



Autoevaluación de los estándares de acreditación y propuestas para mejorar la calidad de los equipos de gestión de los centros de salud en cusco

Self-assessment of accreditation standards and proposals to improve the quality of management teams at health centers in Cusco

Autoavaliação dos padrões de acreditação e propostas para melhorar a qualidade das equipas de gestão dos centros de saúde de Cusco

Ulda Pari-Huayhua^I

uldapari4@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-7859-2291>

Lizbeth Yubitza Condori-Calapuja^{II}

lizbeth.condori.calapuja@ucsp.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-1248-9048>

Jorge Luis Perez-Pacheco^{III}

Jorgeluis_perez.p@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-1617-9178>

Leopoldo Wenceslao Condori-Cari^{IV}

leowen0621@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2372-6720>

Correspondencia: uldapari4@gmail.com

Ciencias Económicas y Empresariales
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 10 de agosto de 2024 * **Aceptado:** 20 de septiembre de 2024 * **Publicado:** 27 de octubre de 2024

- I. Licenciado en Obstetricia, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Juliaca, Perú.
- II. Licenciada en Administración de Negocios, Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú.
- III. Bachiller en Administración y Negocios Internacionales, Universidad Alas Peruanas, Perú.
- IV. Licenciado en Administración de Empresas, Magíster en Administración, Doctor en Educación, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Juliaca, Perú.

Resumen

Objetivo: El objetivo principal de la presente investigación radica en analizar rigurosamente los estándares de acreditación establecidos para los centros de atención médica en la región de Cusco, con miras a obtener la certificación correspondiente pues, se mediante la realización de un exhaustivo proceso de autoevaluación, se puede identificar de manera efectiva las estrategias fundamentales en relación con los estándares de acreditación, lo cual posibilita prever de forma anticipada la excelencia en la prestación de los servicios brindados por las entidades gubernamentales de salud en la región de Cusco. **Material y métodos:** El estudio se realizó siguiendo un riguroso enfoque cuantitativo, empleando el reconocido método hipotético-deductivo y clasificándose como una investigación básica, transversal, prospectiva y correlacional. Los elementos analizados en la investigación fueron los distintos equipos directivos que conforman los diferentes tipos de establecimientos de salud. Así pues, se realizó un detallado estudio de opinión, mediante la aplicación de una encuesta, entre los diferentes individuos que acuden de manera regular a los centros médicos, cuya importancia y pertinencia fueron debidamente validadas mediante la evaluación exhaustiva de especialistas altamente calificados en el campo correspondiente. **Resultados:** Menos del 50% de cumplimiento en los estándares de acreditación se observó en la autoevaluación de la calidad de los servicios de salud prestados. Entre el 50% y el 69% logró cumplir con dichos estándares posteriormente identificados. En la evaluación, solo un 2.80% obtuvo aprobación. Los hospitales y Centros de Salud en la región presentan un comportamiento significativo desde el punto de vista estadístico ($p = 0.012$). La limitación de recursos, la carga laboral excesiva y la rotación del personal son percepciones sobre las causas del resultado de la Autoevaluación, además se percibe a los equipos de gestión y los trabajadores en general como responsables de estos resultados. Según las propuestas analizadas, los objetivos de un Plan de Mejora deben incluir el aumento del equipamiento necesario, los materiales y el personal especializado en los establecimientos de salud; seguido de la mejora de algunos macroprocesos específicos, según la mayoría de los expertos. El apoyo de los responsables de la red y la capacitación de los equipos de gestión se proponen como estrategias que cumplen con los estándares obligatorios de acreditación ($p = 0.40$). El aumento de personal profesional y la adquisición de una nueva infraestructura son recursos necesarios identificados por la mayoría de las personas. El Plan identifica a los comités de gestión y al personal de salud como responsables. El nivel de estándares de acreditación logrado tiene una correlación estadística con esta propuesta

($p = 0.10$). La categoría del establecimiento tiene una relación estadísticamente significativa con las propuestas de objetivos de un Plan de Mejora, con un nivel de significancia de ($p = 0.011$).

Conclusión: Según los estándares de Autoevaluación de la acreditación, la mayoría de las organizaciones de salud obtuvieron un nivel bajo. La relación entre el nivel de estándares alcanzado y la categoría del establecimiento es estadísticamente significativa ($p = 0.012$). Por otro lado, las propuestas de estrategias para un Plan de Mejora que demuestran un nivel de satisfacción alcanzado de manera estadísticamente significativa ($p = 0.040$). La relación entre la identificación de los responsables y el nivel de estándares alcanzado ($p = 0.010$) así como la relación entre las propuestas de objetivos del Plan y la categoría del establecimiento son estadísticamente significativas ($p = 0.011$).

Palabras claves: establecimiento; salud; acreditación; autoevaluación.

Abstract

Objective: The main objective of this research is to rigorously analyze the accreditation standards established for health care centers in the Cusco region, with a view to obtaining the corresponding certification. Through an exhaustive self-assessment process, it is possible to effectively identify the fundamental strategies in relation to the accreditation standards, which makes it possible to anticipate excellence in the provision of services provided by government health entities in the Cusco region. **Material and methods:** The study was conducted following a rigorous quantitative approach, using the recognized hypothetical-deductive method and classified as basic, cross-sectional, prospective and correlational research. The elements analyzed in the research were the different management teams that make up the different types of health establishments. Thus, a detailed opinion study was carried out through the application of a survey among the different individuals who regularly attend medical centers, whose importance and relevance were duly validated through the exhaustive evaluation of highly qualified specialists in the corresponding field. **Results:** Less than 50% compliance with the accreditation standards was observed in the self-assessment of the quality of the health services provided. Between 50% and 69% managed to meet these standards later identified. In the evaluation, only 2.80% obtained approval. Hospitals and Health Centers in the region present a statistically significant behavior ($p = 0.012$). Limited resources, excessive workload and staff turnover are perceptions about the causes of the result of the Self-Assessment, in addition, management teams and workers in general are perceived as

responsible for these results. According to the proposals analyzed, the objectives of an Improvement Plan should include increasing the necessary equipment, materials and specialized personnel in health establishments; The most common strategies are: improvement of some specific macroprocesses, followed by improvement of some specific macroprocesses, according to most experts. Support of network managers and training of management teams are proposed as strategies that meet mandatory accreditation standards ($p = 0.40$). Increase in professional staff and acquisition of new infrastructure are necessary resources identified by most people. The Plan identifies management committees and health personnel as responsible. The level of accreditation standards achieved has a statistical correlation with this proposal ($p = 0.10$). The category of the establishment has a statistically significant relationship with the proposed objectives of an Improvement Plan, with a significance level of ($p = 0.011$). Conclusion: According to the Self-Assessment standards of accreditation, most health organizations obtained a low level. The relationship between the level of standards achieved and the category of the establishment is statistically significant ($p = 0.012$). On the other hand, the proposals for strategies for an Improvement Plan demonstrate a level of satisfaction achieved in a statistically significant manner ($p = 0.040$). The relationship between the identification of those responsible and the level of standards achieved ($p = 0.010$) as well as the relationship between the proposed objectives of the Plan and the category of the establishment are statistically significant ($p = 0.011$).

Keywords: establishment; health; accreditation; self-assessment.

Resumo

Objetivo: O principal objectivo desta investigação consiste em analisar rigorosamente os padrões de acreditação estabelecidos para os centros de assistência médica na região de Cusco, com o objectivo de obter a certificação correspondente, através da realização de um processo de auto-avaliação exaustivo. identificadas em relação aos padrões de acreditação, o que permite antecipar a excelência na prestação de serviços prestados pelas entidades governamentais de saúde na região de Cusco. Material e métodos: O estudo foi realizado seguindo uma rigorosa abordagem quantitativa, utilizando o reconhecido método hipotético-dedutivo e classificando-se como investigação básica, transversal, prospetiva e correlacional. Os elementos analisados na pesquisa foram as diferentes equipas de gestão que compõem os diferentes tipos de estabelecimentos de saúde. Assim, foi realizado um estudo de opinião detalhado, através da aplicação de um inquérito,

junto dos diferentes individuos que frecuentan regularmente centros médicos, cuya importância e relevância foram devidamente validadas através da avaliação exaustiva de especialistas altamente qualificados na área. Resultados: Observou-se menos de 50% de conformidade com as normas de acreditação na autoavaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados. Entre 50% e 69% conseguiram cumprir estas normas posteriormente identificadas. Na avaliação, apenas 2,80% obtiveram aprovação. Os Hospitais e Centros de Saúde da região apresentam um comportamento estatisticamente significativo ($p = 0,012$). A limitação de recursos, a carga horária excessiva e a rotatividade de pessoal são percepções sobre as causas dos resultados da Autoavaliação, além disso, as equipas de gestão e os trabalhadores em geral são percebidos como responsáveis por estes resultados. De acordo com as propostas analisadas, os objetivos de um Plano de Melhorias deverão incluir o aumento dos equipamentos, materiais e pessoal especializado necessários nas unidades de saúde; seguida da melhoria de alguns macroprocessos específicos, segundo a maioria dos especialistas. O apoio dos responsáveis pela rede e a formação das equipas de gestão são propostas como estratégias que cumprem os padrões obrigatórios de acreditação ($p = 0,40$). O aumento do pessoal profissional e a aquisição de novas infra-estruturas são recursos necessários identificados pela maioria das pessoas. O Plano identifica os comités de gestão e o pessoal de saúde como responsáveis. O nível de padrões de acreditação atingido tem uma correlação estatística com esta proposta ($p = 0,10$). A categoria do estabelecimento apresenta uma relação estatisticamente significativa com os objetivos propostos de um Plano de Melhorias, com um nível de significância de ($p = 0,011$). Conclusão: De acordo com as normas de Autoavaliação da Acreditação, a maioria das organizações de saúde obteve uma pontuação baixa. A relação entre o nível de padrões atingido e a categoria do estabelecimento é estatisticamente significativa ($p = 0,012$). Por outro lado, as estratégias propostas para um Plano de Melhorias demonstram um nível de satisfação alcançado de forma estatisticamente significativa ($p = 0,040$). A relação entre a identificação dos responsáveis e o nível de padrões atingidos ($p = 0,010$) bem como a relação entre os objetivos propostos do Plano e a categoria do estabelecimento são estatisticamente significativas ($p = 0,011$).

