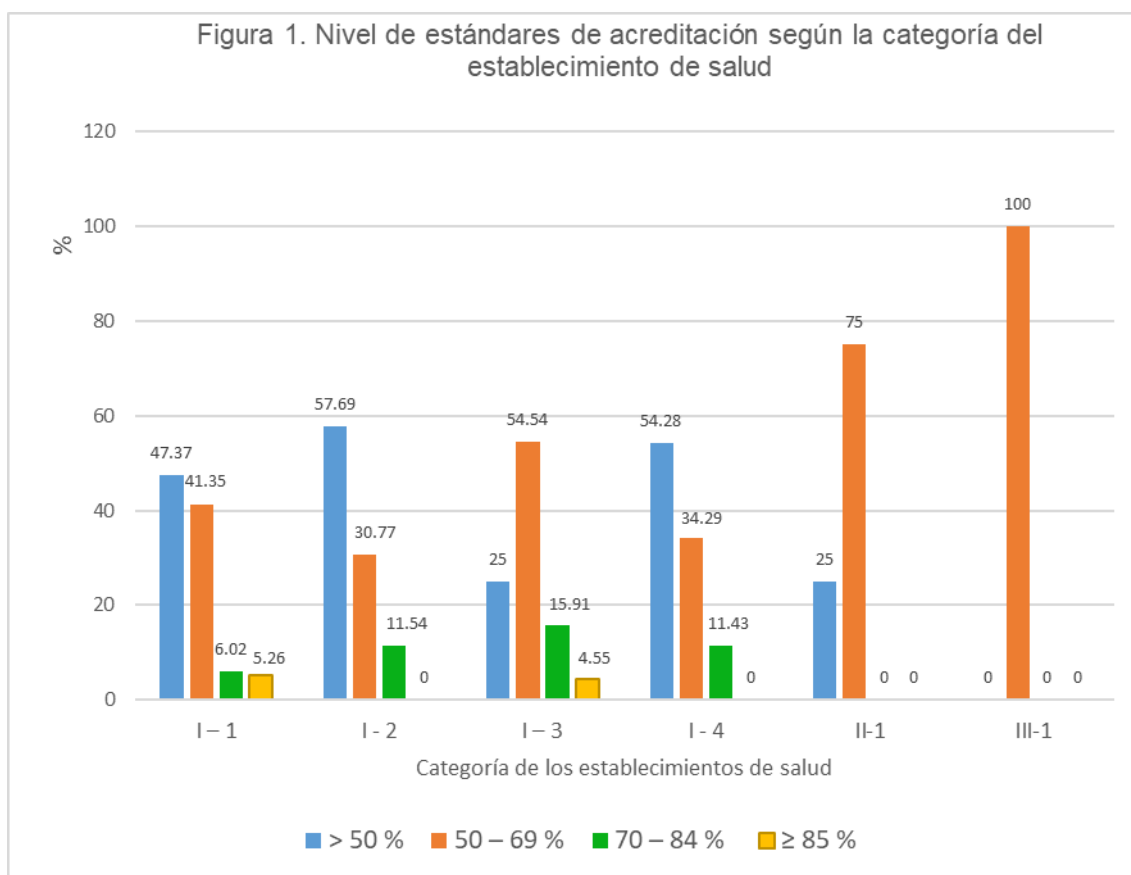
X<sup>2</sup> c = 25.59

GL: 15

X<sup>2</sup> t = 24.9958

p = 0.012

### FIGURA 1



### INTERPRETACIÓN

Tabla 2 y Figura 2 se relacionan las percepciones de las causas del resultado de la Autoevaluación según los estándares acreditación alcanzado por organizaciones sanitarias. Las razones más frecuentes son: limitación de recursos (23.60%), falta de tiempo por exceso de trabajo (22.98%) y la rotación del personal (20.81%).

La relación de las percepciones de las causas del resultado de la Autoevaluación y el nivel de estándares de acreditación alcanzados, no es estadísticamente significativa.

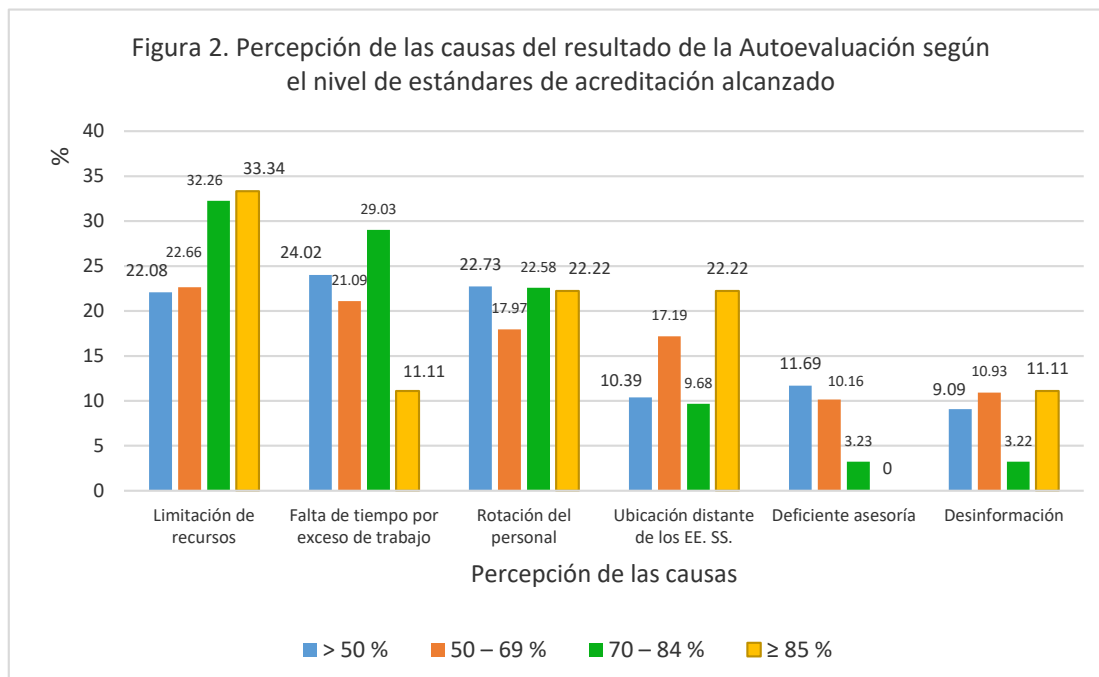
**TABLA 2 PERCEPCIÓN DE LAS CAUSAS DEL RESULTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ALCANZADO**

Causas	Nivel general estándares Autoevaluación Macroprocesos									
	> 50 %		50 – 69 %		70 – 84 %		≥ 85 %		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Limitación de recursos	34	22.08	29	22.66	10	32.26	3	33.34	76	23.60
Falta de tiempo por exceso de trabajo	37	24.02	27	21.09	9	29.03	1	11.11	74	22.98
Rotación del personal	35	22.73	23	17.97	7	22.58	2	22.22	67	20.81
Ubicación distante de los EE. SS.	16	10.39	22	17.19	3	9.68	2	22.22	43	13.35
Deficiente asesoría	18	11.69	13	10.16	1	3.23	0	0	32	9.94
Desinformación	14	9.09	14	10.93	1	3.22	1	11.11	30	9.32
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100.00</b>	<b>128</b>	<b>100.00</b>	<b>31</b>	<b>100.00</b>	<b>9</b>	<b>100.00</b>	<b>322</b>	<b>100.00</b>

$X^2 c = 11.3679$       GL: 15

$X^2 t = 24.9958$        $p = 0.7261$

### FIGURA 2



## INTERPRETACIÓN

Las opiniones de los responsables de los resultados de la autoevaluación se correlacionan con el grado de cumplimiento de los criterios de acreditación que figuran en la Tabla 3 y la Figura 3. La mayoría atribuye la responsabilidad a los equipos de gestión de los centros sanitarios (38,51 %), y luego al personal (25,78 %).

La relación de las percepciones de los responsables del resultado de la Autoevaluación según el nivel de estándares de acreditación alcanzado. No es estadísticamente significativa.

**TABLA 3 PERCEPCIÓN DE LOS RESPONSABLES DEL RESULTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN SEGÚN NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ALCANZADO**

Responsables	Nivel general estándares Autoevaluación								Total	
	> 50 %		50 – 69 %		70 – 84 %		≥ 85 %			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Equipos de gestión de los EE.SS.	68	44.16	39	30.47	14	45.16	3	33.34	124	38.51
Trabajadores de los EE. SS.	33	21.43	39	30.47	9	29.03	2	22.22	83	25.78
Jefes de los EE. SS.	26	16.88	27	21.09	3	9.68	2	22.22	58	18.01
Director de la Red de Salud	18	11.69	17	13.28	4	12.90	1	11.11	40	12.42
Equipos de gestión de la Red	9	5.84	6	4.69	1	3.23	1	11.11	17	5.28
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100.00</b>	<b>128</b>	<b>100.00</b>	<b>31</b>	<b>100.00</b>	<b>9</b>	<b>100.00</b>	<b>322</b>	<b>100.00</b>

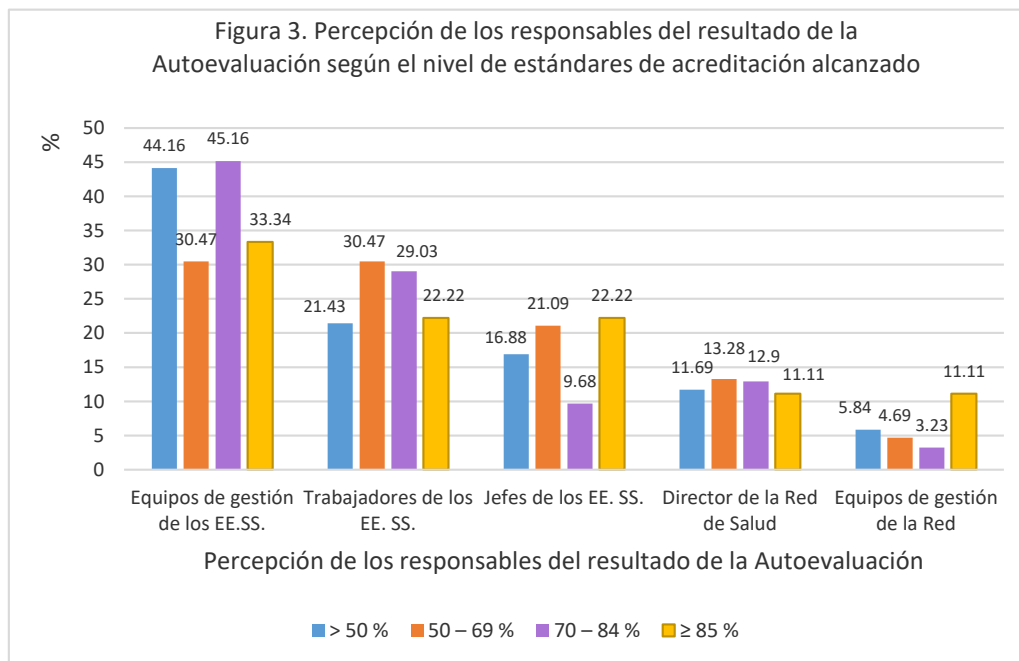
 $X^2 c = 9.28$ 

GL: 12

 $X^2 t = 21.0261$ 

p = 0.679

**FIGURA 3**



## INTERPRETACIÓN

Los objetivos sugeridos de un plan de mejora están correlacionados con el grado de los criterios de acreditación alcanzados en el estudio que se muestra en la Tabla 4 y la Figura 4. La mayoría sugiere los siguientes objetivos: aumentar el personal, los suministros y el equipo de los centros sanitarios (42,55 %), y luego mejorar algunos macroprocesos clave (33,85 %).

