



**Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación  
en el Hospital Nacional Dos de Mayo, periodo 2013-2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en gestión de los servicios de la salud

**AUTOR:**

Bar. Ñaupari Ruiz Teresa Catherine.

**ASESOR:**

Mg. Córdova Sotomayor Daniel.

**SECCIÓN:**

Ciencias médicas

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales

**LIMA - PERÚ**

2017



ESCUELA DE POSTGRADO  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): ÑAUPARI RUIZ, TERESA CATHERINE

Para obtener el Grado Académico de *Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud* ha sustentado la tesis titulada:

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, PERIODO 2013-2016**

Fecha: 02 de diciembre de 2017

Hora: 10:15 a.m

### JURADOS:

PRESIDENTE: Dra. Liza Dubois Paula Viviana

Firma: 

SECRETARIO: Dra. Karen del Pilar Zevallos Delgado

Firma: 

VOCAL: Mg. Daniel Córdova Sotomayor

Firma: 

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

..... *Aprobado por mayoría* .....

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....  
.....  
.....  
.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

- *Aplicar Apa* .....
- *Precisar marco teórico, población-muestra, método de análisis de datos y diseño de investigación* .....

**Nota:** El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

### **Dedicatoria**

El presente trabajo de investigación lo dedico a mis padres Jesús y Cleotilde, por darme la vida y educación; a mi hermana Yeni, por su dedicación para con mi familia; a mi esposo por darme su amor, apoyo y comprensión; a mi hijo Jesús Ian por ser la razón de nuestras vidas.

## **Agradecimiento**

Agradezco a mi padre celestial porque contigo lo puedo todo.

Al Hospital Nacional Dos de Mayo, que me vio crecer desde el inicio de mi formación profesional.

Al personal que labora en la Oficina de Gestión de la Calidad, por brindarme todo su apoyo y enseñanza.

## Declaración de Autoría

Yo, **Teresa Catherine Ñaupari Ruiz**, estudiante de la Escuela de Postgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado “**Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, periodo 2013-2016, Lima – 2017**”, presentada, en 135 folios para la obtención del grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 23 de septiembre de 2017



---

**Teresa Catherine Ñaupari Ruiz**

DNI: 10694234

## Presentación

Señores miembros del jurado calificador:

Dando cumplimiento a las normas establecidas en el Reglamento de Grados y títulos de la sección de Postgrado de la Universidad César Vallejo para optar el grado de Magíster con mención en Gestión en los Servicios de la salud, presento el trabajo de investigación denominado: **“Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, periodo 2013-2016”**. La investigación tiene la finalidad de comparar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

La presente investigación está dividida en siete capítulos:

El primero se expone la introducción, En el capítulo dos se presenta el marco metodológico. En el capítulo tres se muestra los resultados. En el cuarto capítulo discusión de los resultados. En el capítulo cinco las conclusiones de la investigación. El capítulo seis las recomendaciones, el capítulo siete las referencias bibliográficas y finalmente los anexos.

Espero miembros del jurado que Ustedes tengan a bien me otorguen la aprobación del estudio realizado con mucha dedicación y esfuerzo llegando a la meta esperada con los resultados obtenidos en el proceso, siendo determinantes para obtener el Grado Académico de maestría con mención en Gestión en los Servicios de la salud.

La autora.

## Índice

<b>PAGINAS PRELIMINARES</b>	<b>Páginas</b>
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
<b>RESUMEN</b>	xiv
<b>ABSTRACT</b>	xv
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1. Realidad Problemática	17
1.2. Trabajos Previos	20
1.3. Teorías relacionadas al tema	21
1.4. Formulación del Problema	30
1.5. Justificación del estudio	31
1.6. Hipótesis	32
1.7. Objetivos	33
<b>II. METODO</b>	
2.1. Diseño de Investigación	35
2.2. Variables, Operacionalización	37
2.3. Población y muestra	39
2.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos, validez y Confiability	41
2.5. Métodos de análisis de datos	44
2.6. Aspectos Éticos	44
<b>III. RESULTADOS</b>	45
<b>IV. DISCUSIÓN</b>	72
<b>V. CONCLUSIONES</b>	79
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	81
<b>VII. REFERENCIAS</b>	83

**ANEXOS**

	<b>Páginas</b>
Anexo A: Matriz de consistencia	87
Anexo B: Instrumento de medición de la variable	89
Anexo C: Base de datos	101

**Índice de tablas**

	<b>Páginas</b>
Tabla 1: Matriz de operacionalización de la variable: Estándares de acreditación	38
Tabla 2: Distribución de la población	39
Tabla 3: Distribución de la muestra	40
Tabla 4: Ficha técnica del instrumento de medición de la variable: Estándares de acreditación	43
Tabla 5: Niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013	46
Tabla 6: Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013	47
Tabla 7: Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013	48
Tabla 8: Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013	49
Tabla 9: Niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014	50
Tabla 10: Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014	51
Tabla 11: Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014	52
Tabla 12: Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014	53
Tabla 13: Niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015	54

Tabla 14: Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015	55
Tabla 15: Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015	56
Tabla 16: Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015	57
Tabla 17: Niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016	58
Tabla 18: Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016	59
Tabla 19 Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016	60
Tabla 20 Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016	61
Tabla 21: Comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, periodo 2013-2016	62
Tabla 22: Comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión gerencial en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2017	63
Tabla 23: Comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión prestacional en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2017	64
Tabla 24: Comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión de apoyo en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2017	65

Tabla 25	Prueba de comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” en los años 2013-2016, Lima 2017	67
Tabla 26:	Prueba de comparación del nivel de cumplimiento de los Estándares de acreditación en su dimensión gerencial en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2017	68
Tabla 27:	Prueba de comparación del nivel de cumplimiento de los Estándares de acreditación en su dimensión prestacional en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2017	69
Tabla 28:	Prueba de comparación del nivel de cumplimiento de los Estándares de acreditación en su dimensión de apoyo en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2017	70
Tabla 29	Prueba de comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” en los años 2013-2016, Lima 2017	71

**Índice de figuras**

	<b>Páginas</b>
Figura 1: Visión e los procesos de acreditación	28
Figura 2: Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013	46
Figura 3: Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013	47
Figura 4: Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013	48
Figura 5: Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013	49
Figura 6: Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014	50
Figura 7: Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014	51
Figura 8: Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014	52
Figura 9: Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014	53
Figura 10: Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015	54
Figura 11: Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015	55

Figura 12: Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015	56
Figura 13: Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015	57
Figura 14: Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016	58
Figura 15: Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016	59
Figura 16: Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016	60
Figura 17: Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016	61
Figura 18: Comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, periodo 2013-2016	62
Figura 19: Comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión gerencial en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2017	63
Figura 20: Comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión prestacional en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2017	64
Figura 21: Comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión de apoyo en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2017	66

## Resumen

El presente trabajo de investigación se compara el Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo desde el año 2013 al año 2016, utilizando como instrumento de medición el listado de estándares de acreditación para los establecimientos de salud con categoría III-1, que se aplica en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos y privados, empleando un enfoque de la investigación cuantitativo, con un nivel descriptivo comparativo y un diseño no experimental de corte transversal, retrospectivo. Se realizaron comparaciones con los resultados obtenidos de las evaluaciones dentro de este periodo de tiempo obteniendo como resultado una diferencia entre las dimensiones de gerenciales, prestacionales y apoyo en el periodo de tiempo estudiado, se pueden observar cuáles son los puntos débiles de la gestión al transcurrir de los años y aunque se ha mejorado en la seguridad del paciente, en documentos de gestión, en la satisfacción del usuario aún hay muchas cosas que reestructurar. Sería de gran ayuda si la norma de acreditación para los establecimientos de salud se actualizara y se crearan procesos centrados en el paciente y no las unidades ejecutoras. Para así lograr procesos integrados y enfocados en la mejora continua y la retroalimentación.

***Palabra clave: Estándares de acreditación, nivel de cumplimiento, calidad.***

## Abstract

The present research work compares the level of compliance with accreditation standards in the National Hospital Dos de Mayo from 2013 to 2016, using as a measuring instrument the list of accreditation standards for health facilities with category III -1, which is applied in all health establishments and public and private support medical services, using a quantitative research approach, with a comparative descriptive level and a non-experimental cross-sectional, retrospective design. Comparisons were made with the results obtained from the evaluation within this period of time obtaining as a result a difference between the management, support and support dimensions in the period of time studied, we can observe which are the weak points of the management over the years and although there has been improvement in patient safety, in management documents, in user satisfaction there are still many things to restructure. It would be of great help if the accreditation standard for health facilities were updated and processes centered on the patient and not the executing units were created. In order to achieve integrated processes and focused on continuous improvement and feedback.

***Keyword: Accreditation standards, level of compliance, quality.***

## **I. Introducción**

## 1.1. Realidad problemática

La acreditación es un proceso voluntario por la cual una organización es capaz de evaluar la calidad de servicios o productos, y el rendimiento de los mismos frente a estándares reconocidos a nivel nacional o internacional. El proceso de acreditación implica la autoevaluación de la organización, así como una evaluación externa.

La acreditación de servicios se estructura sobre la base de la evaluación de los diferentes servicios prestacionales en función de estándares de acreditación. Esto se realiza mediante un proceso de confrontación de las características de los servicios con los estándares prefijados, lo que conduce a su calificación para operar dentro del sistema.

La acreditación es un “proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones” MINSa (2007, p 3).

La acreditación no es obligatoria ni una condición para que una organización pueda funcionar. Es parte del interés de la organización que se preocupa por trabajar de acuerdo a los mejores estándares nacionales o internacionales.

A nivel internacional, el tema de acreditación esta ya constituida con el los países de Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, Australia, Nueva Zelanda, Países bajos y en américa latina se encuentran México, Argentina, Costa Rica, Chile, Brasil y Colombia. En todos estos países ya hay establecimientos de salud acreditadas.

En el Perú se habla de acreditación desde el año 1993, pero en el año 2007 se reglamenta con la Norma técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, para contribuir a garantizar que los usuarios y el sistema de salud de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre las bases del cumplimiento de estándares nacionales.

Durante los años 2013 y 2014 se llevó a cabo la transferencia de este procesos conforme a lo dispuesto en el marco de la reforma de salud (Decreto Legislativo N°1158 diciembre 2013), donde se reporta que los establecimientos que han realizado la primera fase de la acreditación son 2133 establecimientos representando un 28% del total de establecimientos categorizados (7725), los establecimientos que han aprobado la primera fase de la acreditación son 93 que representan 1% del total de establecimientos.

En nuestro país las instituciones privadas producto de la globalización y para atraer al consumidor extranjero han optado por la Acreditación internacional con el modelo propuesto por la Joint Commission on the Accreditation, es el modelo de estándares para hospitales consta de 283 estándares y 1145 elementos medibles, los cuales deben ser medidos o evaluados cada tres años para la reacreditación. En la actualidad las clínicas reacreditada son: la Clínica Anglo Americana y la clínica Internacional.

Por consiguiente el lugar donde se realizó el estudio de investigación es el Hospital Nacional "Dos de Mayo", que un establecimiento de salud de nivel III-1, que desarrolla actividades de atención integral de la salud, a predominio de las actividades de recuperación y rehabilitación, inaugurado el 28 de febrero de 1875. Atiende a demanda siendo la población usuaria procedente fundamentalmente de los distritos de Lima Metropolitana y un porcentaje del resto del país. Los requerimientos de inversión superan generalmente a los recursos, de allí que sea necesaria su priorización en las inversiones de salud: Reequipamiento, Fortalecimiento de la Gestión, Formulación de nuevos proyectos, Administración de las inversiones.