Palavras-chave: estabelecimento; saúde; acreditação; auto-avaliação.

Introducción

La provisión de servicios de calidad de acuerdo con los requisitos necesarios para la acreditación de las entidades de salud es un tema relevante que aborda el tratamiento oportuno de estudio.

Cumplir con normativas legales a nivel nacional, regional y local implica asumir responsabilidades. En este estudio, se analizan las percepciones sobre obstáculos que podrían afectar la autoevaluación de la calidad de gestión en dependencias de Salud de la Región Cusco. En el estudio actual se identifican variables relevantes, se definen objetivos e hipótesis, se expone la metodología empleada, todo respaldado por un marco teórico respaldado por fuentes científicas y normativa legal pertinente. Se ha creado un instrumento a través de la operacionalización de variables para identificar percepciones y propuestas. El marco teórico sustenta la relevancia de la especialidad con estudios previos a nivel internacional, nacional y local. Las definiciones del marco conceptual complementan la información recopilada de la autoevaluación de los establecimientos del sector público en la región del Cusco.

La atención médica es crucial en nuestro país debido a la falta de acceso a diversas áreas de los establecimientos de salud. Conlleva otros riesgos de salud frecuentes en el país. Para mejorar los procesos, es necesario implementar un cuidadoso manejo en la prestación de servicios de alta calidad en los diferentes niveles de atención médica. La misión de una organización es mejorar sus estructuras organizativas a través del aprendizaje constante y superar expectativas. Las organizaciones de salud deben esforzarse continuamente por alcanzar la excelencia en la prestación de servicios. Para lograr calidad en una organización, es fundamental potenciar el liderazgo de los directivos, promover la colaboración en equipo, establecer una gestión orientada a procesos y emplear datos pertinentes para la toma de decisiones (1).

No siempre se cumple la premisa de alcanzar resultados satisfactorios en la ejecución de los servicios al considerar la "prestación de servicios de calidad". La satisfacción del usuario no indica la calidad del servicio. El usuario comunica la influencia del servicio en el público. A veces, la importancia dada a la calidad del servicio en un hospital supera el mantenimiento del equipo quirúrgico y la competencia del médico. Un aumento en la carga de trabajo del personal puede afectar su nivel de satisfacción laboral. Esto puede ser causado por el incremento de responsabilidades laborales. La calidad en el servicio se evidencia en el intercambio satisfactorio entre clientes y prestadores de servicios en un contexto humano. Un proveedor comprometido se encarga minuciosamente de asegurar la correcta integración de todos los componentes que inciden en la calidad mediante su pericia (2).

La idoneidad del indicador "satisfacción del usuario" para propósitos de auditoría o comparación entre instituciones, considerado como un indicador "objetivo", puede presentar dificultades

significativas. La queja sobre la lejanía del establecimiento, los altos costos, la falta de respeto en el trato, o las largas esperas, debe ser analizada de manera distinta según el tipo de establecimiento al que asiste la población. Ya sea que se trate de un lugar frecuentado por población indígena excluida, clase media urbana educada o población rural empoderada y exigente. La interpretación del indicador debe variar según el contexto en el que se encuentre. La diversidad de contextos en los que se aplica el indicador dificulta su utilidad para comparar objetivamente diferentes establecimientos. La utilidad de este instrumento reside en su capacidad para recopilar las percepciones de los grupos humanos que hacen uso de los establecimientos. A partir de esta información, los equipos prestadores pueden desarrollar respuestas inteligentes con el fin de mejorar la funcionalidad de los servicios ofrecidos (2).

En el año 1993, en Perú, se inició la implementación del proceso de acreditación de organismos de salud con la colaboración especializada de la reconocida Comisión de Acreditación de Entidades Hospitalarias. La Comisión ha obtenido aprobación a través de una Resolución Ministerial. La realización de la actividad fue exitosa, destacándose por su alcance a nivel nacional en el ámbito hospitalario. El enfoque se fundamentó en sistemas de evaluación de conformidad que requerían la intervención de un organismo de certificación externo que actuaba conforme a principios de mercado. Se distinguió por la implementación de normas enfocadas en la estructura. El nivel de eficiencia del proceso operativo era insatisfactorio, y solo unos pocos hospitales lograron obtener la acreditación (3).

La falta de incentivos económicos y la escasez de recursos pueden atribuirse a una debilidad identificada en el proceso. La acreditación no garantizaba ventajas competitivas. Se actualizaron las normas tras entrevistas a actores relevantes y reuniones técnicas con expertos en el campo correspondiente. La normativa actualmente en vigor se aplica a instituciones educativas de todos los niveles a nivel nacional mediante un proceso único y progresivo. Se aplica normativa a instituciones educativas de todos los niveles a nivel nacional mediante un proceso único y progresivo. La evaluación externa es necesaria para lograr la acreditación, mientras que la autoevaluación es obligatoria. El objetivo principal de ambas fases es implementar un enfoque centrado en los procesos. La norma técnica garantizaba servicios de alta calidad por parte de los proveedores. Se busca fomentar una cultura de calidad en el ámbito de la salud mediante un enfoque estandarizado en la prestación de servicios (3). La Región Cusco inició un proceso de autoevaluación en 2022. Los resultados obtenidos en todos los establecimientos han sido

insatisfactorios. Actualmente, se implementan programas de mejora para involucrar al personal en el compromiso. La acreditación de servicios de salud busca garantizar la excelencia y calidad de las prestaciones en beneficio de la población atendida.

Autoevaluación de los estándares de acreditación

La autoevaluación es un procedimiento necesario para obtener la acreditación institucional de una organización. El propósito de la investigación es evaluar el nivel de conformidad con los estándares establecidos, así como identificar las áreas que presentan fortalezas y que necesitan ser mejoradas. La acreditación otorgada a una organización que cumple con los estándares requeridos garantiza que el establecimiento de salud haya cumplido con dichos estándares. Los criterios de evaluación son parámetros de referencia que determinan el nivel de cumplimiento necesario para la calificación objetiva (4). La evaluación externa es un proceso fundamental que tiene como propósito principal verificar de manera objetiva y rigurosa los resultados alcanzados en relación con los estándares y criterios establecidos previamente, los cuales fueron detalladamente examinados durante la fase de autoevaluación.

La obtención de la Constancia de Acreditación es un requisito previo indispensable para poder solicitar y obtener la Resolución Ministerial que certifica oficialmente la condición de Acreditado, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente. Dentro de las diferentes fases del proceso de autoevaluación institucional, se considera fundamental la integración y análisis detallado del Plan Operativo Institucional. Este plan, que abarca las metas, objetivos, estrategias y acciones a seguir en un periodo determinado, juega un papel crucial en la evaluación interna de la institución, la formación y establecimiento del equipo encargado de llevar a cabo el proceso de Acreditación, la designación de los evaluadores internos altamente capacitados es llevada a cabo de manera minuciosa y detallada por la autoridad institucional competente, la planificación y aprobación del Plan de Autoevaluación son etapas fundamentales en el desarrollo del proceso de evaluación institucional (4).

El procedimiento de acreditación de los centros de atención médica se basa en la provisión de servicios de acuerdo con estándares óptimos y alcanzables, previamente establecidos y conocidos por los expertos del ámbito de la salud. El objetivo principal de la acreditación es fomentar y promover medidas y estrategias que contribuyan de manera efectiva al establecimiento y mantenimiento de un equilibrio óptimo en el funcionamiento y desempeño de una institución de

salud (5). Los evaluadores certificados tienen la responsabilidad de llevar a cabo las acciones de evaluación en todas las etapas del proceso. Las funciones de usted estarán bajo la supervisión de la autoridad sanitaria a nivel regional y nacional. Los estándares establecidos en la estructura, los procesos y los resultados de acreditación deben priorizar la metodología y el enfoque hacia el usuario. En este sentido, las instituciones de salud o servicios médicos auxiliares pueden necesitar asesoramiento técnico a nivel nacional, regional o local para facilitar el proceso de obtención de la acreditación. Por consiguiente, el proceso de acreditación se lleva a cabo con respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad (5).