La relación de las propuestas de objetivos de un Plan de mejora según el nivel de estándares de acreditación alcanzado. No es estadísticamente significativa.



**TABLA 4 PROPUESTA DE OBJETIVOS DE UN PLAN DE MEJORA SEGÚN EL NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ALCANZADO**

Objetivos	Nivel general estándares Autoevaluación									
	> 50 %		50 – 69 %		70 – 84 %		≥ 85 %		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aumentar equipamiento, materiales y personal	68	44.16	48	37.50	17	54.84	4	44.45	137	42.55
Mejorar algunos macroprocesos específicos	49	31.82	48	37.50	10	32.26	2	22.22	109	33.85
Mejorar la atención al usuario	37	24.02	32	25.00	4	12.90	3	33.33	76	23.60
Total	154	100.00	128	100.00	31	100.00	9	100.00	322	100.00

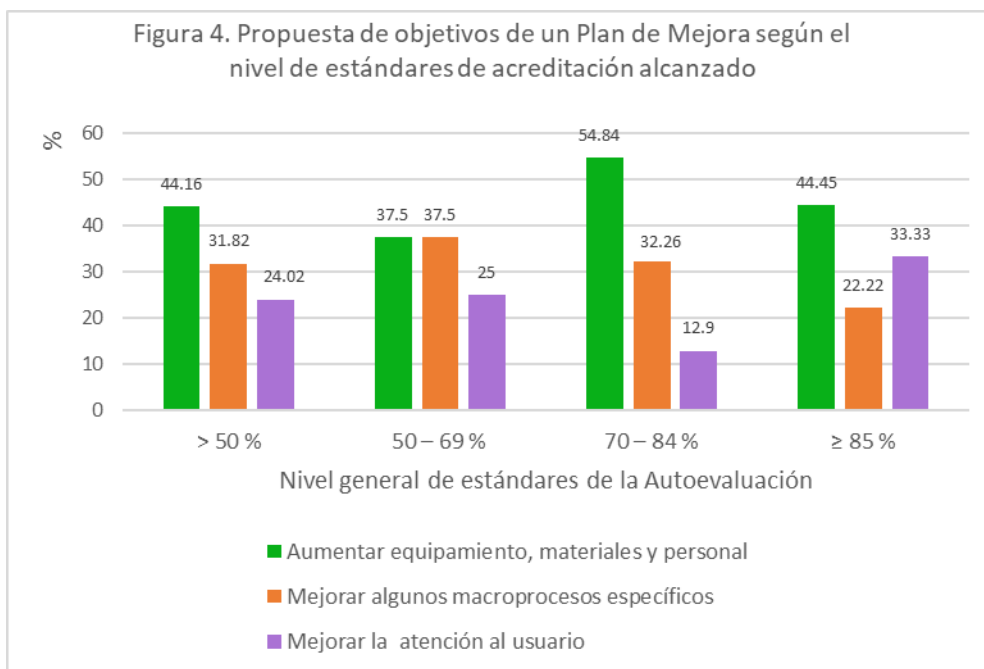
$X^2 c = 5.14$

GL = 6

$X^2 t = 12.5916$

p = 0.527

### FIGURA 4



### INTERPETACIÓN

Las tácticas sugeridas para un plan de mejora están correlacionadas con el grado de los criterios de acreditación alcanzados en la Tabla 5 y la Figura 5. Sugieren las siguientes tácticas: formación del equipo directivo (40,06 %) y asistencia de los responsables de la red (40,06 %).

La relación de las propuestas de acciones para un Plan de Mejora según los estándares alcanzados, es estadísticamente significativa ( $p = 040$ ).



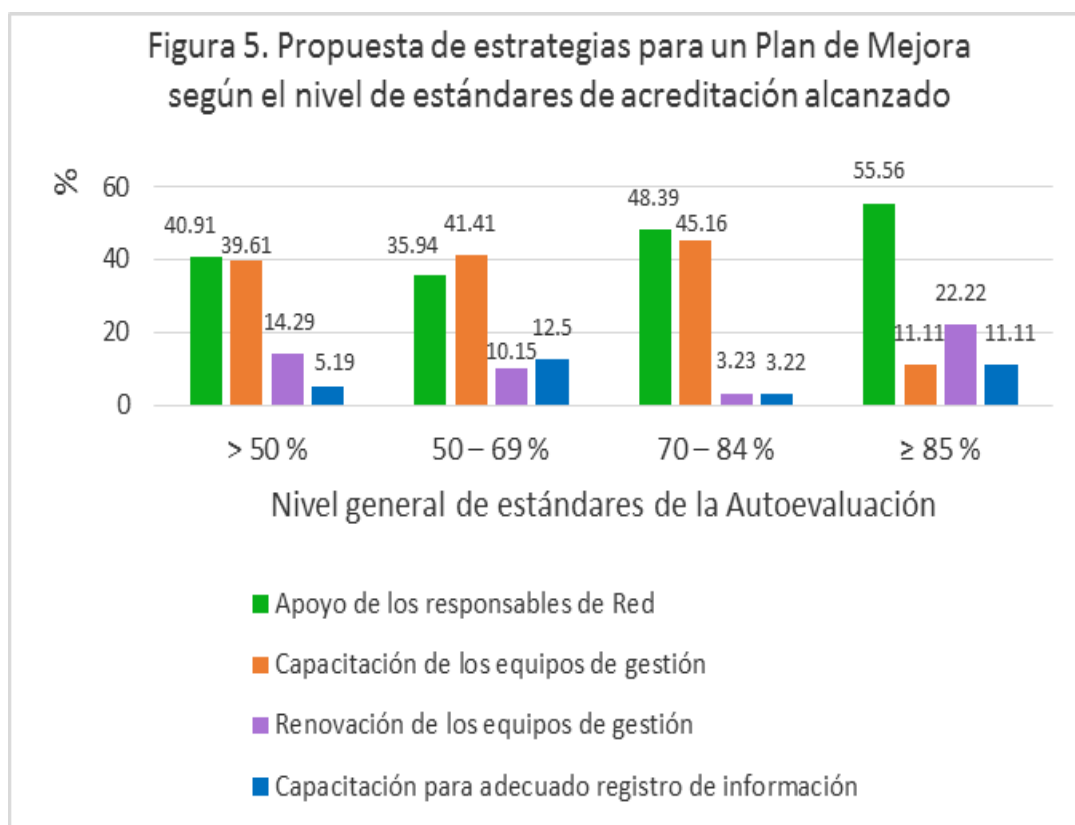
**TABLA 5 PROPUESTA DE ESTRATEGIAS PARA UN PLAN DE MEJORA SEGÚN EL NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ALCANZADO**

Estrategias	Nivel general estándares Autoevaluación									
	> 50 %		50 – 69 %		70 – 84 %		≥ 85 %		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Apoyo de los responsables de Red	63	40.91	46	35.94	15	48.39	5	55.56	129	40.06
Capacitación de los equipos de gestión	61	39.61	53	41.41	14	45.16	1	11.11	129	40.06
Renovación de los equipos de gestión	22	14.29	13	10.15	1	3.23	2	22.22	38	11.80
Capacitación para adecuado registro de información	8	5.19	16	12.50	1	3.22	1	11.11	26	8.08
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100.00</b>	<b>128</b>	<b>100.00</b>	<b>31</b>	<b>100.00</b>	<b>9</b>	<b>100.00</b>	<b>322</b>	<b>100.00</b>

$X^2 c = 17.58$                       GL: 9

$X^2 t = 16.9190$                       p = 0.040

### FIGURA 5



### INTERPRETACIÓN

Según el reporte de la Tabla 6 y Figura 6, relacionan las propuestas de recursos necesarios para un Plan de mejora según el nivel de estándares alcanzado. Mayoría propone que se requiere más personal profesional (47.21%), seguido de tener una nueva infraestructura (33.54%).

No existe una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de los criterios de certificación alcanzados y los recursos sugeridos necesarios para un Plan de Mejora.