Según plan operativo anual institucional del 2017 su visión al 2018 ser un hospital acreditado, líder en atención integral en patología de alta complejidad, con potencial humano comprometido en brindar atención de calidad, contribuyendo a la inclusión social; facilitando la investigación docente, cuenta 645 camas Hospitalarias, contamos con un personal nombrado de 1585, personal CAS de 502 y con otro tipo de contrato de 130. Brinda los siguiente servicios, en las áreas clínicas (Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Endocrinología, Gastroenterología, Dermatología, Neurología, Nefrología, Geriátría, Hematología Clínica, Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Oncología Médica, Psiquiatría, Reumatología, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Medicina intensiva, Salud Mental, Pediatría, Neonatología, Radiología, Medicina de Emergencias, Medicina Nuclear); en las áreas quirúrgicas (Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Plástica y Reconstructiva Neurocirugía, Traumatología y Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Cirugía Laparoscópica, Hemodiálisis, Microcirugía vascular, Odontoestomatología (salud bucal), Tópico de Cirugía General, cuenta también con profesionales en Farmacia, Nutrición, Psicología, entre otros.

Para garantizar a los usuarios que el Hospital nacional “Dos de Mayo” cuenta con capacidades para brindar prestaciones de calidad, se evalúa el cumplimiento de estándares de acreditación para este nivel de atención, por lo cual se debe evaluar 21 macroprocesos, que contienen 342 criterios, de los cuales 130 criterios miden los procesos gerenciales, 77 criterios miden los procesos prestacionales y 135 criterios miden los procesos de apoyo.

En el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, se ha realizado el proceso de autoevaluación desde el año 2013 obteniendo un puntaje final del 36%, en el año 2014 se obtuvo un 53%, en el año 2015 se obtuvo un 67% y en el 2016 el puntaje descendió el 66%.

Por lo tanto, esta investigación tiene como propósito es comparar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo del 2013 al 2016, analizando los resultados obtenidos y contribuir de esta manera a promover la cultura y la mejora continua de la calidad de atención de los usuarios del sector salud.

## 1.2. Trabajos previos

### Internacionales:

Medina, Rosas, Mosquera y Castro (2013, p. 4): *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud (SOGCS) en su componente “sistema único de Acreditación” en Colombia, comparación con el modelo Chileno*, donde se realiza una comparación de los estándares de calidad para cumplir con el proceso de acreditación, entre los manuales de Colombia, Chile y Estados Unidos. Dando como resultado que la acreditación es una herramienta gerencial que permite obtener mejores resultados en salud, como por ejemplo en Chile los estándares centrados en el paciente y no en la complejidad de los servicios, donde se ofrece un enfoque más integral y de mayor comprensión de los estándares. No se apreciaron diferencias entre la complejidad y pertinencia de los tres manuales, pero el manual de Colombia incluye aspectos ambulatorios y hospitalarios, lo cual hace que el ámbito hospitalario sea visto de forma más completa en los manuales de Chile y de Estados Unidos.

Benavidez, Stella y Urbano (2012, p.11): *Cumplimiento de los estándares de acreditación en la E.S.E. Centro 1*, donde se evalúa el cumplimiento de los estándares de acreditación en el ámbito hospitalario. Se realizó un estudio descriptivo que evaluó el nivel de cumplimiento de los Estándares de acreditación establecidos en el Manual para instituciones ambulatorias y hospitalarias. Dando como resultado de los estándares evaluados se encuentran por debajo del promedio

Aricapa y Henao (2010, p.11): *Autoevaluación en el cumplimiento de estándares de acreditación de la secretaria de salud y seguridad social del municipio de Pereira*. Donde se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, evaluándose 112 estándares de acreditación. Dando como resultado una calificación de 1.24, hallando como principales oportunidades de mejora el diseño del plan de direccionamiento estratégico, la generación de documentos que apoyen los procesos y procedimientos que se realizan actualmente y la generación del Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.

Londoño (2010, pp.10-11): *Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en Consusalud IPS*. Tiene como objetivo mejorar los resultados de la atención en salud, centrados en el paciente, los cuales van más allá de la verificación de la estructura o la documentación de los procesos los cuales se reflejan en resultados. Para lograr este propósito se comprometió a la alta dirección, se levantó información, se priorizaron las acciones.

### **1.3. Teorías relacionadas al tema**

La acreditación en el mundo empieza desde 1917 cuando el “American College of Surgeons” (ACS) agrupo el primer grupo de estándares para que los hospitales de estados unidos mejoraran los servicios de salud deficientes.

En 1947 la International Organization for Standardization (ISO), promueve el uso de estándares industriales y comerciales a nivel mundial

En 1951 se creó Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO), mediante la fusión del programa de normalización hospitalaria con programas similares dirigidos por el colegio médicos de estados unidos, la asociación de hospitales de estados unidos, la asociación médica americana y canadiense.

En 1966 Avedis Donabedian, introdujo el concepto de la calidad basada en estructura, proceso y resultado, constituyendo un paradigma de evaluación de la calidad de la atención a la salud.

En 1984 se crea International Society for Quality in Health Care (ISQua), para impulsar la mejora de la calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria en todo el mundo mediante la educación y el intercambio de conocimientos, la evaluación externa, el apoyo a los sistemas de salud y la conexión de las personas a través de redes mundiales.

En 1989 es fundada la European Foundation for Quality Management (EFQM), con el objeto de ayudar a las empresas europeas a ser más competitivas en el mercado mundial.

En 1993 la Organización panamericana de la salud publica el libro “Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe”, donde se conceptualiza normas mínimas de calidad

En Junio de 1993, concordante con la realidad del país y la voluntad política de ejercer su responsabilidad de coordinar las acciones de las Instituciones que conforman el sector, la Alta Dirección del Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas, conforman la Comisión Interinstitucional Sectorial de Acreditación de Hospitales (CISAH), con la finalidad de formular una propuesta base para iniciar el proceso de acreditación de Hospitales en el Perú.

La Comisión Interinstitucional Sectorial de Acreditación de Hospitales, una vez constituida se aboco a la elaboración de los estándares de acreditación para siete servicios del hospital, los cuales fueron presentados en la Primera Reunión de Acreditación de Hospitales. Posteriormente se elaboraron 18 servicios adicionales, que fue puesto a consideración en la Segunda Reunión de Acreditación de Hospitales, en 1995

En 1997 mediante la Ley N°26842 se promulga la Ley General de Salud, para así normar los derechos, deberes para la Salud de terceros.

Mediante la Ley N°26790 se promulga la Ley de Modernización de la Seguridad, para otorgar una atención integral de salud a la población de escasos recursos.

Mediante Resolución Ministerial N°768-2001-SA/DM, se aprueba el Sistema de Gestión de Calidad en Salud, para mejorar la calidad de la atención en las unidades prestadoras de salud.

El 2001 se promulga la Ley N°26922 en el marco de la descentralización, para promover el desarrollo, la cobertura, el abastecimiento y la infraestructura en todo el territorio nacional

En el 2002 se crean los Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 – 2012, para promocionar y vigilar las funciones de Salud Pública, prevenir las enfermedades crónicas y degenerativas, educar a la población para mejorar el acceso a alimentos de calidad, desarrollar el Seguro Integral de Salud, reducir la morbimortalidad infantil, materna y por enfermedades transmisibles e inmuno prevenibles, ampliar la política para el acceso y uso racional de medicamentos, reestructurar los sistemas administrativos y operativos del MINSA, iniciar el proceso de integración y descentralización sectorial e implementar políticas en la región andina.

El 2004 se aprueba la Norma Técnica N°0021-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica de Categorías de Establecimientos de Sector Salud.

En el 2006 la Dirección de Calidad en Salud realiza una consultoría para la actualización de la Norma de Acreditación de Hospitales titulada: Compendio de la propuesta de acreditación de servicios de salud: marcos conceptual, normativo, conceptual, sistematización experiencia nacional, revisión experiencia internacional

y desarrollo de propuestas técnicas, teniendo como consultores al Dr. Cosavalente, Dr. Carbajal y Dra. Santos Flores.

En el mismo año se aprueba mediante Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, se aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, para establecer los principios, normas, metodología y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y así obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

Con Resolución Ministerial N°456-2007-MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSPV.02 para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y ofrecer evidencias a los usuarios que las decisiones clínicas se manejan con atributos de calidad, promover una cultura de calidad e informar a los usuarios externos sobre el establecimiento de salud.

Con Resolución Ministerial N°270-2009-MINSA se aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

Con Resolución Ministerial N°370-2009-MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa que regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud.

Como Marco Universal de Aseguramiento en Salud se promulga la Ley N°29344 y el Decreto Supremo N°008-2010-SA, para citar las disposiciones que desarrollen los mecanismos de implementación y desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud.

Con Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA se aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud, para establecer la mejora de la calidad en la atención de salud.

Con Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud N°021-MINSA/DGSP-V.03, para definir las categorías de establecimientos de salud y las características técnicas y contribuir con la organización de la oferta de servicios de salud en el sector salud.

En el 2013 se promulgaron decretos para la reforma en el sector salud, con esto se crea la Superintendencia Nacional de salud (SUSALUD), para proteger los derechos en salud de cada peruano.

En la Resolución Ministerial N°076-2014/MINSA, se aprueba la Guía técnica para la categorización de establecimientos del Sector Salud, para proporcionar criterios técnicos y metodológicos en el proceso de categorización de establecimientos de Salud.

Con lo antes mencionado la acreditación ha tomado forma a lo largo de los años y con mayor fuerza en la década del noventa, teniendo como base la experiencia americana, canadiense y australiana, por lo que el mundo occidental ha desarrollado y optimizado una serie de herramientas para la evaluación de la calidad de los servicios de salud, para asegurar el resultado de la atención, prevenir las complicaciones evitables y generar procesos de mejoramiento continuo que beneficien a los usuarios.

La acreditación se caracteriza por ser un motor de cambio efectivo en las Instituciones, ofrece la oportunidad de alcanzar estándares de excelencia, es un proyecto a mediano o largo plazo en el que es tan o más importante el camino que se recorre, que la obtención del certificado.

Los beneficios de la acreditación son: Proporcionar un marco para ayudar a crear e implementar sistemas y procesos que mejoren la efectividad operativa y los resultados de salud positivos. Fortalecer la efectividad del equipo interdisciplinario. Mitigar el riesgo de eventos adversos. Permitir el uso eficiente y eficaz de los recursos en los servicios de salud. Disminuir las variaciones en la práctica entre los profesionales de la salud y tomadores de decisiones Mejorar la reputación de la

organización entre los usuarios finales y aumenta su conocimiento y percepción de la calidad de la atención. Sostener mejoras en la calidad y el desempeño organizacional. Proporcionar a las organizaciones de atención sanitarias una visión bien definida para la calidad sostenible y las iniciativas de mejora. Mejorar la comunicación y la colaboración interna y con los grupos de interés externos. Estimular los esfuerzos de mejora sostenible de la calidad y eleva continuamente la exigencia con respecto a las iniciativas de mejora de calidad, políticas y procesos. Promover una cultura de calidad y seguridad. Contribuir a una mayor satisfacción en el trabajo entre los médicos, enfermeras y otros proveedores. Promover la comprensión de cómo el trabajo de cada persona contribuye a la atención de la salud, a la misión y a los servicios de la organización. Aumentar el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad.

La acreditación tiene como principios: el liderazgo, criterios centrados en el paciente, objetividad y consistencia, confidencialidad, gradualidad.

Las organizaciones de salud, tanto públicas como privadas, le están apuntando a la Acreditación de Alta Calidad, acogiéndose voluntariamente a este proceso, después de haber sido certificadas o habilitadas mediante el cumplimiento de los estándares de calidad, exigidos como requisito obligatorio para poder ofertar la prestación de servicios de salud, pudiendo surgir algunos dilemas, al tener que enfrentarse a situaciones, que tienen que ver con criterios de calidad, como los indicadores de Eficiencia, Eficacia, Efectividad, los cuales a su vez, tienen que ser congruentes con la maximización de los resultados económicos, la productividad y las necesidades de desarrollo humano de las organizaciones; sin descuidar la gestión responsable de los directivos con la aplicación de principios y valores éticos.