El estándar se define como el nivel de desempeño deseado que se establece previamente con el fin de guiar las prácticas operativas que conduzcan a resultados óptimos en cuanto a calidad. El estándar de estructura se define como el nivel de rendimiento deseado en relación con las tareas asignadas, ya sea de recuperación o rehabilitación. El estándar de proceso de atención se define como el nivel de rendimiento que se busca lograr en cada una de las fases del cuidado asistencial, la recuperación, la rehabilitación y la prevención de enfermedades. El estándar de resultados se define como el nivel de rendimiento al que se aspira alcanzar para cumplir con un objetivo específico en el campo de la salud. Los estándares específicos hacen referencia a los niveles concretos de rendimiento deseado en aspectos particulares del ámbito de la salud. Los estándares genéricos son niveles de rendimiento ampliamente definidos que representan los objetivos deseados en los diferentes aspectos de la gestión de servicios (5).

Propuestas para mejorar la calidad de los servicios de salud

La calidad y eficiencia en la atención brindada en los diferentes establecimientos de salud es fundamental para garantizar la satisfacción de los pacientes y usuarios. Es imprescindible asegurar que se cumplan los más altos estándares de excelencia en la prestación de servicios médicos y asistenciales. Para alcanzar exitosamente este propósito, se requiere la ejecución efectiva de estrategias que contemplen detalladamente protocolos de excelencia, capacitación constante del equipo médico y análisis regular de la calidad de los servicios prestados. En consecuencia, es imperativo que los establecimientos se esfuercen por asegurar y mantener altos estándares de calidad en una amplia gama de áreas y aspectos. Las acciones estratégicas están promoviendo de manera progresiva la adopción de un enfoque integral de gestión de la calidad que fomenta la implementación de sistemas de monitoreo y evaluación de la atención, con el propósito

fundamental de asegurar la calidad como pilar esencial de la intervención. De esta manera, se están incorporando de manera gradual y sistemática los principios fundamentales que implican la reestructuración y transformación de la entidad a través de un proceso continuo y constante de aprendizaje y mejora, en armonía con las demandas y expectativas cada vez más exigentes de los clientes. En las diversas organizaciones que conforman el sector de la salud, resulta de vital importancia impulsar de manera constante la mejora continua de su calidad y evolucionar progresivamente hacia la excelencia operativa, a través de la implementación efectiva de los diversos principios y modelos de gestión de calidad existentes, consolidándose de esta forma como el epicentro fundamental de su encomiable misión institucional. La implementación efectiva de los modelos de gestión se encuentra actualmente en una etapa inicial de desarrollo, lo cual implica una serie de desafíos y limitaciones que deben ser abordados para poder fortalecer de manera significativa la calidad del trabajo en equipo y la gestión fundamentada en procesos (6).

El sistema de salud ha logrado un nivel avanzado y cuenta con recursos adecuados. La calidad de la atención se mantiene alta, lo que se refleja en resultados positivos. Los criterios de atención han sido altamente valorados. Por consiguiente, es esencial desarrollar estrategias para mejorar la calidad, lo que facilitará la optimización del uso de los recursos disponibles y la ampliación de la cobertura poblacional. El objetivo es maximizar los resultados obtenidos a partir de la inversión realizada (7). Es importante resaltar la conexión entre la gestión de la calidad y los sistemas de salud, ya que constituye un aspecto relevante en esta dinámica. Esta relación puede ser examinada desde una perspectiva sistémica que distingue tres niveles: El texto hace referencia a tres niveles de gestión en el ámbito de la atención médica. El primer nivel se centra en la administración de la calidad de la atención, que implica las relaciones y procesos entre usuarios, proveedores y organizaciones en el contexto de la atención médica. El segundo nivel se enfoca en la gestión de la calidad de las organizaciones proveedoras de atención, las cuales suministran recursos e información para garantizar una atención de calidad. Por último, el tercer nivel de gestión se relaciona con el cumplimiento de los objetivos y funciones del sistema de salud, generando factores estructurales que impactan en las organizaciones de salud (7).

Metodología

Esta metodología permite una evaluación detallada y sistemática de las variables estudiadas, contribuyendo a una comprensión integral de los fenómenos observados en la población de

pacientes del MINSA de Cusco. El presente estudio se enmarca dentro de un enfoque cuantitativo deductivo, empleando el método científico para la investigación. Este enfoque permite la recolección y análisis de datos numéricos para identificar patrones, y las asociaciones entre variables, así como para generar conclusiones basadas en evidencia empírica. Se trató de un estudio transversal y prospectivo, diseñado para analizar y correlacionar variables en un solo punto en el tiempo. La naturaleza transversal del estudio facilita la evaluación de la situación actual de la población objetivo, mientras que el enfoque prospectivo permite observar las variables bajo estudio en un periodo determinado para entender sus posibles relaciones. El nivel del estudio es correlacional, dado que se centra en determinar la existencia y magnitud de relaciones entre variables sin intervenir directamente en su desarrollo. El diseño de investigación es no experimental, lo que implica que no se realizaron manipulaciones o intervenciones en las variables, sino que se observó la realidad tal como se presenta en el contexto natural. La población objetivo del estudio incluyó a todos los pacientes del Ministerio de Salud (MINSA) de Cusco. De esta población, se seleccionó una muestra de 322 pacientes mediante un muestreo no probabilístico. Esta muestra fue considerada representativa para analizar las variables de interés en relación con la población general del MINSA en Cusco. La recolección de datos se llevó a cabo utilizando técnicas e instrumentos seleccionados de acuerdo con el tipo de variables en estudio. La técnica principal de recolección de datos fue la encuesta, mientras que los instrumentos utilizados incluyeron cuestionarios estructurados y escalas de medición validadas para asegurar la precisión y relevancia de los datos obtenidos. Los cuestionarios y escalas fueron diseñados para captar de manera efectiva las características y variables bajo investigación, garantizando así la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos.

Resultados

Análisis inferencial

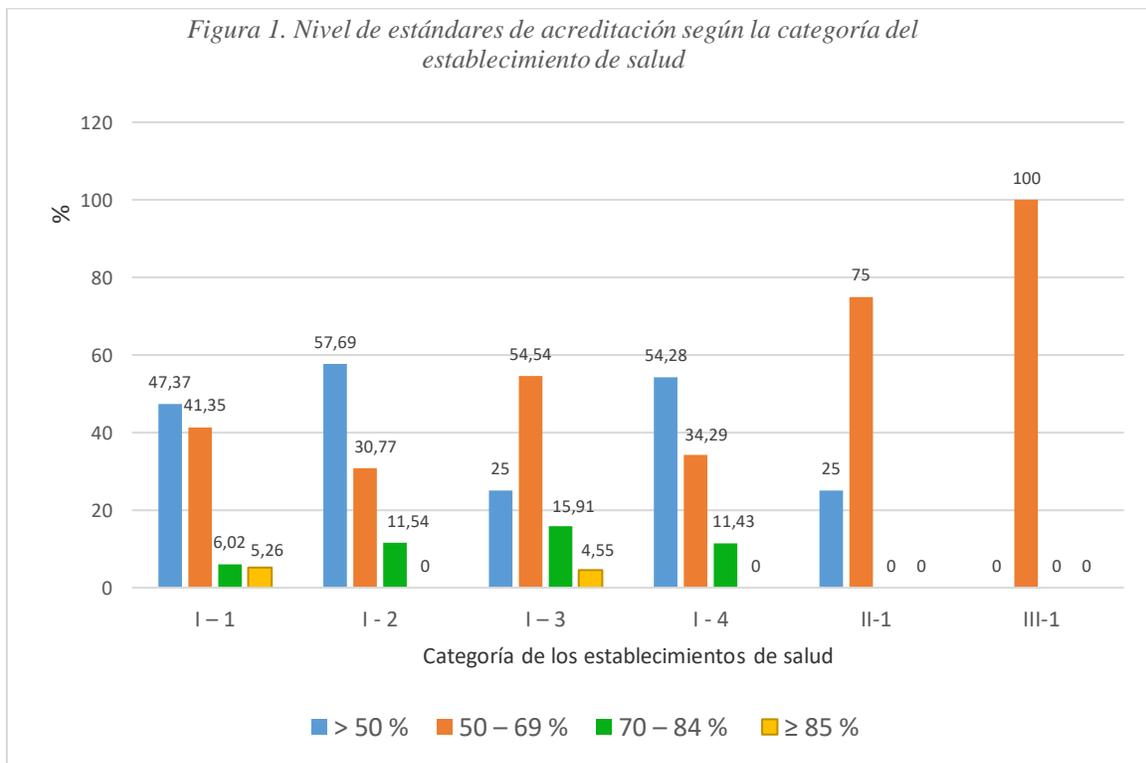
La aprobación por parte de las autoridades de la Región de Salud del Cusco ha sido evidente. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de forma virtual, habiéndose realizado previamente una prueba piloto para evaluar la operatividad de la encuesta. Los resultados de la encuesta fueron obtenidos a través de la participación de los equipos de gestión de forma institucional, lo cual ha arrojado los siguientes hallazgos.