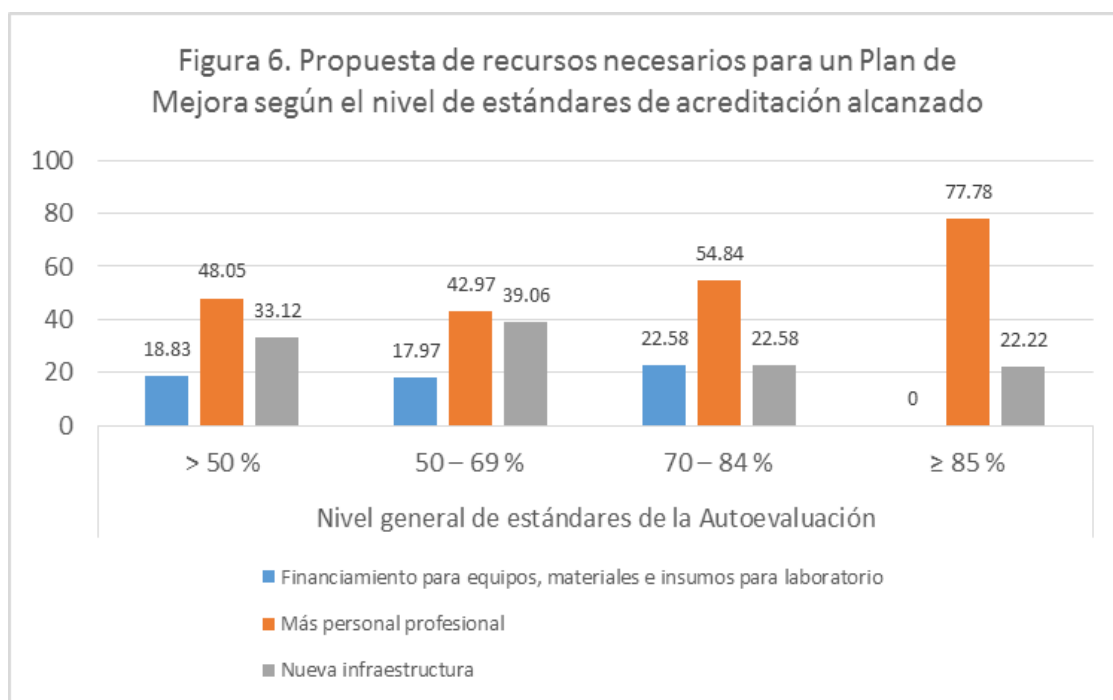
**TABLA 6 PROPUESTA DE RECURSOS NECESARIOS PARA UN PLAN DE MEJORA SEGÚN EL NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ALCANZADO**

Recursos	Nivel general estándares Autoevaluación									
	> 50 %		50 – 69 %		70 – 84 %		≥ 85 %		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Más personal profesional	73	48.05	55	42.97	17	54.84	7	77.78	152	47.21
Nueva infraestructura	49	33.12	50	39.06	7	22.58	2	22.22	108	33.54
Financiamiento para equipos, materiales e insumos para laboratorio	32	18.83	23	17.97	7	22.58	0	0	62	19.25
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100.00</b>	<b>128</b>	<b>100.00</b>	<b>31</b>	<b>100.00</b>	<b>9</b>	<b>100.00</b>	<b>322</b>	<b>100.00</b>

$X^2 c = 8.57$       GL: 6

$X^2 t = 12.5916$        $p = 0.199$

FIGURA 6



## INTERPRETACIÓN

En el comentario de la Tabla 7 y Figura 7, se relacionan las propuestas de responsables para un Plan de mejora según el nivel de estándares alcanzado. La mayoría propone que los responsables son los comités de gestión de Las organizaciones de salud (50%), seguido del personal de salud en general (23.91%).

La relación de las propuestas de propuestas de responsables para un Plan de Mejora y nivel de estándares alcanzados, es estadísticamente significativa ( $p = 010$ ).



**TABLA 7 PROPUESTA DE RESPONSABLES DE UN PLAN DE MEJORA SEGÚN EL NIVEL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ALCANZADO**

Responsables	Nivel general estándares Autoevaluación									
	> 50 %		50 – 69 %		70 – 84 %		≥ 85 %		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Comité de gestión de los EE. SS.	68	44.16	70	54.68	17	54.84	6	66.67	161	50.00
Personal de salud	40	25.97	29	22.66	8	25.81	0	0	77	23.91
Jefes de los EE. SS.	42	27.27	27	21.10	2	6.45	3	33.33	74	22.98
Un nuevo Comité de Gestión	4	2.60	2	1.56	4	12.90	0	0	10	3.11
Total	154	100.00	128	100.00	31	100.00	9	100.00	322	100.00

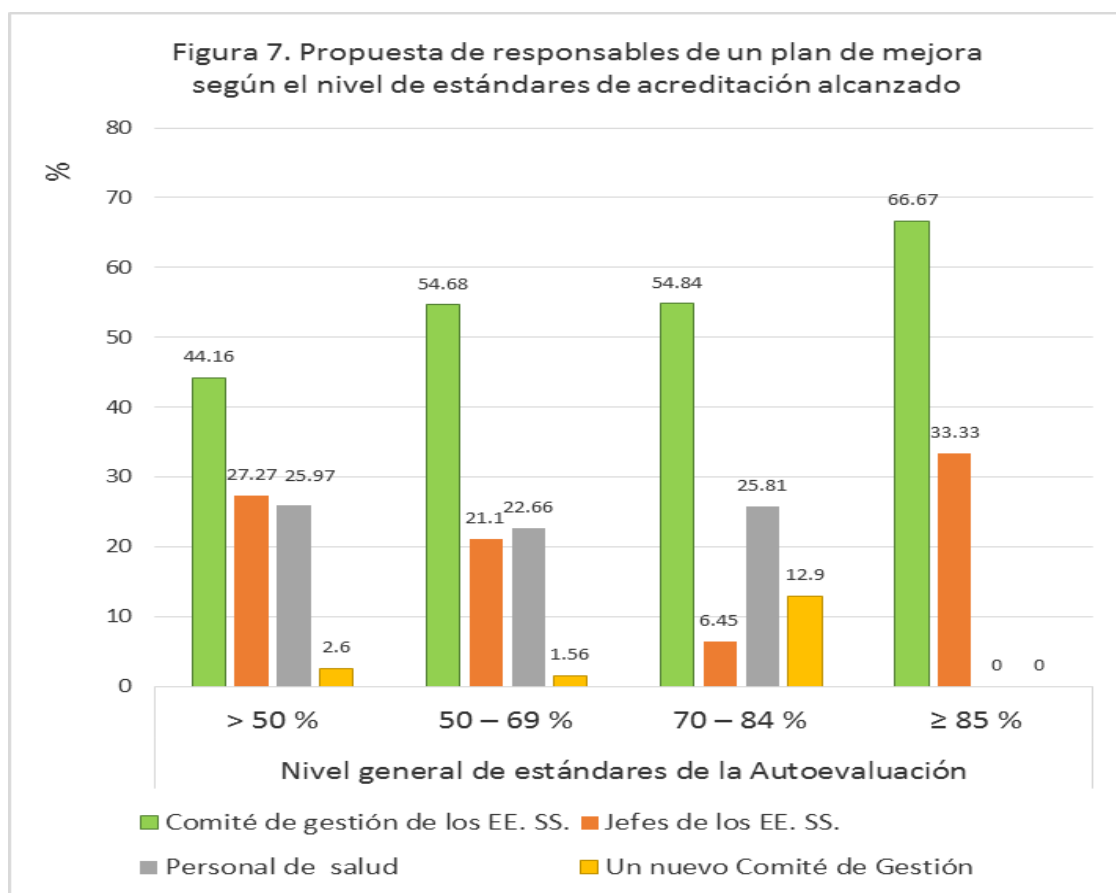
$X^2 c = 21.55$

GL: 9

$X^2 t = 16.9190$

$p = 0.010$

FIGURA 7



## INTERPRETACIÓN

Puesta en marcha el contenido de la Tabla 8 y Figura 8, relacionan las propuestas de objetivos de un Plan de Mejora y la categoría del establecimiento, la mayoría propone el objetivo de aumentar equipos con tecnología, materiales y personal proceden de establecimientos I - 4 (51.43%); quienes proponen el objetivo de mejorar algunos macroprocesos específicos, proceden de establecimiento de categoría II - 1 (75%) y, quienes proponen como objetivo: mejorar la atención al usuario, proceden de establecimientos de salud de categoría I - 1 (33.83%), seguido de establecimiento I - 2 (21.15%). Existe una correlación estadísticamente significativa ( $p=0,011$ ) entre la categorización del establecimiento y los objetivos sugeridos de un plan de mejora.

**TABLA 8 PROPUESTA DE OBJETIVOS DE UN PLAN DE MEJORA SEGÚN LA CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Objetivos	Categoría de los establecimientos													
	I - 1		I - 2		I - 3		I - 4		II - 1		III - 1		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Aumentar equipamiento, materiales y personal	53	39.85	46	44.23	19	43.18	18	51.43	1	25.00	0	0	137	42.55
Mejorar algunos macroprocesos específicos	35	26.32	36	34.62	21	47.73	12	34.28	3	75.00	2	100.00	109	33.85
Mejorar la atención al usuario	45	33.83	22	21.15	4	9.09	5	14.29	0	0	0	0	76	23.60
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100.00</b>	<b>104</b>	<b>100.00</b>	<b>44</b>	<b>100.00</b>	<b>35</b>	<b>100.00</b>	<b>4</b>	<b>100.00</b>	<b>2</b>	<b>100.00</b>	<b>322</b>	<b>100.00</b>

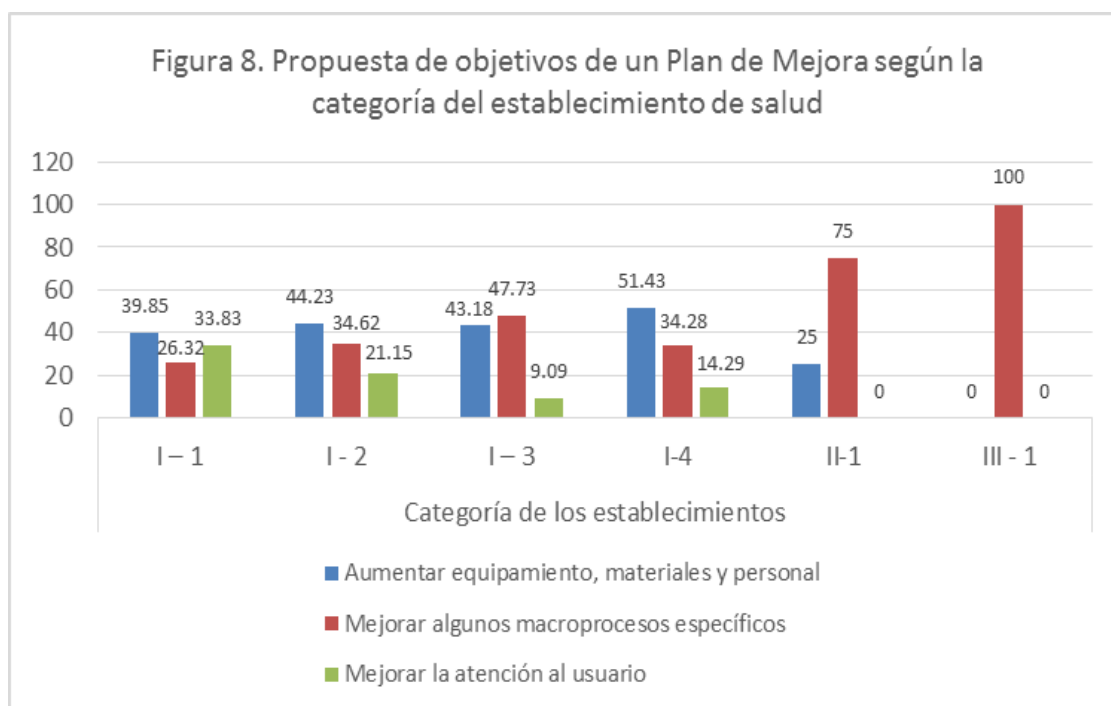
$X^2 c = 19.95$

GL: 10

$X^2 t = 18.3070$

$p = 0.011$

### FIGURA 8



### INTERPRETACIÓN

Tabla 9 y Figura 9, relacionan las propuestas de estrategias de un plan de mejora según categoría de establecimiento; se observa que la mayoría que propone la estrategia de apoyo de los responsables de Red, proceden de establecimientos I - 1 (43.61%) y I - 2 (42.31%); quienes proponen la estrategia de capacitación de los equipos de gestión, proceden de entidades de salud categoría I - 4 (57.14%) y II - 1 (66.67%).