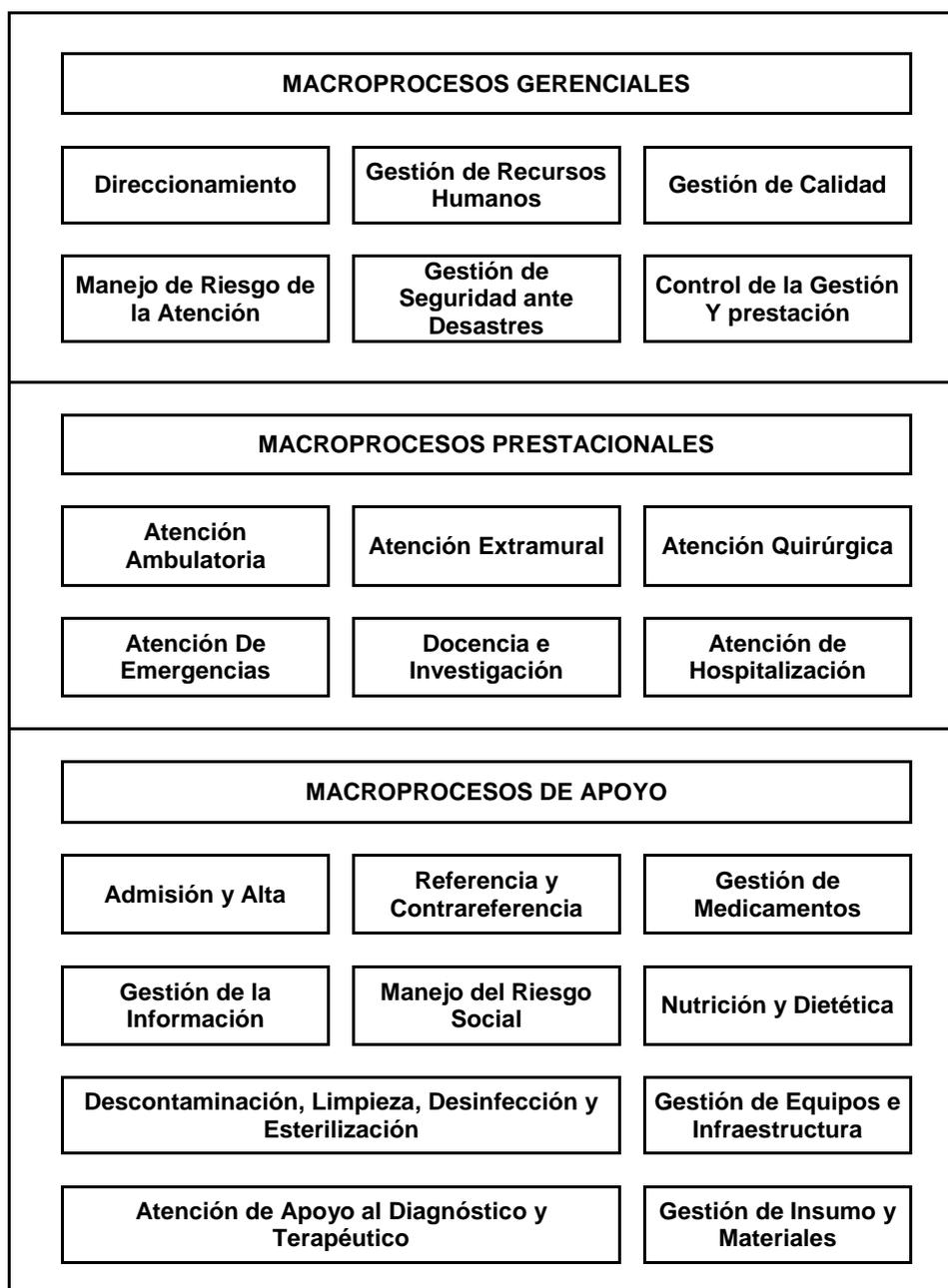
La acreditación consta de dos fases: la primera es la Autoevaluación siendo la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual se realiza una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento y la segunda es la evaluación

externa que está orientada a garantizar que la primera fase fue realizada correctamente, si se comprueba la conformidad según escalas de calificación, se entregara la constancia de acreditación, MINSA (2009, pp. 12-15)

En acreditación se utiliza una técnica avanzada de la Calidad como es el mapa de procesos que son de gran ayuda en el Proceso de Mejora de la Calidad en Salud.

El Mapa de procesos es una forma gráfica de representar las actividades en los procesos de la organización, permitiendo tener una visión general de su funcionamiento como sistema. Contiene una representación global y comprensible de todos los procesos a cargo de la entidad, sin mediar o condicionar por ello la estructura orgánica de la misma, MINSA (2012, pp. 45-46)

Los macroprocesos se pueden definir como agrupaciones de varios procesos en función del tipo de actividad y de su importancia.



*Figura 1: Visión de los Procesos de Acreditación.*

Dado que la acreditación es un proceso se vio por conveniente utilizar el mapa de procesos para dimensionar el presente estudio para así representar a todas las funciones que realiza un establecimiento de salud.

### **Dimensión 1: Gerenciales**

Los procesos gerenciales internos que las instituciones de salud deben ejecutar son: a) contrataciones, b) la medición de los factores financieros, c) la caracterización de los diferentes procedimientos internos, d) la capacitación del talento humano, fundamental para el mejoramiento en la calidad de los servicios, d) la habilitación en salud, proceso técnico-científico, obligatorio para todas las entidades de salud, e) la percepción que tienen los pacientes del servicio que la entidad. Gallego (2014, p.23)

La dimensión gerencial están relacionados con la alta dirección, tiene como funciones planificación, organización, dirección y control, para fijar políticas, estrategias, planes de mejora, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios, etc., que consiguen armonizar los procesos operativos con los de apoyo. Por ejemplo: Comunicación interna, comunicación con el cliente, marketing, diseño, revisión del sistema, planificación estratégica, diseño de planes de estudios.

Dentro de los indicadores tenemos los siguientes macroprocesos: direccionamiento, gestión de recursos humanos, gestión de la calidad, manejo de riesgo de la atención, gestión de seguridad ante desastres y control de la gestión y prestación.

### **Dimensión 2: Prestacional**

Prestacional como aquellos que están en contacto directo con el usuario. Engloban todas las actividades que generan mayor valor añadido y tienen mayor impacto sobre la satisfacción del usuario. Todos los procesos clínicos asistenciales se pueden considerar incluidos en esta dimensión. Paneque (2002, p.8)

La dimensión prestacional está relacionado con la prestación del servicio. Todos aquellos procesos que están orientados a la satisfacción del paciente y así alcanzar el objetivo del establecimiento.

Dentro de los indicadores tenemos los siguientes macroprocesos: atención ambulatoria, atención de hospitalización, atención de emergencias, atención quirúrgica y docencia e investigación.

### **Dimensión 3: De apoyo**

“Son procesos que dan apoyo a los procesos prestacionales, dándole los recursos necesarios para alcanzar las metas”. Paneque (2002, p.8)

La dimensión de apoyo incluye todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos gerenciales, misionales y de mejora continua. Por ejemplo: Formación, compras, auditorías internas, informática.

Dentro de los indicadores tenemos los siguientes macroprocesos: atención de apoyo diagnóstico y terapéutico, admisión y alta, referencia y contrareferencia, gestión de medicamentos, gestión de la información, descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización, manejo del riesgo social, nutrición y dietética, gestión de insumos y materiales y gestión de equipos e infraestructura.

## **1.4. Formulación del problema**

### **Problema general:**

¿Cuál es la diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016?

**Problemas específicos:****Problema específico 1:**

¿Cuál es la diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión gerencial, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016?

**Problema específico 2:**

¿Cuál es la diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión prestacional, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016?

**Problema específico 3:**

¿Cuál es la diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión de apoyo, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016?

**1.5. Justificación del estudio****Justificación teórica**

La Acreditación en el Perú es una forma de evaluación del funcionamiento de los establecimientos de salud, para lograr que los usuarios reciban una atención de mejor calidad: oportuna, completa, segura y con trato amable; la cual será verificada por la segunda fase de la acreditación.

**Justificación práctica:**

Con la acreditación se beneficiarían los usuarios de los establecimientos de salud con una atención rápida, completa y cuando la necesite; mayor seguridad y menores riesgos de atención; mejor solución de sus problemas de salud; buen trato, respeto a las culturas y creencias, información de los servicios que se prestan. También se beneficiaría el personal del establecimiento de salud porque mejorara la confianza, mejora de imagen y credibilidad ante la población.

**Justificación metodológica:**

Mediante la acreditación se espera lograr que todos los establecimientos de salud acreditados cumplan con requisitos mínimos de calidad; para que el personal de salud se interese y así fortalecer la mejora continua de los servicios; para que solucionen mejor las necesidades de salud de la población y así el usuario externo e internos están satisfecho por la atención brindada.

Con este estudio se va a comparar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación desde el inicio de las evaluaciones para obtener un precedente para futuras investigaciones y así continuar con la mejora continua de la calidad.

**1.6. Hipótesis****Hipótesis General:**

Existen diferencias en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

**Hipótesis Específicas:****Hipótesis Específica 1:**

Existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión gerencial en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

**Hipótesis Específica 2:**

Existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión prestacional en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

**Hipótesis Específica 3:**

Existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión de apoyo en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

**1.7. Objetivos****General:**

Comparar el Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

**Específicos:****Objetivo específico 1:**

Comparar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión gerencial, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

**Objetivo específico 2:**

Comparar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión prestacional, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

**Objetivo específico 3:**

Comparar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión de apoyo, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

## **II. Método**

## **2.1. Diseño de investigación**

### **Enfoque de la investigación: Cuantitativo**

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo porque “usa la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”. Hernández; Fernández; Baptista (2014, p.4).

### **Nivel de la investigación: Descriptivo comparativo**

La presente investigación fue de nivel descriptivo porque describe situaciones y eventos. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. La descripción no solo es obtener datos, sino que se relaciona con condiciones, prácticas que tienen validez, punto de vista de personas y procesos en marcha.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a su análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren Hernández; Fernández; Baptista (2014, p.92).

Los estudios comparativos analizan los aparecidos y diferencias entre los temas propuestos como estudio. Con esto se pretende demostrar las características externas e internas. Los estudios suelen ser superficiales y profundos.

Entonces el estudio descriptivo comparativo “busca caracterizar un tema en base a la información recolectada. Así mismo son estudios en los cuales existen dos o más poblaciones donde se comparan variables para validar una o varias hipótesis”, Calderón (2011, p.2).

Según la finalidad es una investigación teórica, ya que es un proceso de inmersión en el conocimiento existente y disponible que puede estar vinculado con nuestro planteamiento del problema y un producto que a su vez es parte de un producto mayor. Hernández; Fernández; Baptista (2014, p.60).

Según la secuencia de las observaciones es longitudinal porque “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. Hernández; Fernández; Baptista (2014, p.154).

Según el tiempo de ocurrencia es retrospectivo porque es un “Estudio en los cuales se indaga sobre hechos ocurridos en el pasado”, Müggenburg, Pérez (2007, p.36)

Según el análisis y alcance de sus resultados es observacional porque “organiza la observación de datos de manera tal que le permita también verificar o refutar hipótesis”, Jiménez (1998, p.22).

El presente estudio es de diseño no experimental porque que se realizan sin manipular deliberadamente variables. Se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Hernández; Fernández; Baptista (2014, p.152).

## **2.2. Variables, Operacionalización**

### **Variable Estándares de Acreditación:**

#### **Definición conceptual**

El estándar consiste en la definición esperada del desempeño de la organización en un aspecto específico del cuidado de la salud. La acreditación tendrá mayor capacidad de desatar procesos de mejoramiento en la medida que sus estándares apunten a los aspectos clave del desempeño sin importar el tipo de servicios que brinde la organización, simplemente el estándar debe ser capaz de reflejar los aspectos genéricos de una institución prestadora de salud que deberán ser aplicados por cada una y debe ser cotejada por un evaluador externo como punto final del proceso. Cosavalente, Carbajal y Santos (2006, p.17).