Tabla 1

Nivel de estándares según la categoría del establecimiento de salud

Nivel de estándares	Categoría del establecimiento												Total	
	I - 1		I - 2		I - 3		I - 4		II-1		III-1		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
< 50 %	63	47	60	58	11	25	19	54	1	25	0	0	154	48
50 – 69 %	55	41	32	31	24	55	12	34	3	75	2	100	128	40
70 – 84 %	8	6	12	12	7	16	4	11	0	0	0	0	31	9.6
≥ 85 %	7	5.3	0	0	2	4.6	0	0	0	0	0	0	9	2.8
Total	133	100	104	100	44	100	35	100	4	100	2	100	322	100

Nota. $\chi^2 = 25.59$; $p = 0.012$ - Elaboración propia en base al procesamiento estadístico.



Nota. Elaboración propia en base al procesamiento estadístico

La Tabla 1 y la Figura 1 que se muestra a continuación se presentan detalladamente los estándares alcanzados en relación con el establecimiento de salud. Es importante analizar en profundidad la

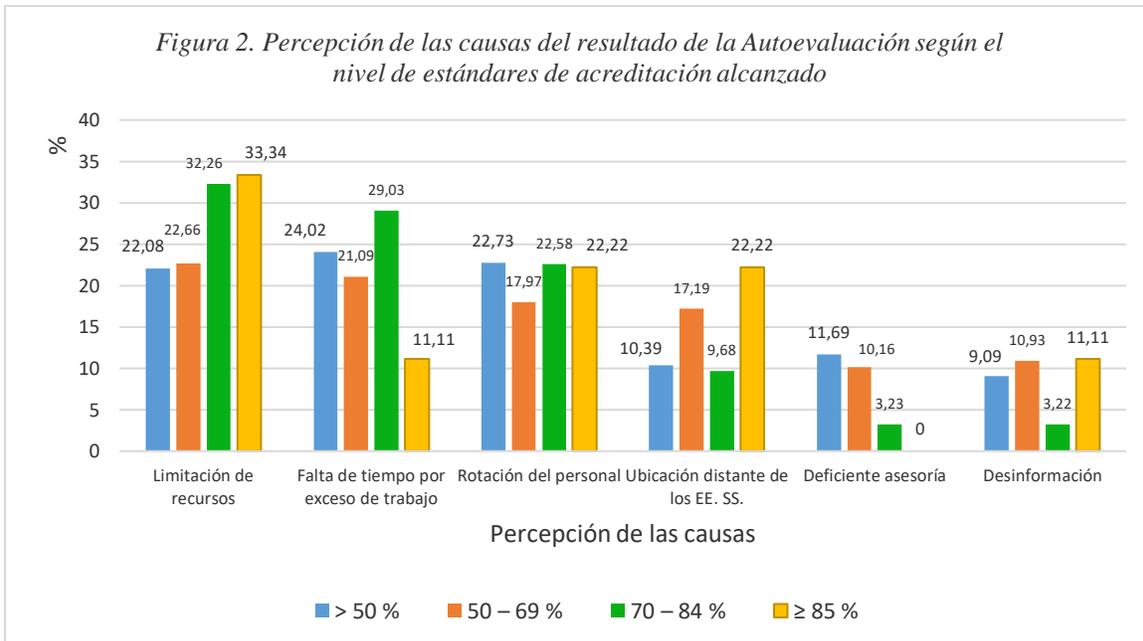
información proporcionada en ambos recursos visuales para comprender completamente el panorama general de la situación. Los resultados obtenidos en el estudio revelaron que un porcentaje inferior al 50% (concretamente un 47.83%) de los participantes lograron alcanzar el nivel más bajo en la autoevaluación realizada, lo cual indica claramente la urgencia de iniciar nuevamente el proceso desde dicho punto de partida. Solo un pequeño porcentaje, específicamente el 2.80%, tuvo éxito en alcanzar un nivel que les permitiera aprobar la evaluación.

Tabla 2

Percepción de las causas del resultado de la Autoevaluación según el nivel alcanzado

Causas	Nivel general estándares Autoevaluación Macroprocesos									
	> 50 %		50 – 69 %		70 – 84 %		≥ 85 %		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Limitación de recursos	34	22.08	29	22.66	10	32.26	3	33.34	76	23.6
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
Total	154	100	128	100	31	100	9	100	322	100

Nota. $X^2 = 11.3679$ $p = 0.7261$ - Elaboración propia en base al procesamiento estadístico.



Nota. Elaboración propia en base al procesamiento estadístico

En la Tabla 2 y la Figura 2 se comparan las percepciones sobre las causas del resultado de la Autoevaluación en función de los estándares de acreditación logrados por las organizaciones sanitarias. Las causas más comunes son la limitación de recursos, que afecta al 23.60% de los casos, la falta de tiempo debido a una carga laboral excesiva, presente en el 22.98% de los casos, y la rotación del personal, que alcanza el 20.81% de incidencia. Las percepciones sobre los resultados alcanzados en la autoevaluación de los estándares de acreditación no muestran significancia estadística.

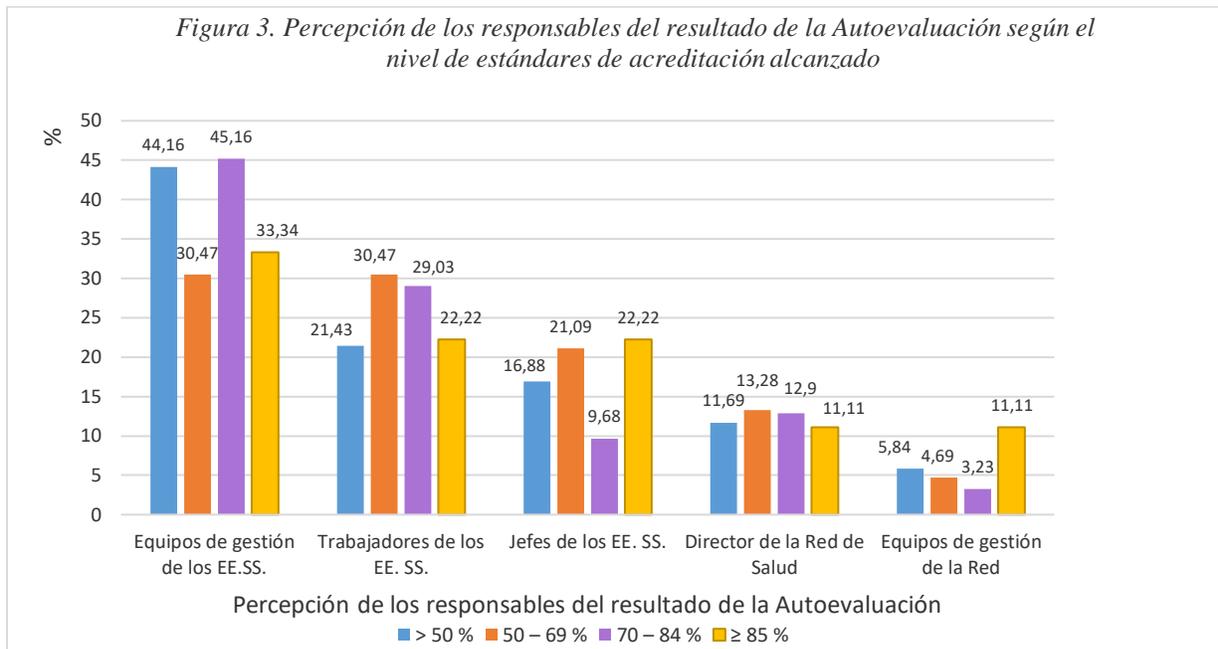
Tabla 3

Percepción de los responsables del resultado según nivel 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	44.2	39	30.5	14	45.2	3	33.3	124	38.5
Trabajadores de los EE.SS.	33	21.4	39	30.5	9	29	2	22.2	83	25.8
Jefes de los EE. SS.	26	16.9	27	21.1	3	9.68	2	22.2	58	18

Director de la Red de Salud	18	11.7	17	13.3	4	12.9	1	11.1	40	12.4
Equipos de gestión de la Red	9	5.84	6	4.69	1	3.23	1	11.1	17	5.28
Total	154	100	128	100	31	100	9	100	322	100

Nota. $X^2 = 9.28$; $p = 0.679$ - Elaboración propia en base al procesamiento estadístico.