No existe una correlación estadísticamente significativa entre las tácticas sugeridas en un plan de mejora y la categorización del establecimiento.



**TABLA 9 PROPUESTA DE ESTRATEGIAS DE UN PLAN DE MEJORA SEGÚN LA CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Estrategias	Categoría de los establecimientos													
	I - 1		I - 2		I - 3		I - 4		II - 1		III - 1		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Apoyo de los responsables de Red	58	43.61	44	42.31	15	34.09	11	31.44	1	33.33	0	0	129	40.06
Capacitación de los equipos de gestión	48	36.09	38	36.54	21	47.73	20	57.14	2	66.67	0	0	129	40.06
Renovación de equipos	14	10.53	15	14.42	6	13.64	2	5.71	1	0	0	0	38	11.80
Capacitación para el registro de información	13	9.77	7	6.73	2	4.54	2	5.71	0	0	2	100.00	26	8.08
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100.00</b>	<b>104</b>	<b>100.00</b>	<b>44</b>	<b>100.00</b>	<b>35</b>	<b>100.00</b>	<b>4</b>	<b>100.00</b>	<b>2</b>	<b>100.00</b>	<b>322</b>	<b>100.00</b>

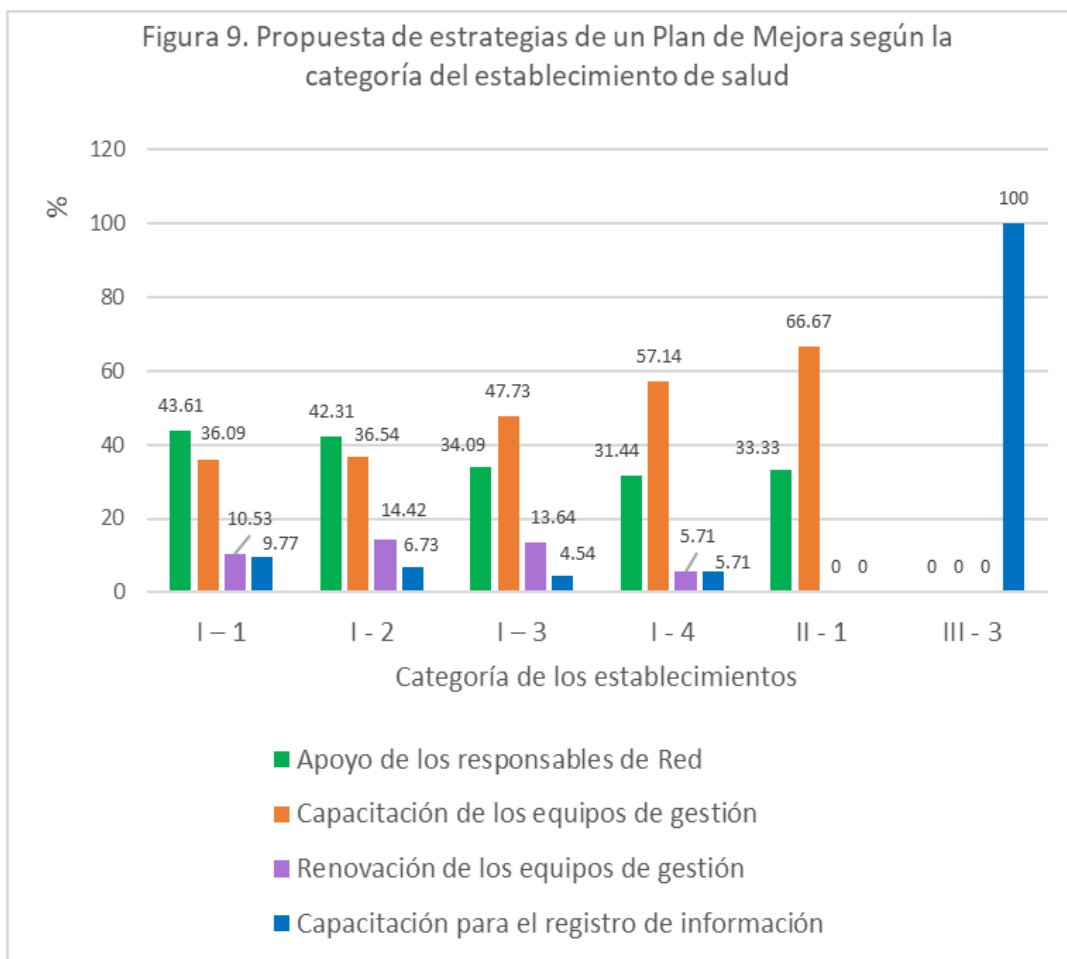
$X^2 c = 10.39$

GL: 15

$X^2 t = 24.9958$

$p = 0.584$

### FIGURA 9



### INTERPRETACIÓN

Tabla 10 y Figura 10 relacionan las propuestas responsables de un plan de mejora según categoría de establecimiento; observamos que la mayoría que propone como responsables al Comité de gestión de los EE. SS. proceden de establecimientos I - 4 (77.14%) y I - 3 (56.82%); quienes proponen que los responsables son el personal de salud en general, proceden de establecimientos de salud de categoría I - 2 (30.77%).

No existe una correlación estadísticamente significativa entre la categorización del establecimiento y las sugerencias realizadas por los responsables de un plan de mejora.



**TABLA 10 PROPUESTA DE RESPONSABLES DE UN PLAN DE MEJORA SEGÚN LA CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Responsables	Categoría de los establecimientos													
	I - 1		I - 2		I - 3		I - 4		II - 1		III - 1		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Comité de gestión de los EE. SS.	60	45.11	45	43.27	25	56.82	27	77.14	2	50.00	2	100.00	161	50.00
Personal de salud	32	24.06	32	30.77	8	18.18	4	11.43	1	25.00	0	0	77	23.91
Jefes de los EE. SS.	35	26.32	24	23.08	10	22.73	4	11.43	1	25.00	0	0	74	22.98
Un nuevo Comité de gestión	6	4.51	3	2.88	1	2.27	0	0	0	0	0	0	10	3.11
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100.00</b>	<b>104</b>	<b>100.00</b>	<b>44</b>	<b>100.00</b>	<b>35</b>	<b>100.00</b>	<b>4</b>	<b>100.00</b>	<b>2</b>	<b>100.00</b>	<b>322</b>	<b>100.00</b>

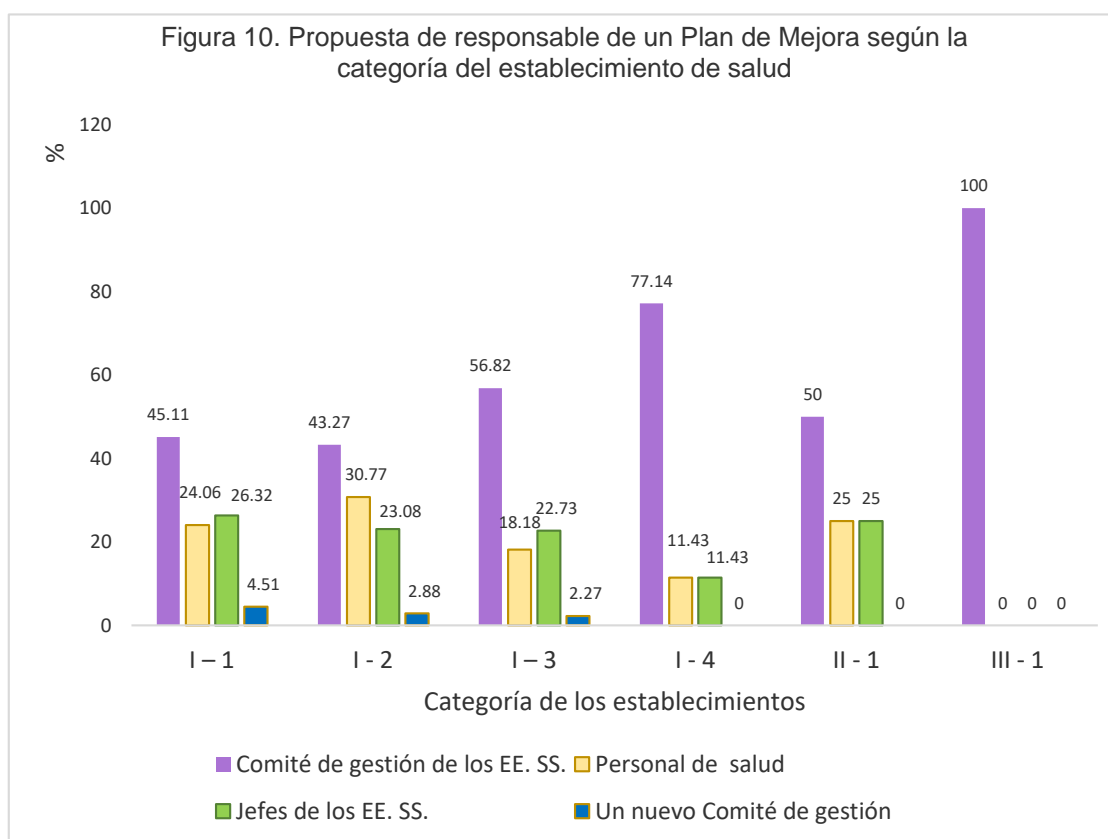
$X^2 c = 16.91$

GL: 15

$X^2 t = 24.9958$

$p = 0.153$

**FIGURA 10**



## 4.2. PROCESOS DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS

Primera hipótesis, se ha probado al obtener una relación significativa estadísticamente ( $p = 0.012$ ), entre el nivel de estándares de acreditación y la categoría de establecimiento de salud.

Respecto a la segunda hipótesis, no se obtuvo un valor estadísticamente significativo en la relación de los estándares de los macroprocesos de la autoevaluación con las percepciones de las causas de los equipos de gestión es significativa, los cuales identificaron como causas a la limitación de recursos, la falta de tiempo por exceso de trabajo y la rotación del personal; así como también perciben como responsables de estos resultados a los equipos de gestión y a los trabajadores en general.