#### **Definición operacional:**

El listado de estándares de acreditación es un documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones. MINSA (2007, p.4).

Los estándares de acreditación serán medidos con listado que contiene 342 criterios y que tienen los siguientes macroprocesos: gerenciales, prestacionales y de apoyo.

Tabla 1

*Matriz de operacionalización de la variable: Estándares de acreditación*

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICACIONES	ITEMS	ESCALAS/ VALORES	NIVELES/ RANGOS	
Estándares de Acreditación	Gerencial	Direccionamiento	1 al 11	No Cumple [0]	Si cumple	
		Gestión de Recursos Humanos	12 al 22	Cumple	[1]	
		Gestión de la Calidad	23 al 44	parcialmente	No cumple	
		Manejo de Riesgo de la Atención	45 al 94	[1]	[2]	
		Gestión de Seguridad ante Desastres	95 al 115	Cumple con lo establecido [2]		
	Prestacional	Control de la Gestión y Prestación	116 al 130			
		Atención Ambulatoria	131 al 144			
		Atención de Hospitalización	145 al 170			
		Atención de Emergencias	171 al 184			
		Atención Quirúrgica	185 al 208			
		Docencia e Investigación	209 al 223			
		Apoyo	Atención de Apoyo Diagnostico y Terapéutico	224 al 234		
			Admisión y Alta	235 al 250		
			Referencia y Contrarreferencia	251 al 260		
			Gestión de Medicamentos	261 al 275		
	Gestión de la Información		276 al 289			
		Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	290 al 306			
		Manejo del Riesgo Social	307 al 312			
		Nutrición y Dietética	313 al 322			
		Gestión Insumos y Materiales	323 al 330			
Gestión de equipos e Infraestructura		331 al 342				

## 2.3. Población y muestra

### Población:

“Define el termino población como la agrupación de todos los casos en estudio que tienen características detalladas y establecidas”, Hernández et al. (2014, p.174).

La población estuvo conformada por los documentos de gestión elaborados por las unidades funcionales del Hospital Nacional “Dos de Mayo” en el periodo del 2013 al 2016.

Tabla 2

### *Distribución de la población*

Áreas evaluadas	N° de documentos
Dirección General Adjunta	6
Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	11
Departamento de Banco de sangre y Hemoterapia	8
Departamento de Cirugía	11
Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular	6
Departamento de Consulta Externa	7
Departamento de Diagnóstico por Imágenes	7
Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	13
Departamento de Enfermería	10
Departamento de Especialidades Medicas	6
Departamento de Farmacia	10
Departamento de Gineco-Obstetricia	9
Departamento de Medicina	6
Departamento de Nutrición y dietética	5
Departamento de Odontostomatologia	6
Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	5
Departamento de Pediatría	6
Departamento de Servicio Social	4
Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación	8
Oficina de Comunicaciones	6
Oficina de Economía	2
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	8
Oficina de Estadística e Informática	7
Oficina de Gestión de Calidad	13
Oficina de Gestión Tecnológica Hospitalaria	1
Oficina de Logística	5
Oficina de Personal	7
Oficina de Seguros	6
Oficina de servicio Generales y Mantenimiento	11
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	3
<b>Total</b>	<b>213</b>

**Muestra:**

“Es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos”.  
Hernández et al. (2014, p.173).

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. Aquí el procedimiento depende del proceso de toma de decisiones de un investigado, Hernández et al. (2014, p.176).

Estuvo conformada por los documentos de gestión elaborados por las unidades funcionales del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, tales como Planes, Guías, Manuales, actividades asistenciales, indicadores, mejora de procesos, etc.

Tabla 3

*Distribución de la muestra*

Áreas evaluadas	Nº de documentos
Dirección General Adjunta	6
Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	11
Departamento de Banco de sangre y Hemoterapia	8
Departamento de Cirugía	11
Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular	6
Departamento de Consulta Externa	7
Departamento de Diagnóstico por Imágenes	7
Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	13
Departamento de Enfermería	10
Departamento de Especialidades Medicas	6
Departamento de Farmacia	10
Departamento de Gineco-Obstetricia	9
Departamento de Medicina	6
Departamento de Nutrición y dietética	5
Departamento de Odontostomatología	6
Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	5
Departamento de Pediatría	6
Departamento de Servicio Social	4
Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación	8
Oficina de Comunicaciones	6
Oficina de Economía	2
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	8
Oficina de Estadística e Informática	7
Oficina de Gestión de Calidad	13
Oficina de Gestión Tecnológica Hospitalaria	1
Oficina de Logística	5
Oficina de Personal	7
Oficina de Seguros	6
Oficina de servicio Generales y Mantenimiento	11
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	3
<b>Total</b>	<b>213</b>

**Criterios de Selección:****Criterios de Inclusión:**

Criterios de evaluación que se aplican a establecimientos de salud con categoría III-1.

**Criterios de exclusión:**

Criterios de evaluación que se aplican a establecimientos de salud con categoría I-1 a II-2

**2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

La técnica utilizada en la investigación es la revisión documental y el instrumento utilizado en la investigación es Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría I-1 a III-1 y servicios de apoyo.

La técnica en la investigación consiste en recolectar los datos pertinentes sobre los atributos, conceptos o variables de las unidades de muestreo/ análisis o casos (participantes, grupos, fenómenos, procesos, organizaciones, etc.). Recolectar los datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico. Este plan incluye determinar: a) Fuentes auditables. Es decir, los datos van a ser proporcionados por personas, se producirán de observaciones y registros o se encuentran en documentos, archivos, bases de datos, etc. b) Localización de las fuentes. Regularmente en la muestra seleccionada, pero es indispensable definir con precisión. c) Medio o método para recolectar los datos. Esta fase implica elegir uno o varios medios y definir los procedimientos que utilizaremos en la recolección de los datos. El método o métodos deben ser confiables, válidos y "objetivos". d) Una vez recolectados, debemos prepararlos para que puedan analizarse y respondamos al planteamiento del problema. Hernández; Fernández; Baptista (2014, p.198).

La técnica utilizada en la investigación es la revisión de documentos que es una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, con en el estudios de mapa de procesos, etc. MINSA (2009, p.20).

La revisión de documentos consiste en detectar, obtener y consultar información recogida moderadamente de cualquier realidad, de manera selectiva, de modo que puedan ser útiles para los propósitos del estudio. Hernández; Fernández; Baptista (2000, p.50).

El instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente. En toda investigación cuantitativa aplicamos un instrumento para medir las variables contenidas en las hipótesis Hernández; Fernández; Baptista (2014, p.199).

El instrumento utilizado en la investigación fue el listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría III-1. MINSA (2007, p.22).

Tabla 4:

*Ficha técnica del instrumento de medición de la variable Estándares de acreditación*

<b>Nombre del Instrumento</b>	Listado de estándares de acreditación
<b>Autor:</b>	Norma técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02
<b>Objetivo del instrumento:</b>	Determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación
<b>Población a la que se puede administrar:</b>	Unidades ejecutoras
<b>Forma de Administración:</b>	Macroproceso
	<b>Dimensiones:</b>
	<b>Gerenciales</b>
	<b>Indicadores:</b>
	Direccionamiento
	Gestión de Recursos Humanos
	Gestión de la Calidad
	Manejo de Riesgo de la Atención
	Gestión de Seguridad ante Desastres
	Control de la Gestión y Prestación
	<b>Prestacionales</b>
	<b>Indicadores:</b>
	Atención Ambulatoria
	Atención de Hospitalización
	Atención de Emergencias
	Atención Quirúrgica
	Docencia e Investigación
	<b>De Apoyo</b>
	<b>Indicadores:</b>
	Atención de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
	Admisión y Alta
	Referencia y Contrarreferencia
	Gestión de Medicamentos
	Gestión de la Información
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización
	Manejo del Riesgo Social
	Nutrición y Dietética
	Gestión Insumos y Materiales
	Gestión de equipos e Infraestructura
	<b>Numero de Ítems: 342</b>
	<b>Escala de respuesta</b>
	0: No cumple
	1: Cumple parcialmente
	2: Cumple con lo establecido
<b>Tiempo de Aplicación:</b>	4 semanas
<b>Descripción del Instrumento:</b>	<b>Escala valorativa:</b>
	1: Si cumple
	2: No cumple
<b>Muestra de tipificación:</b>	En todo el Hospital Nacional Dos de Mayo

## **Validación y confiabilidad del instrumento**

El instrumento de medición de la variable estándares de acreditación, es aplicable en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos y privados, incluyendo a los de EsSalud, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional del Perú, los gobiernos regionales y los gobiernos locales, en el ámbito nacional, y comprende a los servicios prestados por terceros. MINSA (2007, p.1).

### **2.5. Métodos de análisis de datos**

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23.

Los datos obtenidos están presentados en tablas y gráficos de acuerdo a la variable y dimensiones, para luego analizarlos e interpretarlos.

Para el contraste de hipótesis se usó de la prueba estadística de Kruskal Wallis, con un 95% de confianza. También se utilizaron las pruebas estadísticas de Chi cuadrado y test de Bonferroni.

### **2.6. Aspectos éticos**

Las condiciones éticas se basaron en el respeto de la confiabilidad de los datos proporcionados en la investigación, es decir son confidenciales.

### **III. Resultados**

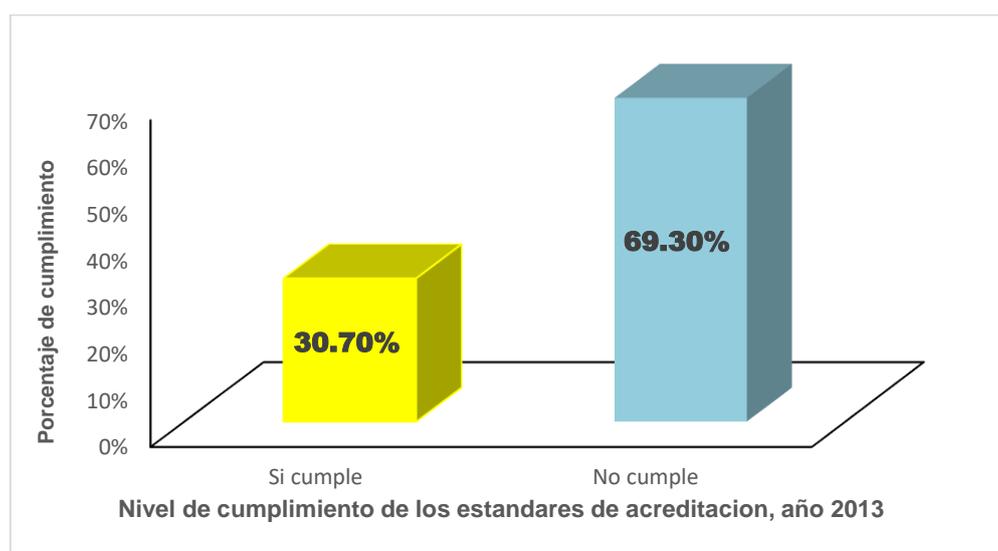
### 3.1. Descripción

#### 3.1.1. Descripción de los resultados de la variable: Estándares de acreditación, año 2013

Tabla 5

*Niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si cumple	105	30,7	30,7	30,7
No cumple	237	69,3	69,3	100,0
	342	100,0	100,0	



*Figura 2: Niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013*

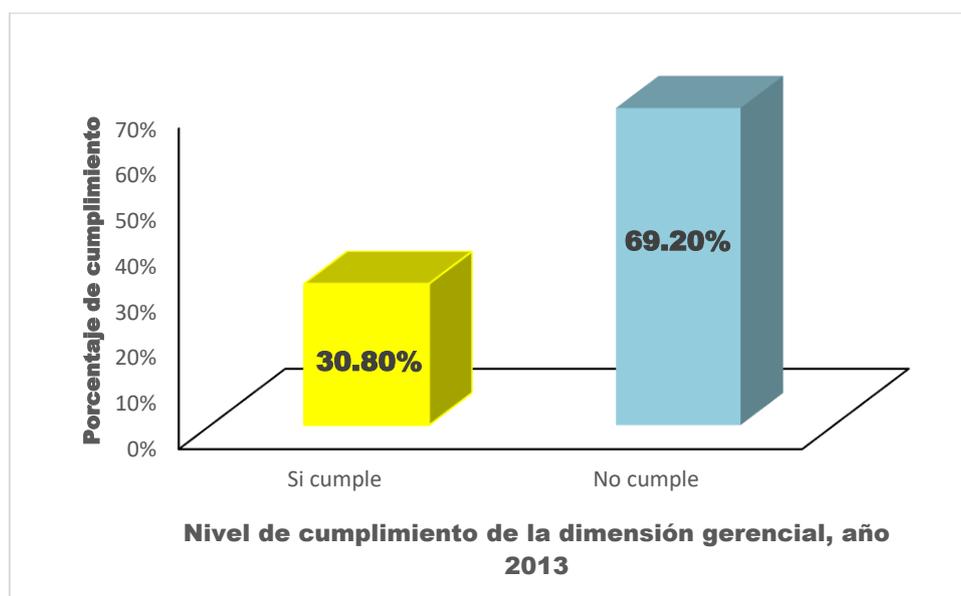
En la tabla 5 y la figura 2 se presentan los niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 30.70% cumplen con los criterios y el 69.30% no cumplen con los criterios de evaluación.