Nota. Elaboración propia en base al procesamiento estadístico

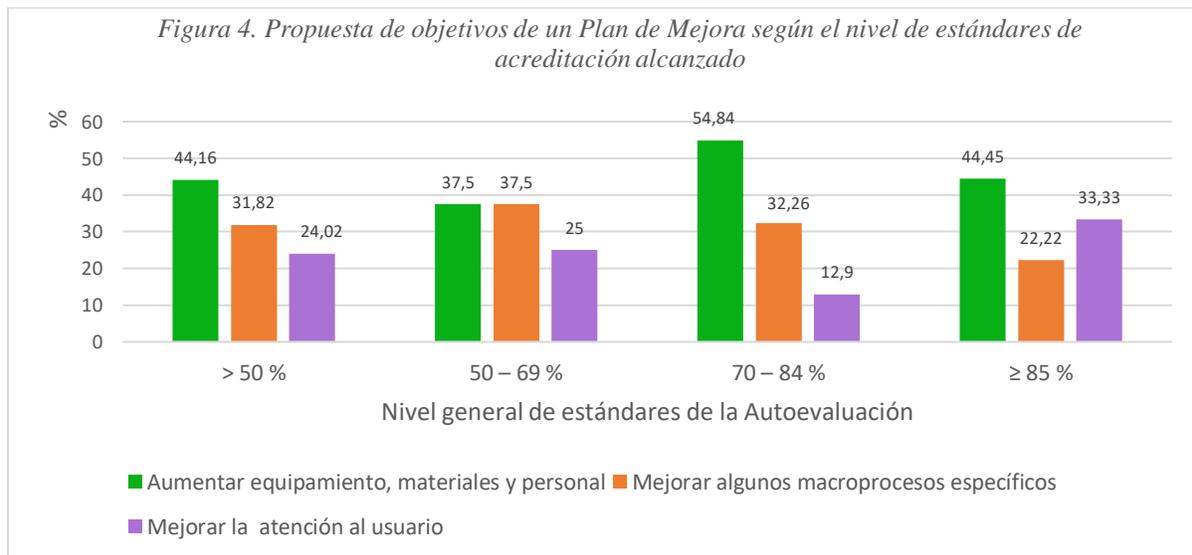
En la Tabla 3 y la Figura 3 se establece la correlación entre las percepciones de los encargados y el resultado obtenido en la Autoevaluación, en función del nivel de estándares de acreditación alcanzado. Según la mayoría de los encuestados, los equipos de gestión de los establecimientos de salud son responsables en un 38.51%, seguidos por los trabajadores de dichos establecimientos en un 25.78%. La presente investigación analiza la correlación entre las percepciones de los encargados del resultado de la Autoevaluación y el nivel de estándares de acreditación logrado. La diferencia no alcanza significancia estadística.

Tabla 4

Propuesta de objetivos de un Plan de Mejora según el nivel alcanzado

Objetivos	Nivel general estándares Autoevaluación									
	> 50 %		50 – 69 %		70 – 84 %		≥ 85 %		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Aumentar equipamiento, materiales y personal	68	44.2	48	37.5	17	54.8	4	44.5	137	42.6
Mejorar algunos macroprocesos específicos	49	31.8	48	37.5	10	32.3	2	22.2	109	33.9
Mejorar la atención al usuario	37	24	32	25	4	12.9	3	33.3	76	23.6
Total	154	100	128	100	31	100	9	100	32	100

Nota. $X^2 = 5.14$; $p = 0.527$ - Elaboración propia en base al procesamiento estadístico.



Nota. Elaboración propia en base al procesamiento estadístico

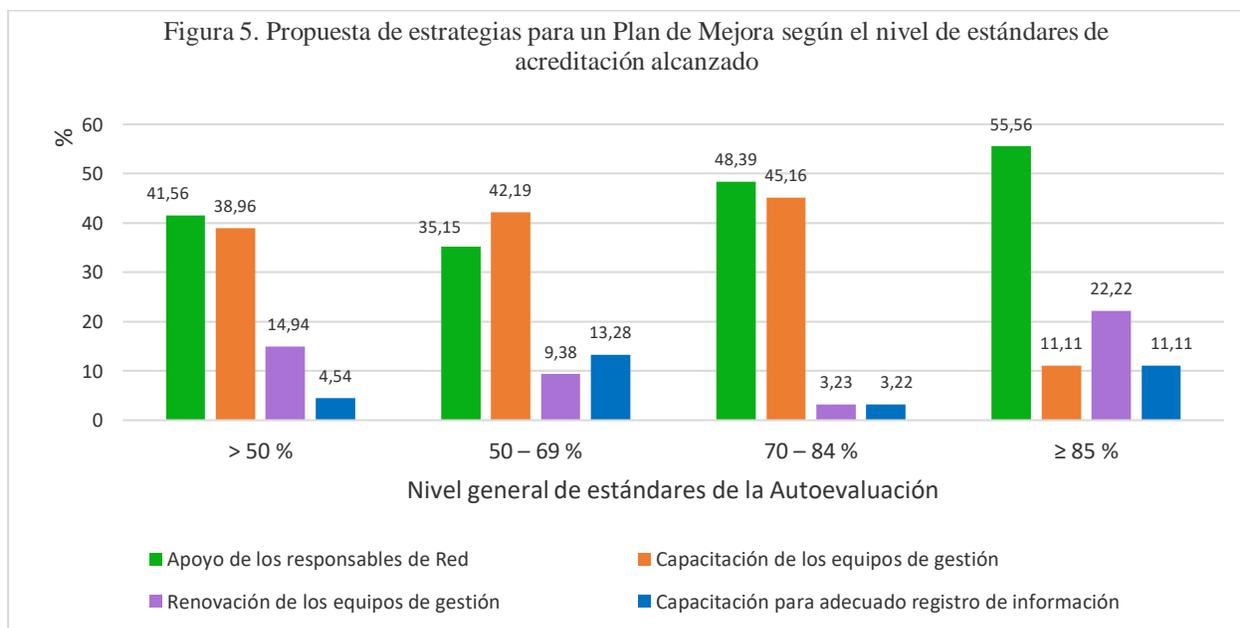
El análisis de la Tabla 4 y la Figura 4 establece la relación entre las propuestas de objetivos de un Plan y el nivel alcanzado. Según la mayoría de los expertos, los objetivos principales son incrementar el personal en los centros de salud, con un porcentaje del 42.55%, seguido de la mejora de ciertos macroprocesos específicos, que representa el 33.85%. La relación entre las propuestas de objetivos de un Plan varía en función del nivel alcanzado. La diferencia no alcanza significancia estadística.

Tabla 5

Propuesta de estrategias para un Plan de Mejora según el nivel alcanzado

Estrategias	Nivel general estándares Autoevaluación									
	> 50 %		50 – 69 %		70 – 84 %		≥ 85 %		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Apoyo de los responsables de Red	64	41.6	45	35.2	15	48.4	5	55.6	129	40.1
Capacitación de los equipos de gestión	60	39	54	42.2	14	45.2	1	11.1	129	40.1
Renovación de los equipos de gestión	23	14.9	12	9.38	1	3.23	2	22.2	38	11.8
Capacitación para adecuado registro de información	7	4.54	17	13.3	1	3.22	1	11.1	26	8.08
Total	154	100	128	100	31	100	9	100	322	100

Nota. $X^2 = 17.58$; $p = 0.040$ - Elaboración propia en base al procesamiento estadístico.



Nota. Elaboración propia en base al procesamiento estadístico

En la Tabla 5 y la Figura 5 se establecen las propuestas de estrategias para un Plan en función del nivel logrado. Como estrategias se proponen el apoyo de los responsables de la red, que representa un 40.06%, y la capacitación de los equipos de gestión, que también equivale a un 40.06%. Según el nivel de significancia estadística ($p = 0.40$), se establece la relación entre las propuestas de estrategias para un Plan de Mejora y los estándares alcanzados.

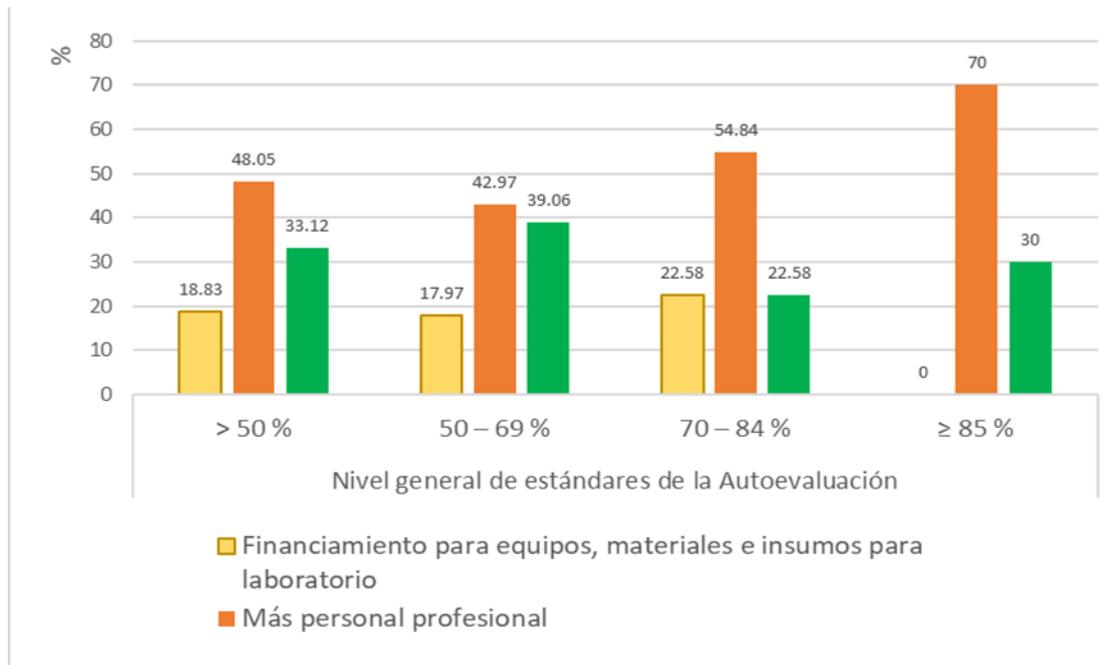
Tabla 6

Propuesta de recursos necesarios para un Plan de Mejora según el nivel alcanzado

Recursos	Nivel general estándares Autoevaluación									
	> 50 %		50 – 69 %		70 – 84 %		≥ 85 %		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Más personal profesional	73	48.1	55	43	17	54.8	7	70	152	47.2
Nueva infraestructura	49	33.1	50	39.1	6	22.6	3	30	108	33.5
Financiamiento para equipos, materiales e insumos para laboratorio	32	18.8	23	18	7	22.6	0	0	62	19.3
Total	154	100	128	100	30	100	10	100	322	100

Nota. $\chi^2 = 8.57$; $p = 0.199$ - Elaboración propia en base al procesamiento estadístico.