La tercera hipótesis que propone la relación de los estándares de los macroprocesos de la autoevaluación con las propuestas de mejora de la calidad de los equipos de gestión de los establecimientos de salud se ha probado al obtener una  $p = 0.40$ .

#### 4.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1, revela estándares de acreditación alcanzado y la categoría del establecimiento de salud; se observa que predominan los establecimientos que obtuvieron  $< 50\%$  (47.83%), que es el nivel más bajo de la Autoevaluación e implica reiniciar el proceso desde la Autoevaluación; solo el 2.80% obtuvieron un nivel aprobatorio, estadísticamente es significativa ( $p = 0.012$ ). Estos resultados pueden explicarse por la postergación que tiene el sector público en un contexto de sociedad de mercado, donde el rol de Estado se ha reducido. Esto se manifestó de manera dramática durante la COVID 19, donde se evidenció grandes deficiencias en infraestructura, equipamiento y personal de salud (20).

Brito y Bardales en su reciente libro, explican la crisis que hizo el sistema público de salud en la pandemia por la quiebra casi total de la capacidad del sistema sanitario, que no posee relación porque carecen capacidad resolutoria reconocimiento de sus comunidades; a ello se agrega un fallido sistema hospitalario, que aun siendo el eje estructural del sistema principalmente urbano y destinatario de la mayor parte del gasto en salud, adolece de escasez de UCI equipadas, escasez de oxígeno medicinal y otros (21).

En la Tabla 2 se relacionan las percepciones de las causas del resultado de la Autoevaluación y estándares de acreditación alcanzado por las organizaciones de salud. Las causas percibidas más frecuentes son: limitación



de recursos, falta de tiempo por exceso de trabajo y la rotación del personal. El personal que trabaja recibe fuerte presión de la demanda de atención que no ha correspondido con el aumento de personal y de materiales. Esta realidad se expresaría en los niveles alcanzados en la Autoevaluación de la acreditación.

En la Tabla 3 donde se relacionan las percepciones de quiénes son los responsables del resultado obtenido de la Autoevaluación según el nivel de estándares de acreditación alcanzado. La mayoría responsabiliza a los equipos de gestión de los establecimientos de salud quien es el responsable directo del proceso de Autoevaluación lo cual podría significar el compromiso y la autocrítica de la participación en este proceso. Según la NT 050 establece responsabilidades en distintos niveles jerárquicos, que van desde el ámbito nacional hasta el local. En este sentido, se le asignan ciertas responsabilidades.

En primer lugar, se planifica el calendario y el orden de la autoevaluación. A continuación, se examina el Informe Técnico para que pueda ser presentado, si es necesario, a la Dirección de la Red de Servicios de la DIRESA/DISA. Por último, previa solicitud, se envían los datos de acreditación a la DIRESA/DISA y/o a la Red de Servicios de Salud.

La Tabla 4 muestra que la mayoría de los participantes recomiendan un Plan de Mejora de la Calidad, más personal, suministros y equipos en los centros de salud, y luego mejorar algunos macroprocesos.

En Perú se han logrado avances considerables en materia de cobertura de seguros. Sin embargo, se ha observado que esta medida no ha tenido el efecto deseado porque existen obstáculos importantes para resolver los problemas del sector de la salud, como la necesidad de involucrar y coordinar a



los distintos actores en la tarea de reformular los procedimientos de atención, reforzar el aspecto ético de su práctica y fomentar la participación ciudadana en el desarrollo de un sistema de salud de excelencia.

En la Tabla 5 se observa los participantes sugieren como estrategias para un Plan de mejora de la calidad el respaldo de los encargados de Red y la formación de los equipos de gestión. Las estrategias son derivadas para el Plan de Mejora y el nivel de estándares de acreditación alcanzados se establecen en un valor de ( $p = 0,40$ ).

El ámbito de salud implica la participación de todas las áreas de atención más efectiva de los procesos que afectan a los pacientes. Garantizar la seguridad del paciente y satisfacer los deseos y requisitos del usuario son lo primero. El Comité Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud ha creado un plan de acción que se está aplicando en toda América para mejorar la calidad de la atención sanitaria entre 2020 y 2025. En él se destaca lo crucial que es que todas las partes implicadas en el sistema sanitario de cada país participen en la toma de decisiones y en la elaboración de planes basados en los indicadores regionales más importantes. Entre estos indicadores, se enfatiza el desarrollo de habilidades, como la capacidad resolutive.

En la Tabla 6 se relacionan las propuestas de recursos necesarios para el Plan de Mejora según los estándares alcanzados, requiere más personal profesional en los establecimientos de salud, seguido de tener una nueva infraestructura.



Tanto si un centro sanitario es privado como público, se considera que la satisfacción del cliente es la principal métrica utilizada para evaluar la calidad de los servicios prestados. Los comentarios positivos de los clientes afectan a la percepción que el mercado tiene de los proveedores de servicios, lo que puede resultar en una expansión indirecta del mercado. Por otro lado, la retroalimentación negativa puede llevar a una reducción en el mercado. Esta teoría puede ser igualmente aplicada a los proveedores.

Para evitar infecciones contraídas durante la atención médica, ahora se informa a las personas de sus derechos con respecto a las regulaciones que garantizan la calidad de los servicios que reciben. Las instituciones sanitarias a veces tienen dificultades para proporcionar el tratamiento de emergencia inmediato necesario para tratar a los pacientes enfermos y manejar las complicaciones. Las razones más comunes son la infraestructura insuficiente o sucia, la escasez de personal cualificado y motivado, los medicamentos de baja calidad o escasos, el incumplimiento de los procedimientos y prácticas terapéuticas basados en la evidencia, y la utilización y documentación insuficientes de la información.

Las sugerencias realizadas por las personas a cargo de un plan de mejora se muestran en la Tabla 7 en función del grado de cumplimiento de los criterios. La mayoría piensa que los comités de gestión de las instalaciones médicas están a cargo, seguidos por el personal médico en su conjunto. Existe una correlación estadísticamente significativa ( $p = 0,010$ ) entre el nivel alcanzado y las recomendaciones realizadas por las personas a cargo de un plan de mejora. Dado que este procedimiento implica una nueva cultura de trabajo entre el personal en lugar de ser burocrático o simplemente

administrativo, la experiencia de los equipos de gestión puede permitirles ver la necesidad de una participación completa del personal.

En la Tabla 8 se relacionan las propuestas de objetivos de un Plan de Mejora y la categoría del establecimiento, la mayoría que propone el objetivo de aumentar el equipamiento, los materiales y el personal, proceden de establecimiento de categoría I – 4 y, quienes proponen como objetivo: mejorar algunos macroprocesos proceden de establecimiento de categoría II – 1 y, quienes proponen como objetivo mejorar la atención al usuario, son de establecimientos de categoría I - 1, seguido de establecimientos I - 2.

La relación de las propuestas de objetivos de un Plan de Mejora y la categoría del establecimiento, es estadísticamente significativa ( $p = 0.011$ ). Aunque la situación funcional tiene mucho en común, como expresión una política nacional del Estado, la situación de los establecimientos es diferente según su categoría o su capacidad resolutive.

En la Tabla 9 que relaciona las propuestas de estrategias de un Plan de Mejora según la categoría del establecimiento de salud; se observa que la mayoría que propone la estrategia de apoyo de los responsables de Red, proceden de establecimientos I - 1 y I - 2; quienes proponen la estrategia de capacitación proceden de categoría II - 1 y I - 4 (66.67%). La capacidad de llevar a cabo un Plan de Mejora se relaciona con la capacidad de organizar sus recursos y articularse con los establecimientos de niveles de mayor complejidad.

Al realizar una optimización de los procesos y trabajar con alta calidad, se logrará una reducción de los costos, no solo en términos financieros, sino también humanos en cuanto al tiempo y los recursos, físicos y de



equipamiento. Esto permitirá mayores recursos que podrán ser destinados a la mejora de los servicios ofrecidos y sentirse integrante de una organización que requiere la contribución de todos y que progresen hacia las nuevas transformaciones requeridas por el sistema y el entorno global.

En la Tabla 10 se puede apreciar que la mayoría de los encuestados que identifican al Comité de gestión como los responsables provienen principalmente establecimientos de categoría I - 4 y I - 3.

Por otro lado, aquellos que sugieren que el personal de salud es responsable, provienen mayoritariamente de establecimientos de salud clasificados como I - 2. Las propuestas mencionadas cumplen requerimientos establecidos para la evaluación propia para lograr resultados necesarios. En un estudio llevado a cabo en el Perú, se entrevistó a 366 individuos con funciones directivas en 184 instituciones proveedoras de servicios distribuidas en 25 regiones. Los directivos de los establecimientos de salud identificaron como principales problemas la insuficiencia de personal, carencia de insumos y medicamentos.

La investigación proporcionará información útil a los gerentes y responsables de la toma de decisiones en el sector de la salud. Es su responsabilidad poner en práctica soluciones rápidas y eficientes que mejoren la calidad del servicio y la satisfacción del consumidor.



## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** La relación del nivel de estándares de acreditación y la categoría del establecimiento de salud, es estadísticamente significativa ( $p = 0.012$ ). La mayoría de estas entidades de salud obtuvieron puntaje desaprobatorio de los estándares de acreditación ( $< 50\%$ ), le sigue quienes obtuvieron el nivel de 50 - 69%; solo el 2.80% de establecimientos obtuvo un nivel aprobatorio.

**SEGUNDA:** No existe relación estadísticamente significativa ( $p = 0.7261$ ) de los niveles de los estándares de los macroprocesos en la autoevaluación con las percepciones de las causas y responsables.

**TERCERA:** La relación de los niveles de estándares alcanzados en la autoevaluación con las propuestas de estrategias para la mejora de la calidad es estadísticamente significativa ( $p = 0.040$ ). La relación con las propuestas de responsable de la mejora de la calidad es estadísticamente significativa ( $p = 0.010$ ). La relación con los objetivos de la mejora también es estadísticamente significativa ( $p = 0.011$ ).

**CUARTA:** En general, el nivel de los estándares de acreditación alcanzados en la autoevaluación se relaciona con la categoría de los establecimientos de salud, con las propuestas de estrategias, con los responsables y con los objetivos de una mejora de la calidad.



## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Que los equipos de gestión de todas las categorías de los establecimientos de salud, informen con detalle al personal del estado los macroprocesos e indicadores desarrolladas con la finalidad de convocar su mayor involucramiento en la acreditación de los establecimientos.

**SEGUNDA:** A los responsables de los equipos de gestión promover y profundizar la identificación de causas y responsables de los niveles de acreditación de los macroprocesos alcanzados en la autoevaluación.