### 3.1.2. Descripción de los resultados de la dimensión: Gerencial, año 2013

Tabla 6

*Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si cumple	40	30.8	30.8	30.8
No cumple	90	69.2	69.2	100.0
Total	130	100.0	100.0	



*Figura 3: Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013*

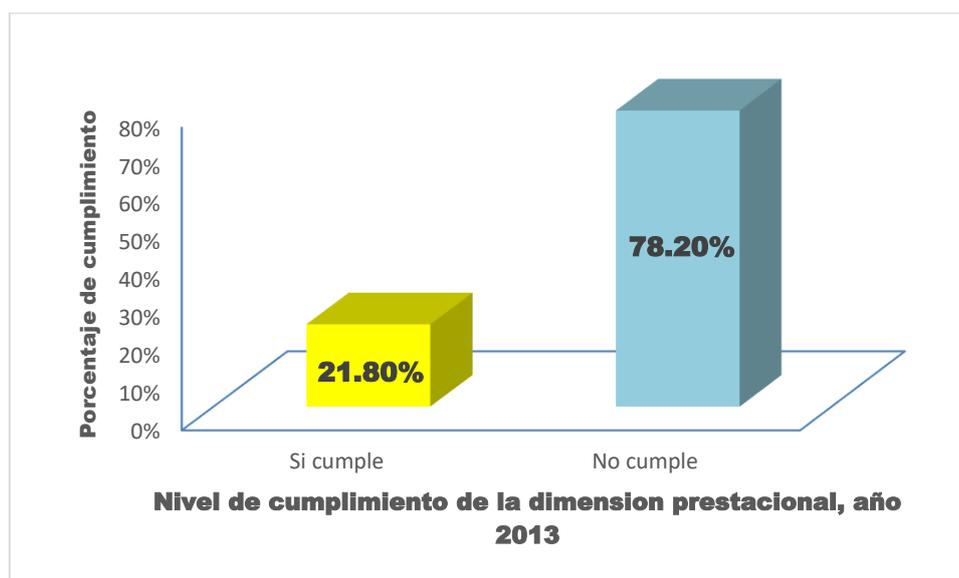
En la tabla 6 y la figura 3 se presenta el Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 30.80% cumple con los criterios y el 69.20% no cumplen con los criterios de evaluación.

### 3.1.3. Descripción de los resultados de la dimensión: Prestacional, año 2013

Tabla 7

*Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si Cumple	17	21.8	21.8	21.8
No Cumple	61	78.2	78.2	100.0
Total	78	100.0	100.0	



*Figura 4: Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013*

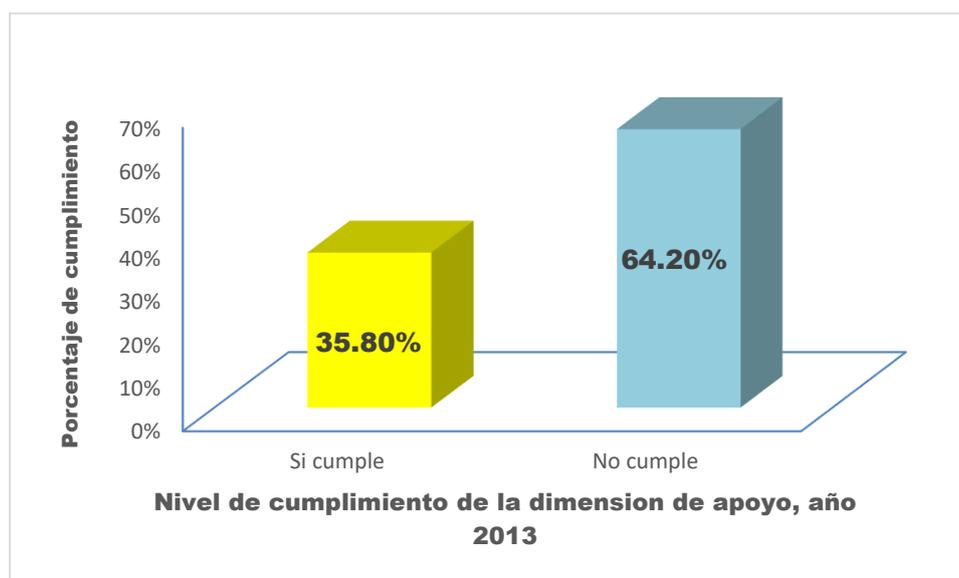
En la tabla 7 y la figura 4 se presenta el Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 21.80% cumplen con los criterios y el 78.20% no cumplen con los criterios de evaluación.

### 3.1.4. Descripción de los resultados de la dimensión: Apoyo, año 2013

Tabla 8

*Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si cumple	48	35.8	35.8	35.8
No cumple	86	64.2	64.2	100.0
Total	134	100.0	100.0	



*Figura 5: Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2013*

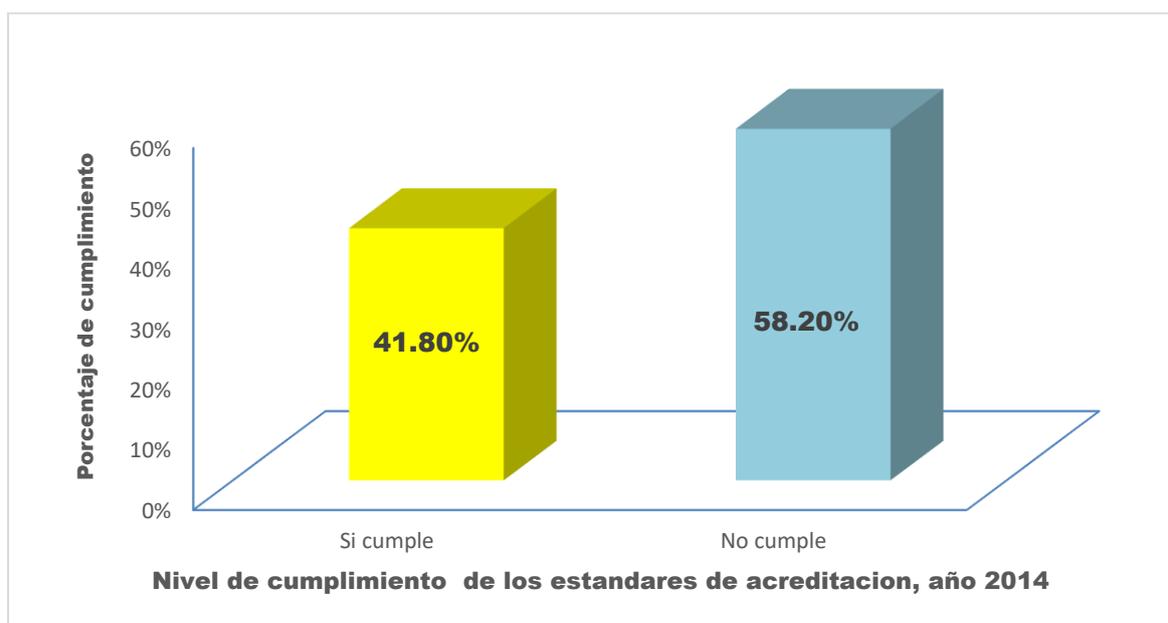
En la tabla 8 y la figura 5 se presenta el Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 35.80% cumple con los criterios y el 64.20% no cumple con los criterios de evaluación.

### 3.1.5. Descripción de los resultados de la variable: Estándares de Acreditación, año 2014

Tabla 9

*Niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional "Dos de Mayo", Lima 2014*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si cumple	143	41.8	41.8	41.8
No cumple	199	58.2	58.2	100.0
Total	342	100.0	100.0	



*Figura 6: Niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional "Dos de Mayo", Lima 2014*

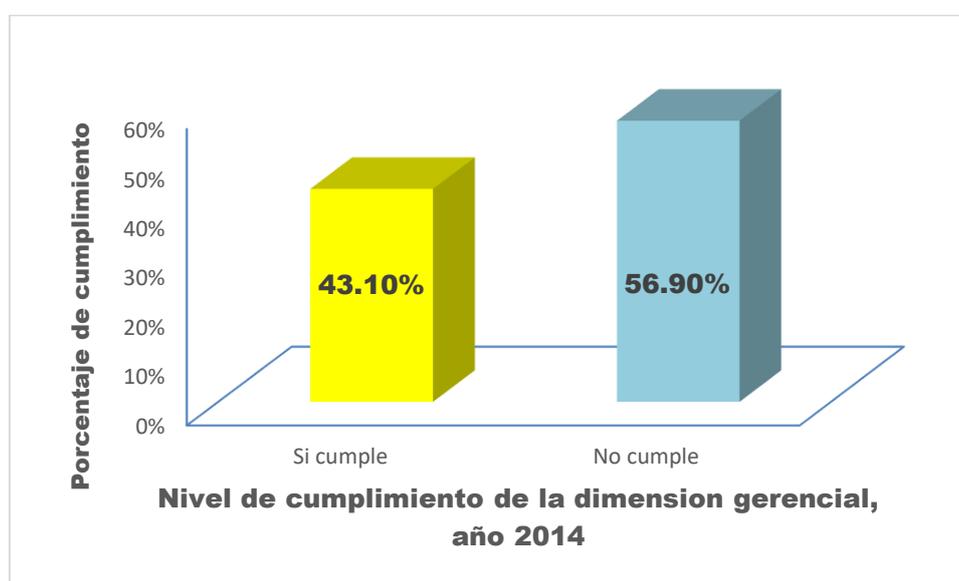
En la tabla 9 y la figura 6 se presentan los niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional "Dos de Mayo", donde el 41.80% cumple con los criterios y el 58.20% no cumplen con los criterios evaluados.