Figura 6. Propuesta de recursos necesarios para un Plan de Mejora según el nivel alcanzado



Nota. Elaboración propia en base al procesamiento estadístico

De acuerdo con el informe presentado en la Tabla 6 y la Figura 6, se establece la relación entre las propuestas de recursos requeridos para un Plan y el nivel alcanzado. Según la mayoría de los encuestados, se considera necesario contar con un mayor número de especialistas, con un porcentaje del 47.21%, seguido de la propuesta de implementar una nueva infraestructura, con un

33.54%. La relación entre las propuestas de recursos requeridos para un Plan de Mejora y el nivel de estándares de acreditación alcanzado no muestra significancia estadística.

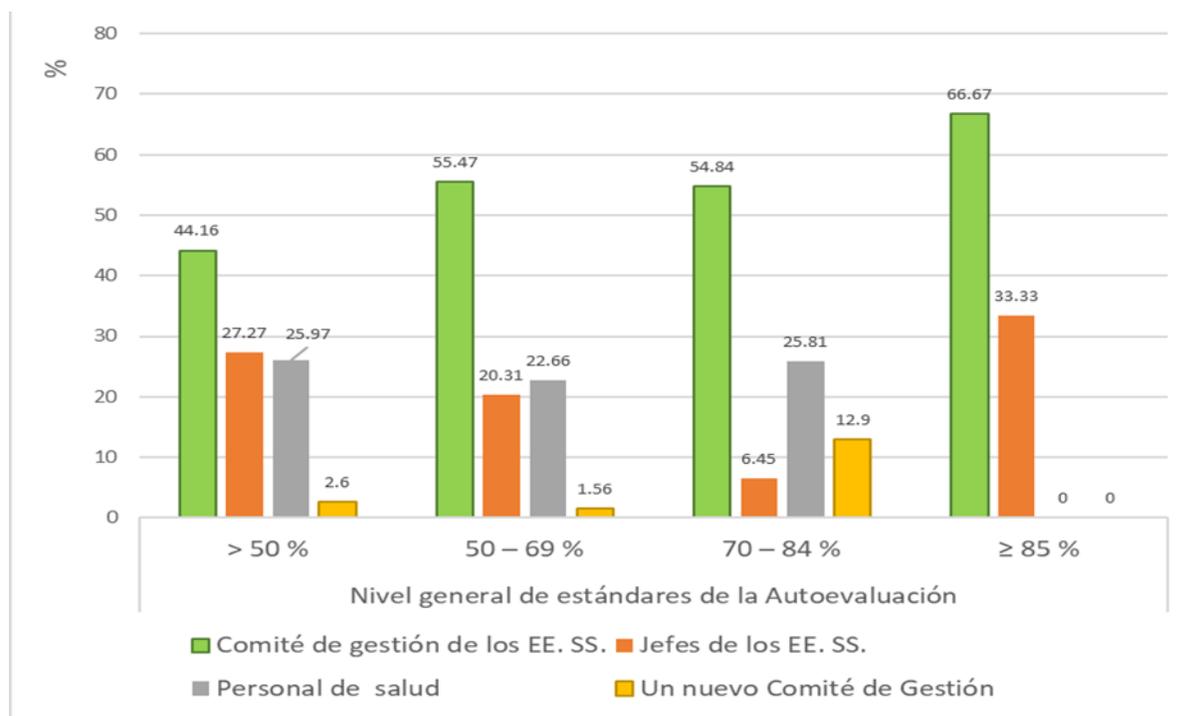
Tabla 7

Propuesta de responsables de un plan de mejora según el nivel alcanzado

Responsables	Nivel general estándares Autoevaluación									
	> 50%		50 – 69%		70 – 84%		≥ 85%		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comité de gestión de los EE. SS.	68	44.2	71	55.5	17	54.8	6	66.7	161	50
Personal de salud	40	26	29	22.7	8	25.8	0	0	77	23.9
Jefes de los EE. SS.	42	27.3	26	20.3	2	6.45	3	33.3	74	23
Un nuevo Comité de Gestión	4	2.6	2	1.56	4	12.9	0	0	10	3.11
Total	154	100	128	100	31	100	9	100	322	100

Nota. $X^2 = 21.55$ $p = 0.010$ - Elaboración propia en base al procesamiento estadístico.

Figura 7. Propuesta de responsables de un plan según el nivel alcanzado



Nota. Elaboración propia en base al procesamiento estadístico

En el análisis de la Tabla 7 y la Figura 7, se establece la correlación entre las sugerencias de los encargados para un Plan en función del nivel logrado. Según la mayoría de opiniones, los comités

de gestión de las organizaciones de salud son señalados como los principales responsables, con un porcentaje del 50%, seguidos por el personal de salud en general, con un 29.91%. La relación entre las propuestas de responsables para un Plan de Mejora y los estándares alcanzados es estadísticamente significativa ($p = 0.01$).

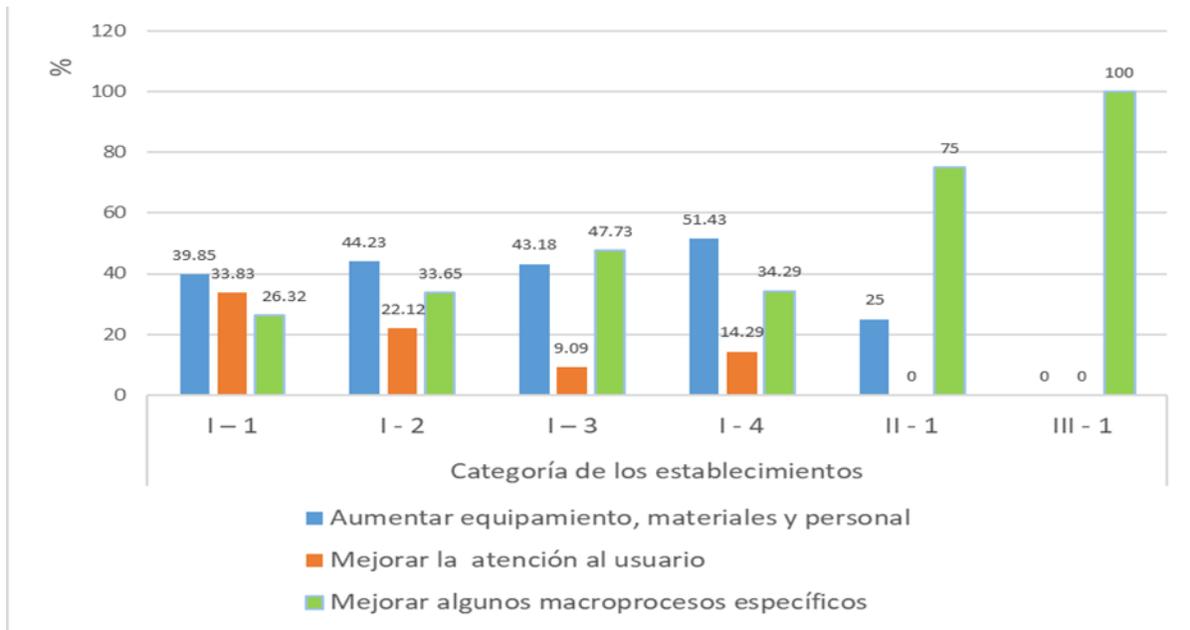
Tabla 8

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	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aumentar equipamiento, materiales y personal	53	40	46	44	19	43	18	51	1	25	0	0	137	43
Mejorar algunos macroprocesos específicos	35	26	35	34	21	48	12	34	3	75	2	100	109	34
Mejorar la atención al usuario	45	34	23	22	4	9.1	5	14	0	0	0	0	76	24
Total	133	100	104	100	44	100	35	100	4	100	2	100	322	100

Nota. $X^2 = 19.95$ $p = 0.011$ - Elaboración propia en base al procesamiento estadístico.