**TERCERA:** A los jefes de los establecimientos de salud informen a sus respectivos órganos desconcentrados y consiguientemente a la Gerencia de Salud, promover y formalizar la elaboración planes de mejora los establecimientos, con la participación de los trabajadores.

**CUARTA:** Que los equipos de gestión de las diferentes categorías de los establecimientos de salud promuevan la mejora de la calidad con base a los objetivos, las estrategias y los responsables identificados.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA. Política nacional de calidad en salud: Documento técnico (R.M. N° 727-2009/Minsa) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud -- Lima: Ministerio de Salud, 2009.  
<file:///G:/MIS%20DOCUMENTOS/ALEJANDRO/INVESTIGACI%C3%93N/INVESTIGACIONES/ULDA/RM727-2009-MINSA-DT-POLITICA-NACIONAL-CALIDAD-SALUD.pdf>
2. Convenio MINSA –GTZ. Documento técnico del Proyecto Mejora de los Servicios de Salud, diciembre 2001.
3. MINSA. Dirección General de Salud de las personas, Dirección de Calidad en Salud. Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02. Lima 2007. [RM-456-2007-MINSA-NTSN°050-MINSA-ACREDITACION-EESS-SERVICIOS-MEDICOS-APOYO.pdf](#), <http://www.minsa.gob.pe>
4. Apolaya-Segura M, Ruiz-Velit A. Acreditación de establecimientos de Salud en el Perú cada vez una necesidad imperiosa. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 7 de septiembre de 2018 [citado 27 de mayo de 2024];10(2):67-8. Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/27>
5. Galván-García, Ángel Fernando et al. Certificación de establecimientos de atención médica en México: análisis de los incentivos para su continuidad. Salud Pública de México [online]. v. 61, n. 4 [Accedido 27 Mayo 2024], pp. 524-531. Disponible en:



- <<https://doi.org/10.21149/9946>>. ISSN 0036-3634.  
<https://doi.org/10.21149/9946>.
6. Poblano-Verástegui O. et al. Análisis comparativo de la acreditación de unidades médicas en Canadá, Chile, la Comunidad Autónoma de Andalucía, Dinamarca y México. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. v. 47 [Accedido 3 junio 2023], e75. Disponible en: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.75>>. ISSN 1680-5348.  
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.75>.
7. Brito-Álvarez Ge, Roque-González R, Guerra-Bretaña RM. La gestión de calidad y acreditación hospitalaria en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Infodir [Internet]. 2021 Abr [citado 2023 Jul 03] ; ( 34 ): e946. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1996-35212021000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-35212021000100004&lng=es). Epub 01-Abr-2021.
8. Saturno-Hernández PJ, Poblano-Verástegui O, Flores-Hernández S, Vieyra-Romero WI, Vértiz-Ramírez JJ, Bautista-Morales AC. et al . Acreditación de servicios y calidad de la atención a neonatos en hospitales mexicanos. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2022 Abr [citado 2023 Jun 04] ; 64( 2 ): 179-187. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342022000200179&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342022000200179&lng=es). Epub 13-Mar-2023.  
<https://doi.org/10.21149/12874>.
9. Galván-García ÁF, Vértiz-Ramírez JJ, Sánchez-Domínguez MS, et al. Certificación de establecimientos de atención médica en México: análisis



de los incentivos para su continuidad. salud publica mex. 2019;61(4):524-531.

10. Salazar-Morales MR, Perdomo-Victoria IT, Vargas-Reyes CH. Experiencia de autoevaluación del Doctorado en Salud Pública, Universidad San Carlos de Guatemala, 2015. Revista Cubana de Salud Pública. v. 46, n. 1, e1374. Disponible en: <>. ISSN 1561-3127
11. Fernández-Leblanch TI, Solis-Solis S, Bell-Castillo J, García-Céspedes ME, Font-Difour MV. Acreditación hospitalaria una transformación necesaria. Rev. Cub. Technol. Salud. [Internet]. 2021 [citado 27 May 2024];12(2). Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1920>.
12. García-Ortiz JM. Fortalecimiento de la calidad del servicio de salud mediante un modelo de gestión institucional. Salud y Vida [Internet]. 2024 Jun [citado 2024 Mayo 27] ; 8( 15 ): 16-27. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2610-80382024000100016&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382024000100016&lng=es). Epub 25-Mar-2024. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i15.3194>
13. Poblano-Verástegui O, Saucedo-Valenzuela AL, Galván-García Á, Vértiz-Ramírez JJ, Anaya-Núñez R, Santos-Preciado JI, Trujillo-Reyes L, Saturno-Hernández PJ. Análisis comparativo de la acreditación de unidades médicas en Canadá, Chile, la Comunidad Autónoma de Andalucía, Dinamarca y México. Rev Panam Salud Publica. 2023 May 16;47:e75. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2023.75. PMID: 37197596; PMCID: PMC10184578.



14. Schermuly-Carranza L. Análisis del proceso de la autoevaluación para la acreditación del hospital regional de Loreto, período 2013-2017. Tesis de Magister en Gestión Pública, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Escuela de Posgrado, Iquitos 2019.  
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/6113>
15. Cerda-Gonzales RA. Autoevaluación de acreditación en calidad y mejora de satisfacción laboral del personal del Hospital II EsSalud Cajamarca – 2018. Tesis para obtener el grado académico de: Maestro en Gestión en Gestión de servicios de Salud, Universidad César Vallejo, Cajamarca 2018.  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/27806/cerda\\_gr.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/27806/cerda_gr.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
16. Becerra-Canales B. Evaluación de la atención primaria durante la pandemia por COVID-19, en una región del Perú. Enferm. glob. [Internet]. 2023 [citado 2023 Jun 04] ; 22( 69 ): 283-308. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412023000100010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000100010&lng=es). Epub 20-Mar-2023.  
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.521201>.
17. Oliva-Yarlaqué YM, Chávarry-Ysla PDR. Cumplimiento de estándares de acreditación y calidad de atención en servicios de emergencia. Rev méd panacea. 2020;10(1) 49-53. DOI:10.35563/rmp.v10i1.406  
<https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/406/596>
18. Trillo-Limaylla OM. Acreditación de establecimientos de salud y su asociación con la gestión hospitalaria en Lima Metropolitana, 2021.



- Tesis de maestría en Salud Pública, Universidad San Martín de Porres – USMP. Disponible en <https://hdl.handle.net/20.500.12727/11455>
19. Portugal-Revilla RF. Acreditación Hospitalaria y la satisfacción de atención en el hospital I Quillabamba- EsSalud -2018. Tesis para obtener el grado académico de Maestro en Gestión Pública, Universidad César Vallejo. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/33401/portugal\\_rr.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/33401/portugal_rr.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  20. Guzmán-Valle MJ, Ríos-Gonzales AR. Evaluación de la calidad del registro de datos de las historias clínicas en consulta externa en Centros de Salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019. Repositorio Digital Universidad Andina del Cusco. Tesis Pregrado, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana. <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/4037>
  21. Medina-Gonzales ME. Calidad de atención en salud y satisfacción del usuario en el Centro Médico EsSalud Calca, Cusco, 2021. Tesis para optar el grado académico de Maestra en Salud Pública, Universidad Nacional del Centro del Perú. 2022. [https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/7741/T01\\_0\\_46111186\\_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/7741/T01_0_46111186_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  22. Chávez-Lima YE, Linares-Huamán RY, Surco-Ayma Y. Asociación de la calidad de atención y satisfacción de los pacientes usuarios externos del Área de Terapia Física y Rehabilitación Cusco agosto - diciembre del 2021. Universidad Continental, Repositorio Institucional. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11293>



23. Teves-Urrutia MA. Auditoría social y calidad de servicio en el personal administrativo y asistencial de la Microred Pavayoc de la Red de Servicios de Salud La Convención – Cusco, 2018. Repositorio Institucional – UNSAAC, Escuela de Posgrado Maestrías, Maestría en Administración mención Gestión Pública y Desarrollo Empresarial. <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/4455>
24. OMS. Calidad de la atención. [https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)
25. Donabedian A. The quality of medical care. Science. 1978; 200(4344):856-64
26. OMS. Servicios sanitarios de calidad. 11 de agosto de 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
27. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retail. 1998;64(enero 2015):12-40
28. Babakus E, Mangold WG. Adapting the Servqual scale to hospital services: an empirical investigation. Health Serv Res. 1992; 26(6):767-86.
29. Rocha LR, Veiga DF, Oliveira PR, Song EH, Ferreira LM. Health service quality scale: Brazilian Portuguese translation, reliability and validity. BMC Health Serv Res. 2013;13(1):1



30. Cabello E, Chirinos JL. Validación y aplicabilidad de encuestas Servqual modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Med Hered. 2012;23(2):88-95.
31. Lezcano-Tobón LA, Cardona-Arias JA. Meta-análisis de la calidad de los servicios médicos según las dimensiones del SERVQUAL. E-ISSN 2538-9580 Rev. Investigaciones Andina No. 39, Vol. 21.  
<https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/1560/1500>
32. MINSA, Documento técnico "Sistema de Gestión de la calidad en Salud", Dirección General de Salud de las personas, Dirección de Calidad en Salud, Lima 2006.  
[https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/acerca\\_ins/gestion\\_calidad/077.%20R.M.%20519-2006-MINSA%20Sistema%20de%20gesti%C3%B3n%20de%20la%20calidad.pdf](https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/acerca_ins/gestion_calidad/077.%20R.M.%20519-2006-MINSA%20Sistema%20de%20gesti%C3%B3n%20de%20la%20calidad.pdf)
33. MINSA. Política nacional de calidad en salud: Documento técnico (R.M. N° 727-2009/Minsa) /Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud -- Lima: Ministerio de Salud, 2009,  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/391255/Pol%C3%ADtica\\_Nacional\\_de\\_Calidad\\_en\\_Salud.\\_Documento\\_T%C3%A9cnico\\_-\\_RM\\_N%C2%BA\\_727-2009Minsa20191017-26355-o187un.pdf?v=1571312462](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/391255/Pol%C3%ADtica_Nacional_de_Calidad_en_Salud._Documento_T%C3%A9cnico_-_RM_N%C2%BA_727-2009Minsa20191017-26355-o187un.pdf?v=1571312462)
34. MINSA. Dirección General de Salud de las Personas Dirección de Calidad en Salud, Lima, Perú, 2007. Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría I -1 y servicios médicos de apoyo. Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02