### 3.1.6. Descripción de los resultados de la dimensión: Gerencial, año 2014

Tabla 10

*Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si Cumple	56	43.1	43.1	43.1
No Cumple	74	56.9	56.9	100.0
Total	130	100.0	100.0	



*Figura 7: Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014*

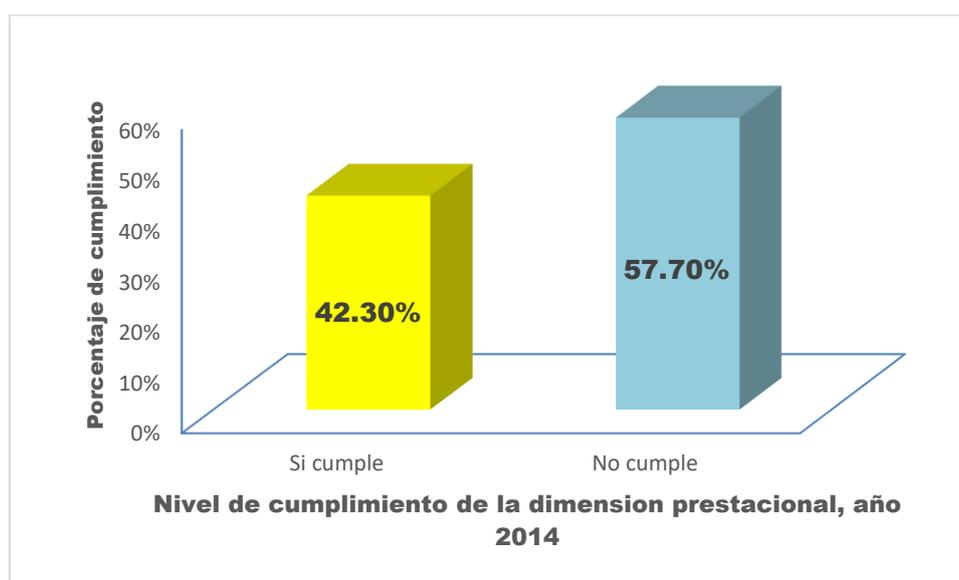
En la tabla 10 y la figura 7 se presenta el Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”,, donde el 43.10% cumplen con los criterios y el 56.90% de los criterios no cumplen con los criterios evaluados.

### 3.1.7. Descripción de los resultados de la dimensión: Prestacional año 2014

Tabla 11

*Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si Cumple	33	42.3	42.3	42.3
No Cumple	45	57.7	57.7	100.0
Total	78	100.0	100.0	



*Figura 8: Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014*

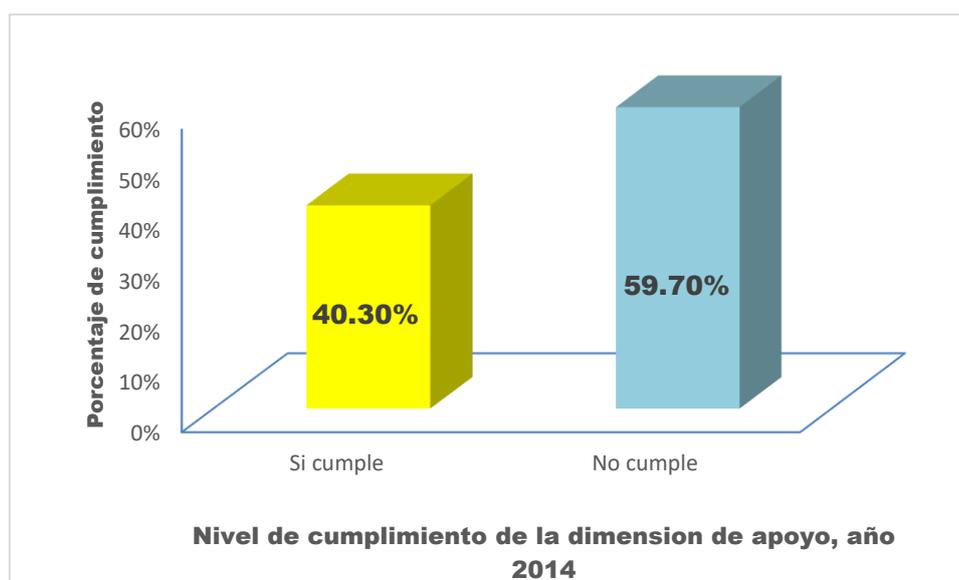
En la tabla 11 y la figura 8 se presenta el Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 42.30% cumplen con los criterios y el 57.70% no cumplen con los criterios de evaluación.

### 3.1.8. Descripción de los resultados de la dimensión: Apoyo año 2014

Tabla 12

*Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si Cumple	54	40.3	40.3	40.3
No Cumple	80	59.7	59.7	100.0
Total	134	100.0	100.0	



*Figura 9: Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2014*

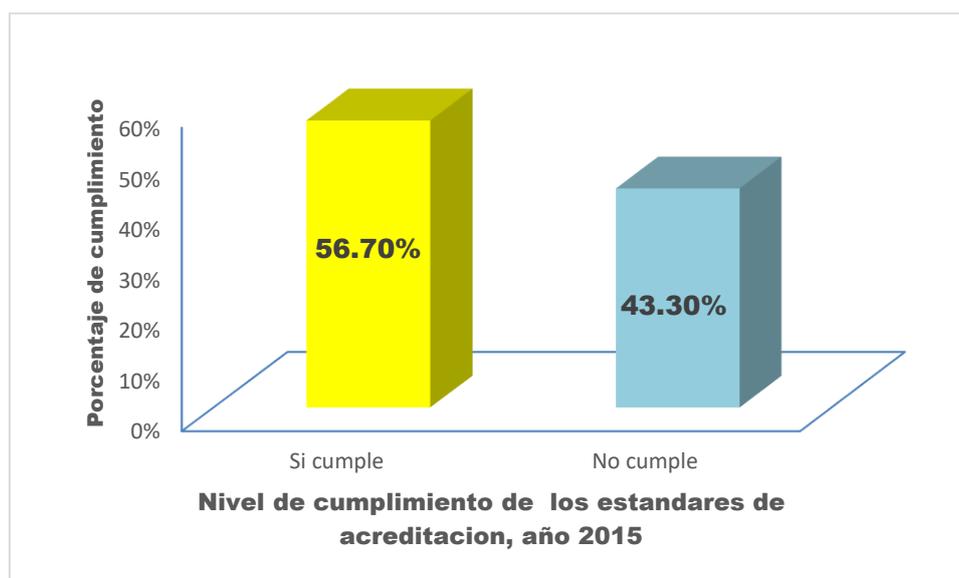
En la tabla 12 y la figura 9 se presenta el Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 40.30% cumple con los criterios y el 59.70% no cumplen con los criterios de evaluación.

### 3.1.9. Descripción de los resultados de la variable: Estándares de Acreditación año 2015

Tabla 13

*Niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si Cumple	194	56,7	56,7	56,7
No Cumple	148	43,3	43,3	100,0
Total	342	100,0	100,0	



*Figura 10: Niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015*

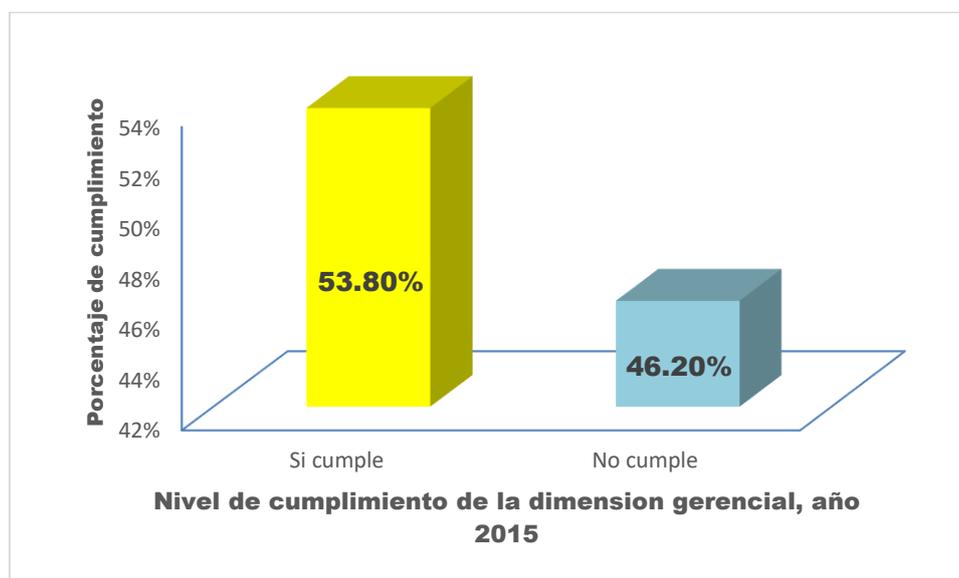
En la tabla 13 y la figura 10 se presentan los niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 56.70% de los criterios si cumplen con los estándares y el 43.30% de los criterios no cumplen con los estándares

### 3.1.10. Descripción de los resultados de la dimensión: Gerencial año 2015

Tabla 14

*Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si Cumple	70	53.8	53.8	53.8
No Cumple	60	46.2	46.2	100.0
Total	130	100.0	100.0	



*Figura 11: Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015*

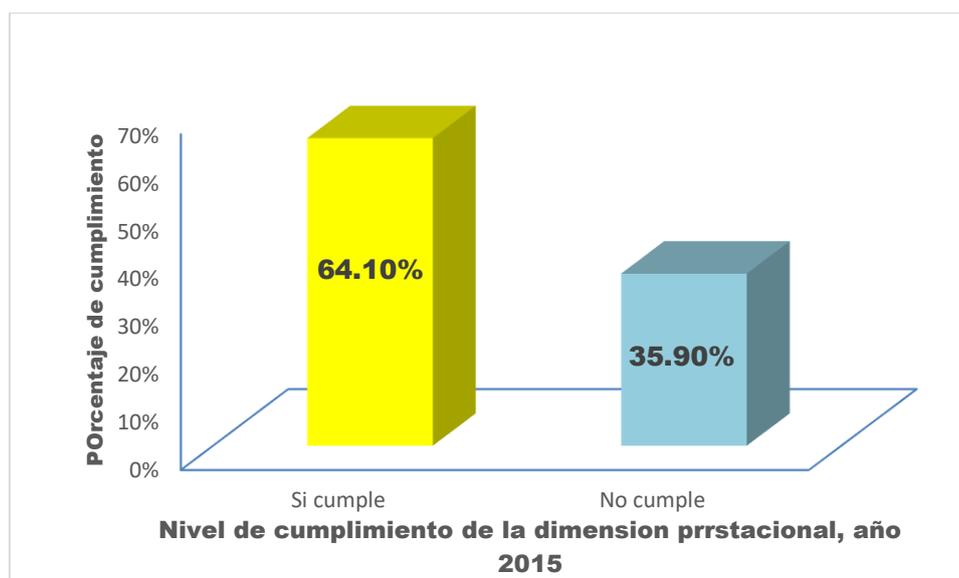
En la tabla 14 y la figura 11 se presenta el Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 53.80% cumplen con los criterios y el 46.20% no cumplen con los criterios de evaluación.

### 3.1.11. Descripción de los resultados de la dimensión: Prestacional año 2015

Tabla 15

*Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si Cumple	50	64.1	64.1	64.1
No Cumple	28	35.9	35.9	100.0
Total	78	100.0	100.0	



*Figura 12: Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015*

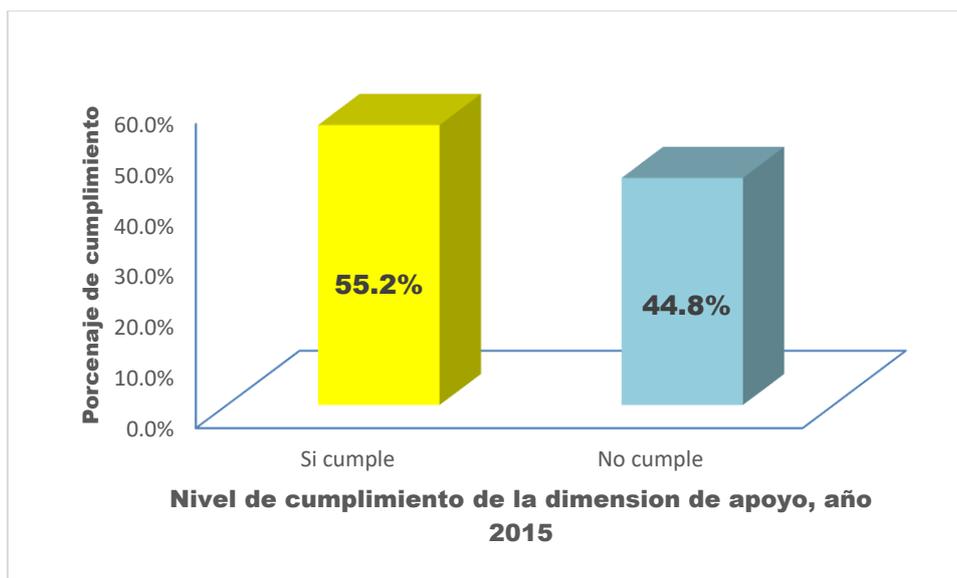
En la tabla 15 y la figura 12 se presenta el Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 64.10% cumplen con los criterios y el 35.90% no cumplen con los criterios de evaluación.