Figura 8. Propuesta de objetivos de un Plan de Mejora según la categoría del establecimiento de salud



Nota. Elaboración propia en base al procesamiento estadístico

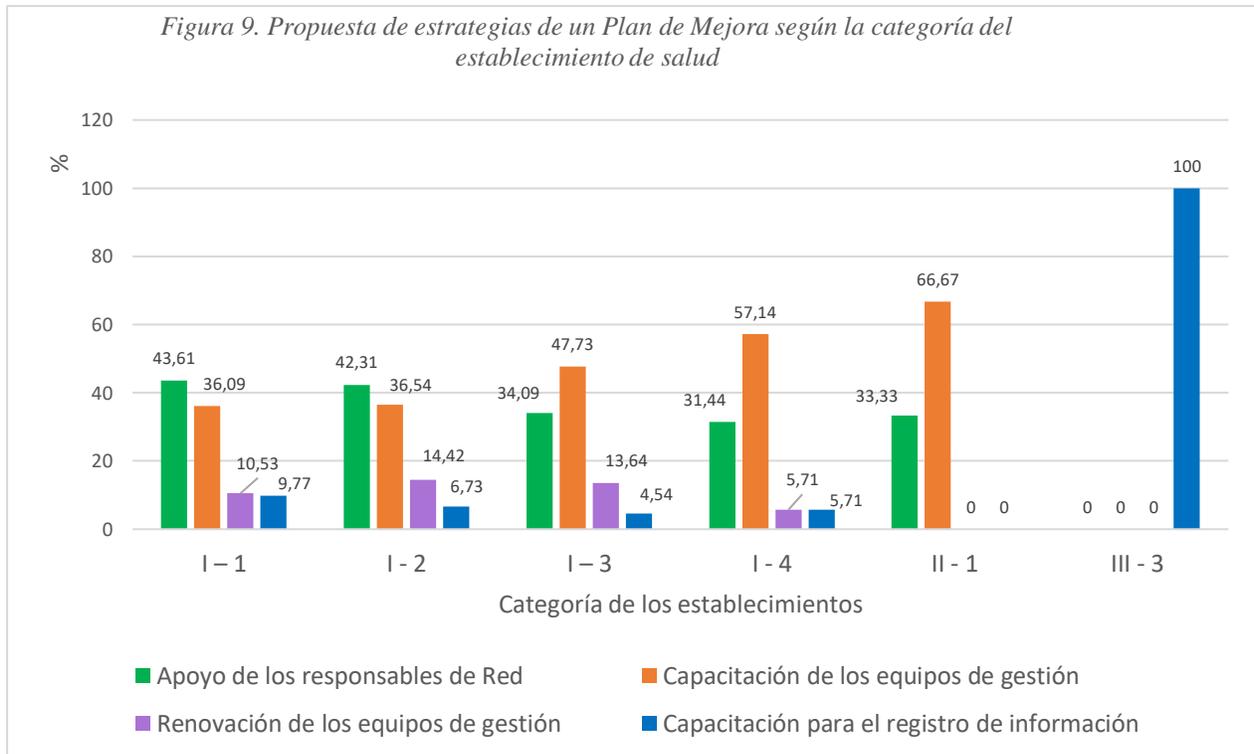
Al poner en marcha el contenido de la Tabla 8 y la Figura 8, se establece una relación entre las propuestas de objetivos de un Plan de Mejora y la categoría del establecimiento. La mayoría de los participantes sugieren como objetivo aumentar los equipos con tecnología, materiales y personal especializado en los establecimientos de categoría I - 4 (51.43%). Aquellos que proponen mejorar algunos macroprocesos específicos pertenecen a establecimientos de categoría II - 1 (75%). Por otro lado, quienes proponen como objetivo mejorar la atención al usuario provienen de establecimientos de salud de categoría I - 1 (33.83%), seguidos por los de categoría I - 2 (22.12%).

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	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Apoyo de los responsables de Red	58	43.6	44	42.3	15	34.1	11	31.4	1	33.3	0	0	129	40.1
Capacitación de gestión	48	36.1	38	36.5	21	47.7	20	57.1	2	66.7	0	0	129	40.1
Renovación de equipos	14	10.5	15	14.4	6	13.6	2	5.71	1	0	0	0	38	11.8
Capacitación para el registro de información	13	9.77	7	6.73	2	4.54	2	5.71	0	0	2	100	26	8.08
Total	133	100	104	100	44	100	35	100	3	100	2	100	322	100

Nota. $X^2 = 10.39$ $p = 0.584$ - Elaboración propia en base al procesamiento estadístico.



En la Tabla 9 y la Figura 9 se establece la *Nota*. Elaboración propia en base al procesamiento estadístico relación entre las estrategias propuestas según la categoría del establecimiento. Se destaca que la mayoría de las propuestas que abogan por la estrategia de apoyo de los responsables de la Red provienen principalmente de los establecimientos I - 1 (43.61%) y I - 2 (42.31%). Por otro lado, aquellos que sugieren la estrategia de capacitación son en su mayoría provenientes de entidades de salud de la categoría I - 4 (57.14%) y II - 1 (66.67%). La relación entre las propuestas de estrategias de un Plan de Mejora y la categoría del establecimiento no muestra significancia estadística.

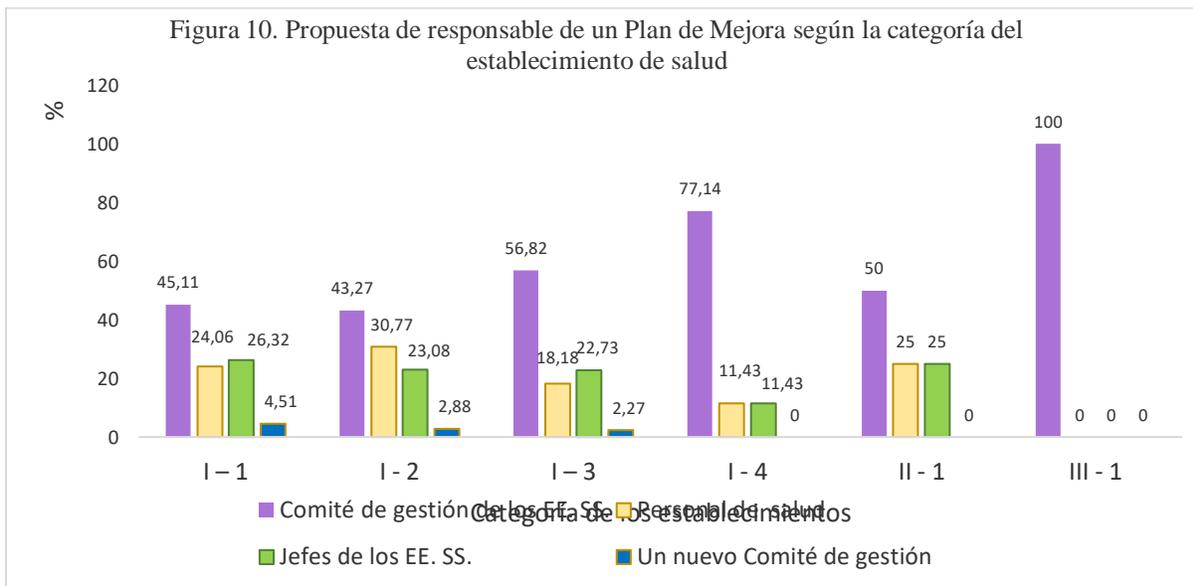
Tabla 10

Propuesta de responsables de un Plan de Mejora según la categoría de la organización 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	45.1	45	43.3	25	56.8	27	77.1	2	50	2	100	161	50
Personal de salud	32	24.1	32	30.8	8	18.2	4	11.4	1	25	0	0	77	23.9

Jefes de los EE. SS.	35	26.3	24	23.1	10	22.7	4	11.4	1	25	0	0	74	23
Un nuevo Comité de gestión	6	4.51	3	2.88	1	2.27	0	0	0	0	0	0	10	3.11
Total	133	100	104	100	44	100	35	100	4	100	2	100	322	100

Nota. $X^2 = 16.91$ $p = 0.153$ - Elaboración propia en base al procesamiento estadístico.



Nota. Elaboración propia en base al procesamiento estadístico

En la Tabla 10 y la Figura 10 se establece la relación entre las propuestas de responsabilidad según la categoría del establecimiento. Se observa que la mayoría de las propuestas que designan al Comité de Gestión de los Establecimientos de Salud como responsables provienen de establecimientos de categoría I - 4 (77.14%) y I - 3 (56.82%). Por otro lado, aquellos que sugieren que los responsables sean de establecimientos de salud de categoría I - 2 representan el 30.77%. La relación entre las propuestas presentadas por los responsables de un Plan de Mejora y la categoría del establecimiento no muestra significancia estadística.

Discusión de resultados

En la Tabla 1 se presentan los estándares de acreditación alcanzados y la categoría de los establecimientos de salud. Se destaca que la mayoría de los establecimientos obtuvieron menos del 50% (47.83%), lo cual representa el nivel más bajo en la Autoevaluación y conlleva reiniciar el proceso desde dicho punto. Solo un 2.80% logró alcanzar un nivel aprobatorio en la acreditación

de establecimientos de salud, con significancia estadística ($p = 0.012$). Los resultados obtenidos pueden ser atribuidos a la demora que experimenta el sector público en un entorno caracterizado por una sociedad de mercado, en la cual la función del Estado ha disminuido. Durante la pandemia de COVID-19, se evidenciaron importantes carencias en la infraestructura, equipamiento y personal de salud, lo cual tuvo un impacto dramático (8). En su obra reciente, Brito y Bardales analizan la crisis que experimentó el sistema público de salud durante la pandemia. Esta crisis se debió en gran medida a la casi total quiebra de la capacidad del sistema sanitario, la cual no está relacionada con la falta de reconocimiento de sus comunidades ni con su capacidad resolutive. Además, se identifica un sistema hospitalario deficiente, a pesar de ser el pilar del sistema de salud, especialmente en zonas urbanas y receptor de la mayor parte del gasto en salud. Este sistema hospitalario se ve afectado por la escasez de unidades de cuidados intensivos equipadas, falta de suministro de oxígeno medicinal y otras deficiencias (9).