- <https://mail.google.com/mail/u/1/#inbox/FMfcgzGsmWsNNvrhMGdKjtwqwnbqqZDs?projector=1&messagePartId=0.4>
35. MINSA. Guía de evaluación para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo: RM N° 270-2009-MINSA. Vol. II/MINSA. Dirección General de salud de las Personas. Dirección General de Calidad en Salud. Lima 2009. Disponible en <https://mail.google.com/mail/u/1/#inbox/FMfcgzGsmWsNNvrhMGdKjtwqwnbqqZDs?projector=1&messagePartId=0.4>
  36. MINSA. Directiva para el funcionamiento del equipo de gestión de la calidad en direcciones de salud. Directiva N° 049-MINSA (DGSP – V.01
  37. Glosario Acreditación en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Versión 1 Fecha septiembre 2012. Disponible en <https://actualisalud.com/images/stories/glosarioacreditacion.pdf>
  38. Componente Semántico SUSALUD, Glosario de términos del modelo TEDEF IP. Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD. Lima 2023. Disponible en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4039281/Anexo%20%20-%20Glosario%20de%20T%C3%A9rminos%20Modelo%20TEDEF-IP.pdf.pdf?v=1673535512>
  39. Acreditación en Salud: Glosario. ISOTools. Córdoba España. Disponible en <https://www.isotools.us/2013/08/28/acreditacion-en-salud-glosario/>
  40. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5th ed. México: Mc Graw Hill.; Santa Fe – México; 2010. Disponible:



- [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)
41. Arias F. El proyecto de Investigación. 4th ed. Caracas: Venezuela; 2004. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos-pdf/proyectoinvestigacion/proyecto-investigacion.pdf>
  42. Vásquez Irene. Nota Técnica 1: Prueba Chi Cuadrada. La Vega, República Dominicana. Realizada en marzo del 2019, actualizada en marzo 2020. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/350075226\\_NOTA\\_TECNICA\\_1\\_PRUEBA\\_CHI\\_CUADRADA](https://www.researchgate.net/publication/350075226_NOTA_TECNICA_1_PRUEBA_CHI_CUADRADA)
  43. Mendivelso F, Rodríguez M. Tópicos en Investigación Clínica y Epidemiológica: Prueba de Chi Cuadrado de Independencia Aplicada a Tablas 2xN. Fundación Universitaria Sanitas. Revista Médica Sanitas. España. 2018. 21(2): pp. 92-95. Disponible en: [https://www.unisanitas.edu.co/Revista/67/05Rev\\_Medica\\_Sanitas\\_21-2\\_FMendivelso\\_et\\_al.pdf](https://www.unisanitas.edu.co/Revista/67/05Rev_Medica_Sanitas_21-2_FMendivelso_et_al.pdf)
  44. Castro-Baca ÁM, Villena-Pacheco AE. La Pandemia del COVID-19 y su repercusión en la salud pública en Perú. Acta méd. Peru [Internet]. 2021 Jul [citado 2024 Mayo 27] ; 38( 3 ): 161-162. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172021000300161&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172021000300161&lng=es). <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2021.383.2227>.
  45. Brito-Quintana PE, Bardález-del Águila CA. La mercantilización de la salud en el Perú ¿Salud, derecho o negocio? Colegio Médico del Perú, Fondo Editorial Comunicacional. Primera edición, Lima 2023.



46. Del Carmen-Sara JC. Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2019 Jun [citado 2023 Dic 21] ; 36( 2 ): 288-295. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342019000200018&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200018&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449>.
47. Castañeda-Castrillón AM, Peña-Córdoba LM. Estado del Arte del Mejoramiento de la Calidad en Salud en Colombia y en países de las Américas. Fundación Universitaria del Área Andina, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Escuela de Posgrados, Bogotá D.C 2022. Disponible en <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/4139/3.%20Trabajo%20Final%20Corregido%20Laura%20y%20Alba.pdf?sequence=1>
48. Pulido-Acuña Y. Importancia de la implementación de un sistema calidad en las entidades de salud. Universidad Militar Nueva Granada, Facultad de Estudios a Distancia, Especialización En Alta Gerencia. Bogotá, D.C. 2018. Disponible en <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/20383/Pulido%20Acu%C3%B1aYesenia.2018.pdf.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
49. George Quintero RS, Gámez Toirac Y, Matos Laffita D, González Rodríguez I, Laborí Ruiz R. Aspectos fundamentales de la calidad en los servicios de salud. INFODIR [Internet]. 2022 [citado 21 Dic 2023];0(37). Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1112>



50. Espinoza-Portilla Elizabeth, Gil-Quevedo Walter, Agurto-Távora Elvia.

Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el

Perú. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2020 Dic [citado 2023 Dic

21]; 46(4): e2146. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400012&Epub)

[34662020000400012&Epub](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400012&Epub) 08-Feb-2021.



# ANEXOS

## Anexo 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título:** RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	Variable 1	
¿Cuál es la relación de los estándares de acreditación en la autoevaluación con las percepciones y propuestas de mejora de la calidad de los equipos de gestión de los establecimientos de salud del Cusco 2023?	Relacionar el nivel de los estándares de acreditación en la autoevaluación con las percepciones y las propuestas de mejora de la calidad de los establecimientos de salud del Cusco 2023.	Dado que los procesos de acreditación se dan en diversos contextos políticos e institucionales, que involucran a los directivos y al personal de salud, es probable que los estándares de la autoevaluación para la acreditación se relacionen de manera significativa con las percepciones de las causas y las propuestas de mejora de la calidad de los equipos de gestión de los establecimientos de salud.	Nivel de estándares de la autoevaluación de los macroprocesos de la acreditación:	<p><b>TIPO</b> Transversal y prospectiva</p> <p><b>NIVEL</b> Correlacional</p> <p><b>DISEÑO</b> No experimental</p> <p><b>MÉTODO</b> Cuantitativo</p> <p><b>POBLACIÓN</b></p>
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	Variable 2	
PE 1: ¿Cuáles serán los estándares de acreditación en la autoevaluación según la categoría de los establecimientos de salud?	OE 1: Identificar los estándares de acreditación en la autoevaluación según la categoría de los establecimientos de salud.	HE 1: Los estándares de acreditación en la autoevaluación según el nivel y tipo de los establecimientos de salud son similares.	Percepción de las razones del puntaje en la autoevaluación:  Percepción de los responsables del	<p>- Todos los establecimientos de salud del MINSA de la Región Cusco (322).</p> <p>- Todos los equipos de gestión de los</p>



<p>PE 2: ¿Cuál será la relación de los estándares de los macroprocesos de la autoevaluación con las percepciones de las causas y responsables de los equipos de gestión de los establecimientos de salud?</p> <p>PE 3: ¿Cuál será la relación de los estándares de los macroprocesos de la autoevaluación con las propuestas de mejora de la calidad de los equipos de gestión de los establecimientos de salud?</p>	<p>OE 2: Establecer la relación de los niveles de los estándares de los macroprocesos en la autoevaluación con las percepciones de las causas y responsables de los equipos de gestión.</p> <p>OE 3: Reconocer la relación de los niveles de estándares en la autoevaluación con las propuestas de mejora de la calidad de los equipos de gestión de los establecimientos de salud.</p>	<p>HE 2: La relación de los estándares de los macroprocesos de la autoevaluación con las percepciones de las causas de los equipos de gestión de los establecimientos de salud es significativa.</p> <p>HE 3: La relación de los estándares de los macroprocesos de la autoevaluación con las propuestas de mejora de la calidad de los equipos de gestión de los establecimientos de salud es significativa.</p>	<p>puntaje en la autoevaluación:</p> <p>Propuesta de los objetivos de un plan de mejora de los estándares:</p> <p>Propuesta de estrategias de un plan de mejora de los estándares:</p> <p>Propuesta de los recursos de un plan de mejora de los estándares:</p> <p>Propuesta de responsables de un plan de mejora de los estándares:</p> <p>Tipo de establecimiento</p>	<p>establecimientos de salud .</p> <p><b>MUESTRA</b> Representativa aleatoria simple: 173</p> <p><b>TÉCNICAS</b> Encuesta</p> <p><b>INSTRUMENTOS</b> Cuestionario</p>
--	---	---	---	---



### Anexo 2. Reporte de la autoevaluación

Establecimiento: .....

Tipo Establecimiento: .....

Fase: .....

Año: .....

Periodo: .....

Resultados de los macroprocesos:

CodMac	Puntaje Max. por categoría	Puntaje Obtenido por categoría	Cumplimiento x categoría (%)
ADA			
AEX			
ATA			
CGP			
DIR			
DLDE			
EIF			
EMG			
GCA			
GIM			
GIN			
GMD			
GRH			
GSD			
MRA			
MRS			
RCR			

Resultado final: .....



### Resultados por estándar:

CodMac/estándar (37)	Total	E	P
ADA-1			
AEX-1			
AEX-2			
AEX-3			
AEX-4			
ATA-1			
ATA-3			
ATA-4			
CGP-1			
CGP-2			
DIR-1			
DIR-2			
DLDE-1			
DLDE-4			
EIF-1			
EMG-1			
GCA-1			
GCA-2			
GCA-3			
GIM-1			
GIM-2			
GIN-1			
GMD-1			
GRH-1			
GRH-2			
GRH-3			
GRH-4			
GSD-1			
GSD-2			
MRA-1			
MRA-6			
MRA-7			
MRA-8			
MRS-2			
RCR-1			
RCR-3			
RCR-4			



## Anexo 3. ENCUESTA CARACTERÍSTICAS DE LOS CONFLICTOS

Estimados señores del Equipo de Gestión, la presente encuesta tiene como objetivo conocer sus percepciones y propuestas acerca del proceso de Autoevaluación para la Acreditación de los establecimientos de salud. La responsable de este estudio es la Obstetra ULDA PARI HUAYHUA. Les solicitamos participar voluntariamente contestando las siguientes preguntas con sinceridad. La información solo será usada con fines de estudio, no se identificará a los participantes ni al establecimiento. Gracias.

**A. TIPO DE ESTABLECIMIENTO:** .....

**B. NIVEL GENERAL DE ESTÁNDARES DE LA AUTOEVALUACIÓN**

- NO aprobado. Reiniciar desde Autoevaluación (<50%)
- NO aprobado. Subsanan en 9 meses (50%-69%)
- NO aprobado. Subsanan en 6 meses (70%-84%)
- Aprobado (85% o más)

**C. PERCEPCIÓN DE RAZONES DEL PUNTAJE DE LA AUTOEVALUACIÓN**

- 1.8.2. Falta de tiempo por exceso de trabajo
- 1.8.3. Desinformación
- 1.8.4. Deficiente asesoría
- 1.8.5. Limitación de recursos
- 1.8.6. Rotación del personal
- 1.8.7. Ubicación distante de los EE.SS.