### 3.1.12. Descripción de los resultados de la dimensión: Apoyo año 2015

Tabla 16

*Nivel de cumplimiento de la dimensión apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si Cumple	74	55.2	55.2	55.2
No Cumple	60	44.8	44.8	100.0
Total	134	100.0	100.0	



*Figura 13: Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2015*

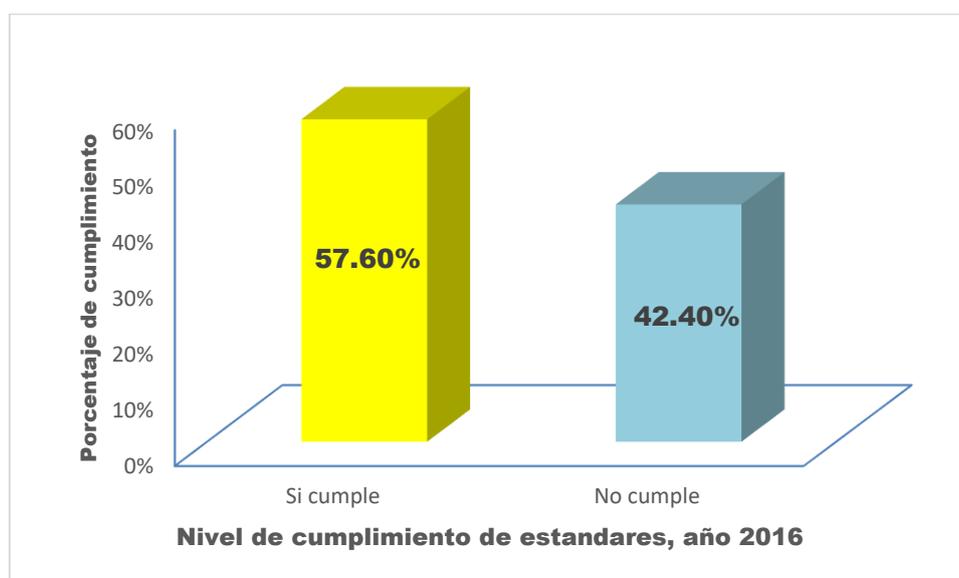
En la tabla 16 y la figura 13 se presenta el Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 55.20% cumplen con los criterios y el 44.8% no cumplen con los estándares de acreditación.

### 3.1.13. Descripción de los resultados de la variable: Estándares de acreditación año 2016

Tabla 17

*Niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si Cumple	197	57,6	57,6	57,6
No Cumple	145	42,4	42,4	100,0
Total	342	100,0	100,0	



*Figura 14: Niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016*

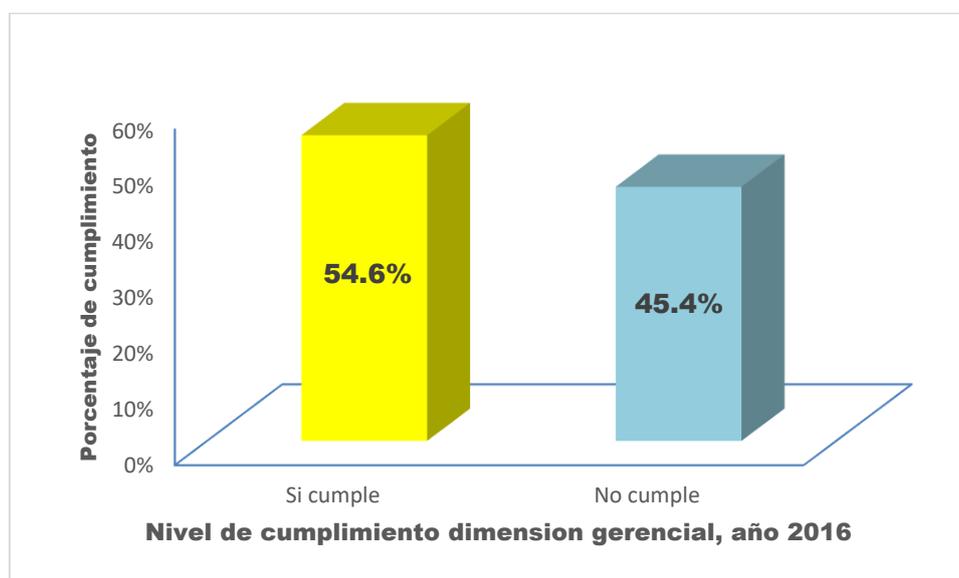
En la tabla 17 y la figura 14 se presentan los niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 57.60% cumplen con los criterios y el 42.40% no cumplen con los criterios evaluados.

### 3.1.14. Descripción de los resultados de la dimensión: Gerencial año 2016

Tabla 18

*Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si Cumple	71	54.6	54.6	54.6
No Cumple	59	45.4	45.4	100.0
Total	130	100.0	100.0	



*Figura 15: Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016*

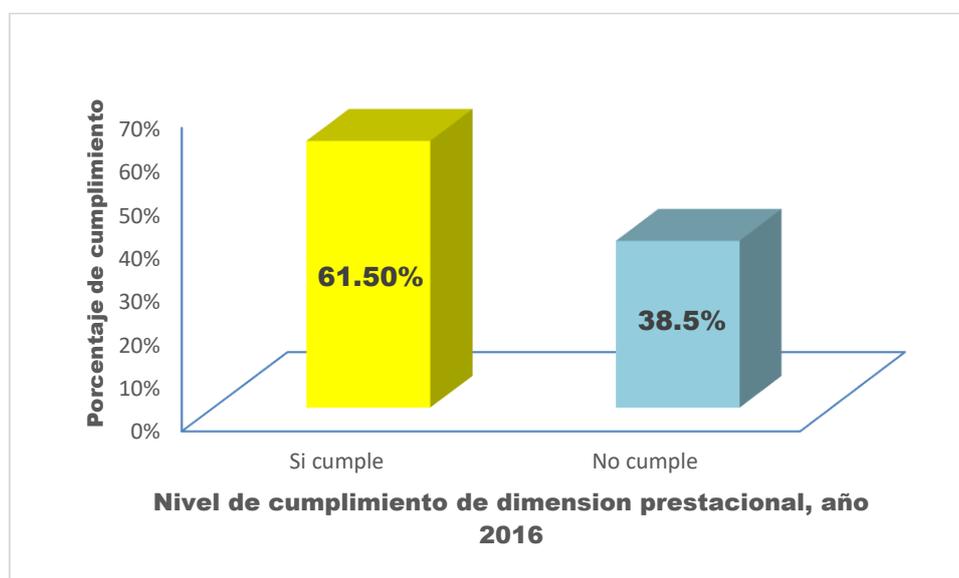
En la tabla 18 y la figura 15 se presenta el Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 54.60% cumplen con los criterios y el 45.40% no cumplen con los criterios de evaluación.

### 3.1.15. Descripción de los resultados de la dimensión: Prestacional año 2016

Tabla 19

*Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si cumple	48	61.5	61.5	61.5
No cumple	30	38.5	38.5	100.0
Total	78	100.0	100.0	



*Figura 16: Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016*

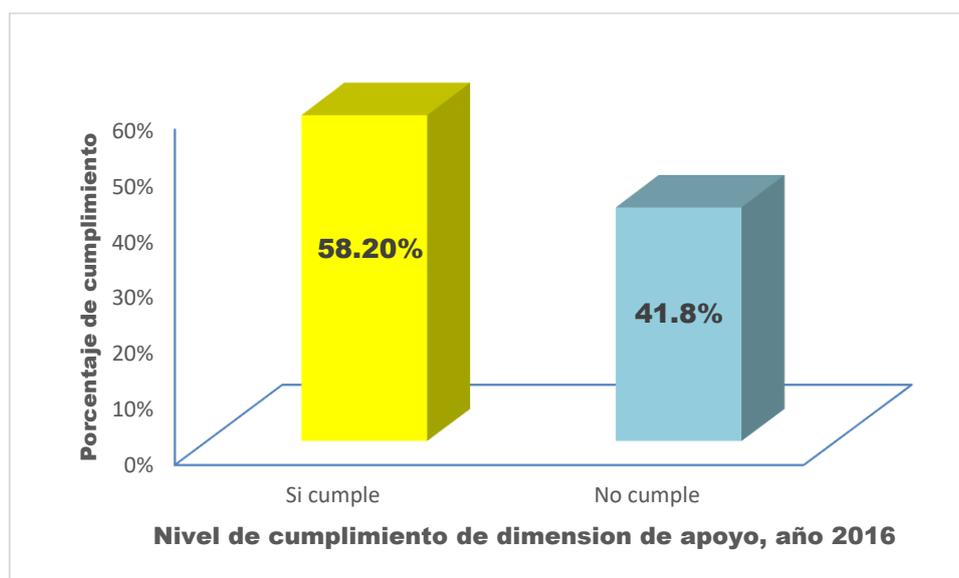
En la tabla 19 y la figura 16 se presenta el Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 61.50% cumplen con los criterios y el 38.50% no cumplen con los criterios de evaluación.

### 3.1.16. Descripción de los resultados de la dimensión: Apoyo año 2016

Tabla 20

*Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si Cumple	78	58.2	58.2	58.2
No Cumple	56	41.8	41.8	100.0
Total	134	100.0	100.0	



*Figura 17: Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2016*

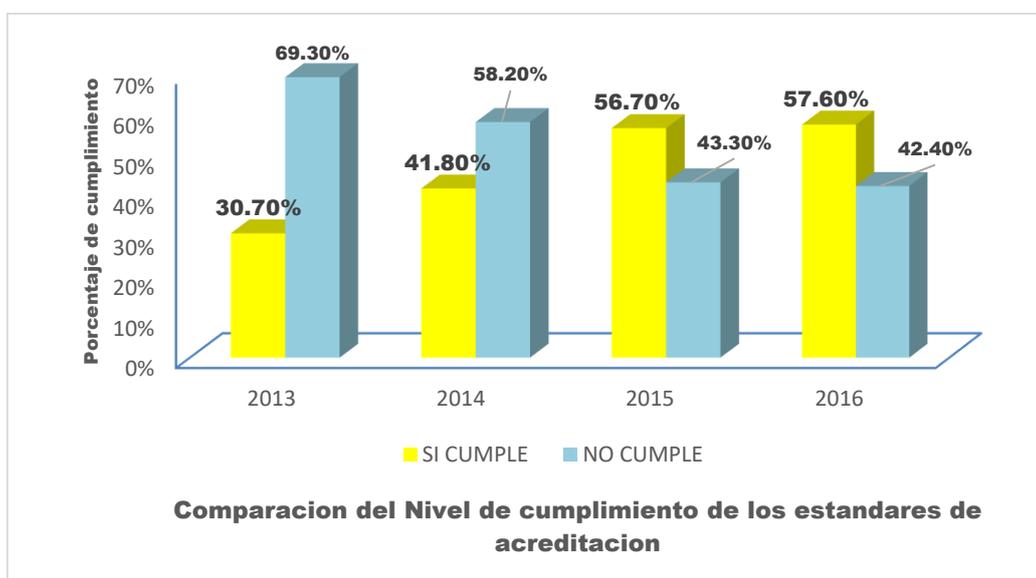
En la tabla 20 y la figura 17 se presenta el Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde el 47.60% cumplen con los criterios y el 52.40% no cumplen de los criterios evaluados.