Las percepciones sobre las causas que influyen en los resultados de la autoevaluación de los estándares de acreditación logrados por las organizaciones de salud se presentan en la Tabla 2. La restricción de recursos, la carga laboral excesiva y la alta rotación de personal son las causas más comunes identificadas. La demanda de servicios ha aumentado, pero no se ha aumentado la dotación de personal y recursos materiales, lo que genera intensa presión en el personal laboral. Los niveles obtenidos en la Autoevaluación del proceso de acreditación reflejarían esta situación. Las percepciones sobre la atribución de responsabilidad por los resultados de la Autoevaluación se presentan en la Tabla 3, clasificadas según el nivel de estándares de acreditación alcanzado. Los equipos de gestión de los establecimientos de salud son los responsables directos del proceso de Autoevaluación, según la mayoría de las personas. La participación en el proceso implica compromiso y autocrítica. Las responsabilidades del Servicio Médico de Apoyo se establecen en diferentes niveles jerárquicos, desde el ámbito nacional hasta el local. Se le encomiendan responsabilidades en este contexto.

Se establece la coordinación del cronograma y la secuencia de la autoevaluación en una primera etapa. Se analiza el Informe Técnico para presentarlo a la Dirección de la Red de Servicios DIRESA/DISA correspondiente. La información de la acreditación se proporcionará a la Red de Servicios de Salud y/o DIRESA/DISA cuando se solicite. La mayoría de los participantes proponen aumentar el equipamiento, materiales y personal en los centros de salud como objetivos de un Plan de Mejora de la calidad, según la Tabla 4.

Se han alcanzado avances significativos en la relación con el Perú en términos de cobertura a través de la implementación de acuerdo a los requisitos establecidos. Sin embargo, no ha tenido el impacto deseado. Es considerable los desafíos para resolver problemas en el ámbito de la salud, incluyendo la necesidad de comprometer y coordinar a los diferentes actores en la labor de reformular los procedimientos de atención, reforzar la dimensión ética de su práctica y fomentar la participación de la ciudadanía en la creación de un sistema de salud de excelencia. Las estrategias propuestas por los participantes para un plan incluyen la calidad, el respaldo de los responsables de Red y la formación de los equipos de gestión, como se muestra en la Tabla 5. El nivel de estándares de acreditación alcanzados se establece en un valor de $p = 0,40$, derivando estrategias para el Plan de Mejora.

Para garantizar la efectividad en los procesos que impactan a los pacientes, es fundamental la participación de todas las áreas de atención en el ámbito de la salud. La principal prioridad es satisfacer las demandas y necesidades de los usuarios y asegurar la seguridad del paciente. Se ha establecido un plan de acción en la región de América para mejorar la calidad de la atención en salud durante el período 2020-2025. El plan fue elaborado por el Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para Las Américas. Es destacada la importancia de la participación de todos los actores de los sistemas de salud en la toma de decisiones y en la elaboración de estrategias basadas en los indicadores más relevantes de la región. Se destaca la importancia del progreso de competencias, como la habilidad para resolver problemas, dentro de estos parámetros.

Se detallan en la Tabla 6 las propuestas de recursos requeridos para la implementación del Plan de Mejora en los establecimientos de salud, priorizando la contratación de personal profesional y la mejora de la infraestructura existente. La satisfacción del cliente es el principal indicador de calidad en instituciones de salud, ya sean públicas o privadas. La retroalimentación positiva de los clientes puede llevar a una ampliación indirecta del mercado al influir en la buena disposición de los proveedores de servicios. Una crítica desfavorable puede disminuir la cuota de mercado. Los proveedores pueden aplicar esta teoría. Con el objetivo de prevenir infecciones nosocomiales, los pacientes están informados sobre sus derechos en cuanto a normativas que aseguran la excelencia de los servicios médicos. Los establecimientos de salud a menudo enfrentan obstáculos al brindar atención de emergencia para tratar complicaciones y cuidar a los pacientes enfermos. La

problemática se debe a la infraestructura inadecuada, personal incompetente, medicamentos de baja calidad, falta de cumplimiento de prácticas respaldadas por evidencia y deficiente documentación. Las sugerencias de los encargados para un Plan de acuerdo al nivel logrado se presentan en la Tabla 7. En primer lugar, los responsables de esta situación son los comités de gestión de los establecimientos de salud, seguidos por el personal de salud en su totalidad, según la mayoría de las opiniones. Hay una relación estadísticamente significativa entre las propuestas presentadas por los responsables para un Plan de Mejora y el nivel alcanzado, con un p-valor de 0.10. La importancia de involucrar a todo el personal va más allá de aspectos burocráticos o administrativos, ya que implica la instauración de una nueva cultura laboral entre los empleados, algo que los equipos directivos pueden reconocer gracias a su experiencia.

La Tabla 8 establece la relación entre las propuestas de objetivos de un Plan de Mejora y la categoría del establecimiento. Las propuestas para aumentar equipamiento, materiales y personal provienen principalmente de establecimientos de categoría II – 1. Los establecimientos de categoría I - 1 son los que proponen mejorar la atención al usuario, seguidos por los de categoría I - 2. La relación entre las propuestas de objetivos de un Plan de Mejora y la categoría del establecimiento es estadísticamente significativa ($p = 0.011$). La situación de los establecimientos varía dependiendo de su categoría o capacidad resolutive, a pesar de compartir similitudes como manifestación de una política nacional del Estado.

La relación entre las propuestas de estrategias de un Plan de Mejora y la categoría del establecimiento de salud se puede apreciar en la Tabla 9. La mayoría de las propuestas de estrategia de apoyo provienen de establecimientos clasificados como I - 1 y I - 2, según los responsables de Red. El 66.67% de las propuestas en este sentido provienen principalmente de la categoría II - 1 y I - 4, quienes sugieren la estrategia de capacitación. La capacidad de gestionar recursos y establecer conexiones con instituciones de mayor complejidad está vinculada a la habilidad para implementar un Plan de Mejora.

Una disminución de los costos se logrará al trabajar con altos estándares de calidad y optimizar los procesos. Avanzar hacia transformaciones necesarias en el sistema y el entorno global al fomentar un sentido de pertenencia a una organización que demanda la colaboración de todos sus miembros. Esto permitirá asignar recursos adicionales para mejorar los servicios ofrecidos. La mayoría de los encuestados que culpan al Comité de gestión son de establecimientos de categoría I - 4 y I - 3, según la Tabla 10.

Las propuestas mencionadas cumplen con los requisitos establecidos para la autoevaluación con el fin de alcanzar los resultados necesarios. Por otra parte, las personas que argumentan que el personal de salud es responsable en su mayoría pertenecen a instituciones de salud categorizadas como I - 2. Se realizaron entrevistas a 366 personas que ocupaban cargos directivos en 184 instituciones proveedoras de servicios ubicadas en 25 regiones en un estudio realizado en Perú. La escasez de personal, suministros y medicamentos son los principales desafíos identificados por los líderes de los centros de salud. El estudio proporcionará información relevante para los administradores y responsables de decisiones en salud. Promover la mejora de la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios mediante medidas eficaces y oportunas es la tarea principal.

Conclusión

La significancia estadística de los establecimientos de salud es de $p=0.012$. La mayoría de las instituciones de salud evaluadas no cumplieron con los estándares de acreditación, con una tasa de aprobación inferior al 50%. En segundo lugar, se encuentran aquellas que obtuvieron una calificación entre el 50% y el 69%, mientras que solo el 2.80% de los establecimientos lograron alcanzar un nivel aprobatorio.

La asociación entre los niveles de estándares logrados en la autoevaluación revela estrategias estadísticamente significativas para la mejora ($p = 0.40$). La relación con las propuestas del responsable de la mejora de la calidad es estadísticamente significativa, con un nivel de significancia de $p = 0.01$. La relación con los objetivos de la mejora también muestra significancia estadística ($p = 0.011$).

El nivel alcanzado en términos de calidad de los establecimientos de salud está vinculado con diversos factores, como la categoría de los establecimientos, las estrategias propuestas, los responsables involucrados y los objetivos establecidos para la mejora de la calidad.

Referencias

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/INVESTIG

ACIONES/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. 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/FMfcgzGsmWsNNvrhMGdKjtwqwnbgqZDs?projector=1&messagePartId=0.4>
5. 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/FMfcgzGsmWsNNvrhMGdKjtwqwnbgqZDs?projector=1&messagePartId=0.4>
6. 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
7. MINSA. Directiva para el funcionamiento del equipo de gestión de la calidad en direcciones de salud. Directiva N° 049-MINSA (DGSP – V.01)
8. 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>

9. 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/T010_46111186_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Convenio MINSA –GTZ. Documento técnico del Proyecto Mejora de los Servicios de Salud, diciembre 2001.
11. 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>
12. 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>
13. 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>.
14. 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>.
15. 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. Epub 01-Abr-2021.
16. 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. Epub 13-Mar-2023. <https://doi.org/10.21149/12874>.
17. 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.
18. 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
19. Fernández-Leblanch TI, Solis-Solis S, Bell-Castillo J, García-Céspedes ME, Font-Difour MV. Acreditación hospitalaria una transformación necesaria. *Rev. Cub. Tecnol. Salud*. [Internet]. 2021 [citado 27 May 2024];12(2). Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1920>.
20. 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. Epub 25-Mar-2024. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i15.3194>