Percepción de los responsables del puntaje alcanzado

- 1.8.8. Equipo de gestión del establecimiento
- 1.8.9. Jefe del establecimiento
- 1.8.10. Trabajadores del establecimiento
- 1.8.11. Director de la Red
- 1.8.12. Equipo de gestión de la Red

**D. PROPUESTA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD**



## Propuesta de los objetivos de un plan de mejora de los estándares

- 1.8.13. Mejorar algunos macroprocesos específicos
- 1.8.14. Aumentar el equipamiento, materiales y personal
- 1.8.15. Dar mejor atención a los usuarios

## Propuesta de estrategias de un plan de mejora de los estándares

- 1.8.16. Capacitación del equipo de gestión
- 1.8.17. Renovar el equipo de gestión
- 1.8.18. Apoyo de los responsables de la Red
- 1.8.19. Capacitación para adecuado registro de información

## Propuesta de los recursos necesarios para la mejora de los estándares

- Más personal profesional
- 1.8.20. Financiamiento para equipos, materiales e insumos de laboratorio
- 1.8.21. Nueva infraestructura

## Propuesta de responsables de un plan para la mejora de los estándares

- 1.8.22. Comité de Gestión de los establecimientos
- 1.8.23. Jefe del establecimiento
- 1.8.24. Personal de salud
- 1.8.25. Un nuevo comité de gestión

GRACIAS



## Anexo 4: RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (MINSA 050)

Macroprocesos	Estándares	Criterios de evaluación
1. Direccionamiento	2	11
2. Gestión de recursos humanos	4	11
3. Gestión de la calidad	3	22
4. Manejo del riesgo de atención	8	50
5. Emergencias y desastres	3	21
6. Control de la gestión y prestación	2	15
7. Atención ambulatoria	4	17
8. Atención extramural	4	13
9. Atención de hospitalización	7	26
10. Atención de emergencias	3	14
11. Atención quirúrgica	4	24
12. Docencia e Investigación	2	15
13. Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14. Admisión y alta	4	16
15. Referencia y contrarreferencia	4	13
16. Gestión de medicamentos	3	15
17. Gestión de la información	3	14
18. Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
19. Manejo del riesgo social	2	6
20. Manejo de nutrición de pacientes	2	10
21. Gestión de insumos y materiales	2	8
22. Gestión de equipos e infraestructura	2	12
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>361</b>



## ANEXO 5. ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LA REGIÓN CUSCO

- Hospitales III-1 (2) Hospital Regional del Cusco, Hospital Antonio Lorena
- Hospitales II-1 (4) Hospital Espinar, Hospital Quillabamba, Hospital Santo Tomás, Hospital Sicuani.
- Puestos de Salud I-1 (13 27 32 34 21 8) **(133)**
- Puestos de Salud I-2 (24 11 15 22 20 9) **(104)**
- Centro de Salud I-3 (6 3 5 18 10 2) **(44)**
- Centro de Salud I-4 (5 1 7 11 10 1) **(35)**

**Total: 322 EE.SS.**

### Redes de Salud:

#### 1.- Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar

Puestos de Salud I-1 (13)

Puestos de Salud I-2 (24)

Centro de Salud I-3 (6)

Centro de Salud I-4 (5)

**Total: 48**

#### 2.- Red de Servicios de Salud Chumbivilcas

Puestos de Salud I-1 (27)

Puestos de Salud I-2 (11)

Centro de Salud I-3 (3)

Centro de Salud I-4 (1)

**Total: 42**



### 3.- Red de Servicios de Salud La Convención

Puestos de Salud I-1 (32)

Puestos de Salud I-2 (15)

Centro de Salud I-3 (5)

Centro de Salud I-4 (7)

**Total: 59**

### 4.- Red de Servicios de Salud Cusco Norte

Puestos de Salud I-1 (32)

Puestos de Salud I-2 (24)

Centro de Salud I-3 (18)

Centro de Salud I-4 (11)

**Total: 85**

### 5.- Red de Servicios de Salud Cusco Sur

Puestos de Salud I-1 (21)

Puestos de Salud I-2 (20)

Centro de Salud I-3 (10)

Centro de Salud I-4 (10)

**Total: 61**

### 6.- Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM

Puestos de Salud I-1 (8)

Puestos de Salud I-2 (10)

Centro de Salud I-3 (2)

Centro de Salud I-4 (1)

**Total: 21**



### Anexo 6. Validación por juicio de expertos

#### CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

Quien suscribe, Patino Díaz, Marta Sabina, con el título profesional de: Lic. en Trabajo So., con los Grados Académicos de: Doctor en Ciencias: Salud Pública, identificado/a con DNI N° 29669441,

doy constancia que he realizado el juicio de experto del instrumento para ser utilizado en el proyecto de tesis titulado: RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN CON LAS PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, USCO 2023, elaborado doña ULDA PARI HUAYHUA, siendo la conclusión general: de aplicación al 100%

Fecha: 13/7/..... julio 2023

  
Firma

#### CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

Quien suscribe, Nesstor Pilco Ferreto, con el título profesional de Biólogo, con los Grados Académicos de Magíster en Ciencias, identificado/a con DNI N° 43564341, doy constancia que he realizado el juicio de experto del instrumento para ser utilizado en el proyecto de tesis titulado: RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN CON LAS PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023, elaborado doña ULDA PARI HUAYHUA, siendo la conclusión general:

Instrumento 1 de encuesta: Muy alta

Fecha: 13 de julio 2023

  
Nesstor Pilco Ferreto  
DNI N° 43564341



## CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

Quien suscribe, Alejandro Vela Quico, con el título profesional de: Médico cirujano, Licenciado en Antropología, con los Grados Académicos de: Dr. en Medicina, Maestría en Salud Pública y Maestría en Filosofía, identificado con DNI N° 29394739, doy constancia que he realizado el juicio de experto del instrumento para ser utilizado en el proyecto de tesis titulada: RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN CON LAS PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023, propuesto por el Bachiller ULDA PARI HUAYHUA, siendo mi opinión del instrumento tiene una **ALTA** (80 – 100%) validación y se encuentra en condiciones de ser aplicado.

Arequipa, 10 julio 2023

Dr. Alejandro Vela Quico

## CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

Quien suscribe, Victor Hugo Gonzales Diaz, con el título profesional de: Medico Cirujano, con los Grados Académicos de: Maestro en Ciencias: Administracion y Gestion en Salud, identificado/a con DNI N° 42908802, doy constancia que he realizado el juicio de experto del instrumento para ser utilizado en el proyecto de tesis titulado: RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN CON LAS PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023, elaborado doña ULDA PARI HUAYHUA, siendo la conclusión general: Instrumento válido, aplicar.

Fecha: 19 julio 2023

Firma



### FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO OPINIÓN DEL EXPERTO

#### I. DATOS GENERALES

- 1.1. Autor del instrumento: ULDA PARI HUAYHUA
- 1.2. Validado por: Dr. Ricardo Anibal Maldonado Mamani
- 1.3. Título de la investigación: Relación de los estándares de acreditación en la autoevaluación, percepciones y propuestas de mejora de la calidad de los equipos de gestión de los establecimientos de salud, cusco 2023
- 1.4. Nombre del instrumento: Encuesta

#### II. ASPECTOS A EVALUAR

N°	INDICADORES	VALORACIÓN																			
		DEFICIENTE				BAJO				REGULAR				BUENA				EXCELENTE			
		1	9	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1	CLARIDAD	Esta formado con lenguaje apropiado.																			
2	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.																			
3	ACTUALIDAD	Está adecuado al avance de la ciencia.																			
4	ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																			
5	SUFICIENCIA	El número de ítems propuesto es suficiente para medir la variable.																			
6	ADECUACIÓN	Está adecuado para valorar la variable de estudio.																			
7	CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y científicos.																			
8	COHERENCIA	Existe coherencia entre el problema, objetivos e hipótesis.																			
9	METODOLOGÍA	Responde al propósito de la investigación.																			
10	PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación.																			

- III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Buena
- IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 75%
- V. OBSERVACIONES: Ninguna
- LUGAR Y FECHA: juliaca 27/12/24

FIRMA DEL EXPERTO

Dr. Ricardo Anibal Maldonado Mamani



### FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO OPINIÓN DEL EXPERTO

#### I. DATOS GENERALES

- 1.1. Autor del instrumento: ULDA PARI HUAYHUA
- 1.2. Validado por: Dr. Segundo Ortiz Conzas
- 1.3. Título de la investigación: Relación de los estándares de acreditación en la autoevaluación, percepciones y propuestas de mejora de la calidad de los equipos de gestión de los establecimientos de salud, Cusco, 2029
- 1.4. Nombre del instrumento: Encuesta

#### II. ASPECTOS A EVALUAR

N°	INDICADORES		VALORACIÓN																			
			DEFICIENTE				BAJO				REGULAR				BUENA				EXCELENTE			
			1	9	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
1	CLARIDAD	Esta formado con lenguaje apropiado.																				
2	OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.																				
3	ACTUALIDAD	Está adecuado al avance de la ciencia.																				
4	ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																				
5	SUFICIENCIA	El número de ítems propuesto es suficiente para medir la variable.																				
6	ADECUACIÓN	Está adecuado para valorar la variable de estudio.																				
7	CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y científicos.																				
8	COHERENCIA	Existe coherencia entre el problema, objetivos e hipótesis.																				
9	METODOLOGÍA	Responde al propósito de la investigación.																				
10	PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación.																				

- III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Buena
- IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 7.5%
- V. OBSERVACIONES: Ninguna
- LUGAR Y FECHA: Juliaca 27/12/24

FIRMA DEL EXPERTO

*Dr. Segundo Ortiz Conzas*

29509950





ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS  
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN  
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 27/12/2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: ULDA PARI HUAYHUA

Dirección: ASOC. CONDOMINIO COSTA VERDE A-2

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 02423186

Teléfono: 984400431 email: uldapari4@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

Escuela Profesional o Mención: \_\_\_\_\_

Título o Grado Académico a optar: DOCTOR EN SALUD

Asesor: Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: RELACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA AUTOEVALUACIÓN, PERCEPCIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CUSCO 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): \_\_\_\_\_

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1, 2</sup>?  
2

<sup>1</sup> Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

<sup>2</sup> Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

- Bachiller   
  Titulo   
  2da Especialidad   
  Maestría   
  Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.  
 Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_  
 No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo  
 No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

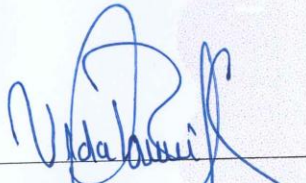
La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA – P65

  
Firma de Autor



huella digital

27/12/2024

Fecha