### 3.1.17. Descripción de los resultados de la variable estándares de acreditación en el periodo 2013 al 2016

Tabla 21

*Comparación del Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, periodo 2013-2016*

	2013		2014		2015		2016	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si Cumple	105	30,7	143	41.8	194	56.7	197	57.6
No Cumple	237	69,3	199	58.2	148	43.3	145	42.4
	342	100,0	342	100.0	342	100.0	342	100.0



*Figura 18: Comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, periodo 2013-2016*

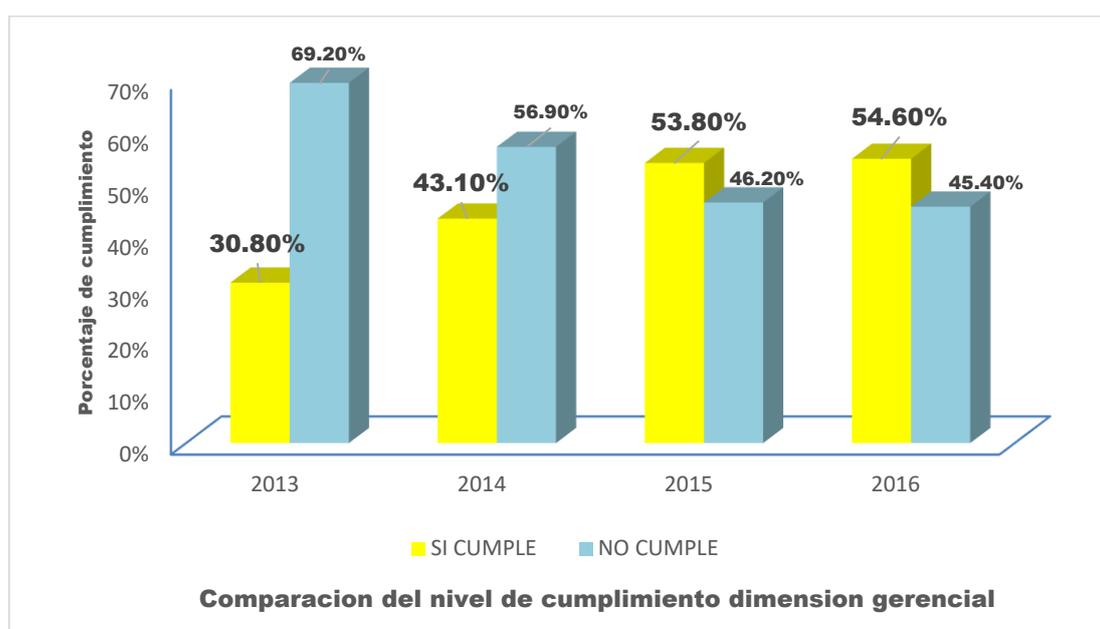
En la tabla 21 y la figura 18 se presenta la comparación del Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde se evidencia el incremento del cumplimiento a través de los años, en el 2013 se tuvo un cumplimiento del 30.70% de los criterios evaluados, en el 2014 se tuvo un cumplimiento de 41.80% de los criterios evaluados, en el 2015 se tuvo un cumplimiento del 56.70% de los criterios evaluados y en el 2016 se tuvo un cumplimiento de 57.60% de los criterios evaluados.

### 3.1.18. Descripción de los resultados de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación en el periodo 2013 al 2016

Tabla 22

*Comparación del Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, periodo 2013-2016*

	2013		2014		2015		2016	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si Cumple	40	30.8	56	43.1	70	53.8	71	54.6
No Cumple	90	69.2	74	56.9	60	46.2	59	45.4
	130	100.0	130	100.0	130	100.0	130	100.0



*Figura 19: Comparación del nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, periodo 2013-2016*

En la tabla 22 y la figura 19 se presenta la comparación del Nivel de cumplimiento de la dimensión gerencial de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde se evidencia el incremento del cumplimiento a través de los años, en el 2013 se tuvo un cumplimiento del 30.80% de los criterios evaluados, en el 2014 se tuvo un cumplimiento de 43.10% de los criterios evaluados, en el 2015

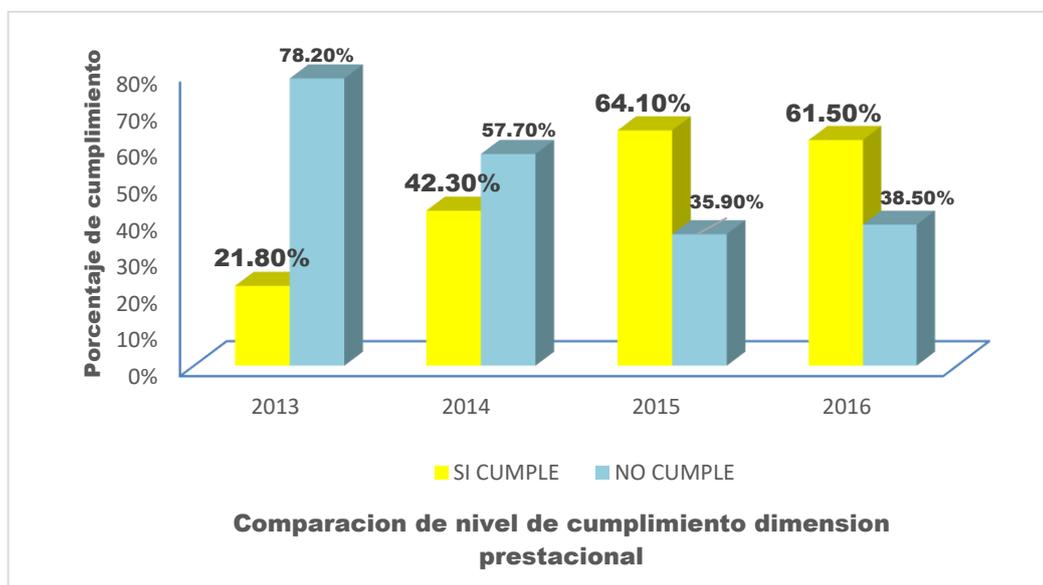
se tuvo un cumplimiento del 53.80% de los criterios evaluados y en el 2016 se tuvo un cumplimiento de 54.60% de los criterios evaluados.

### 3.1.19. Descripción de los resultados de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación en el periodo 2013 al 2016

Tabla 23

*Comparación del Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, periodo 2013-2016*

	2013		2014		2015		2016	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si Cumple	17	21.8	33	42.3	50	64.1	48	61.5
No Cumple	61	78.2	45	57.7	28	35.9	30	38.5
	78	100.0	78	100.0	78	100.0	78	100.0



*Figura 20: Comparación del nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, periodo 2013-2016*

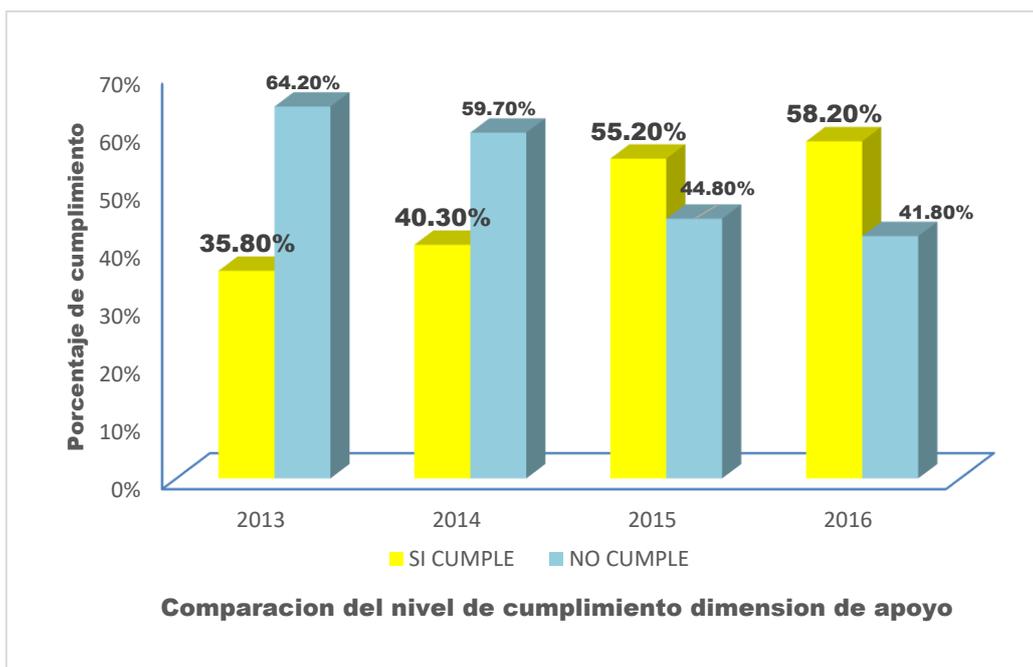
En la tabla 23 y la figura 20 se presenta la comparación del Nivel de cumplimiento de la dimensión prestacional de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde se evidencia el incremento del cumplimiento a través de los años, en el 2013 se tuvo un cumplimiento del 21.80% de los criterios evaluados, en el 2014 se tuvo un cumplimiento de 42.30% de los criterios evaluados, en el 2015 se tuvo un cumplimiento del 64.10% de los criterios evaluados y en el 2016 se tuvo un cumplimiento de 61.50% de los criterios evaluados.

### 3.1.19. Descripción de los resultados de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación en el periodo 2013 al 2016

Tabla 24

*Comparación del Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, periodo 2013-2016*

	2013		2014		2015		2016	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si Cumple	48	35.8	54	40.3	74	55.2	78	58.2
No Cumple	86	64.2	80	59.7	60	44.8	56	41.8
	134	100.0	134	100.0	134	100.0	134	100.0



*Figura 21:* Comparación del nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, periodo 2013-2016

En la tabla 24 y la figura 21 se presenta la comparación del Nivel de cumplimiento de la dimensión de apoyo de los estándares de acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, donde se evidencia el incremento del cumplimiento a través de los años, en el 2013 se tuvo un cumplimiento del 35.80% de los criterios evaluados, en el 2014 se tuvo un cumplimiento de 40.30% de los criterios evaluados, en el 2015 se tuvo un cumplimiento del 55.20% de los criterios evaluados y en el 2016 se tuvo un cumplimiento de 58.20% de los criterios evaluados.

## Contrastación de hipótesis

### Hipótesis general:

H0: No Existen diferencias en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” en los años 2013 al 2016

H1: Existen diferencias en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” en los años 2013 al 2016

Tabla 25

*Prueba de comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” en los años 2013-2016, Lima 2017*

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Kruskal Wallis	68,586 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	69,723	3	,000
Asociación lineal por lineal	62,757	1	,000
N de casos válidos	1368		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 159.75.

En la tabla 25 se presenta los resultados en la prueba de Kruskal Wallis. En la cual se observa que el valor de  $p < 0.05$ , por lo que se rechaza la hipótesis nula, afirmando que existe una diferencia significativa entre el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación a través de los años según los resultados obtenidos en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”

### Hipótesis Específicas:

#### Hipótesis Específica 1:

H0: No existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión gerencial en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

H1: Existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión gerencial en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

Tabla 26

*Prueba de comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión gerencial en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2017*

	NIVEL
Chi-cuadrado	19.647
gl	3
Sig. asintótica	0.000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: AÑO

En la tabla 26 se presenta los resultados en la prueba de Kruskal Wallis y su nivel de significancia entre las variables. En la cual se observa que el valor de  $p < 0.05$  por lo que se rechaza la hipótesis nula, afirmando que existe una diferencia significativa entre el nivel de cumplimiento en su dimensión gerencial de los estándares de acreditación a través de los años según los resultados obtenidos en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”

### Hipótesis Específica 2:

H0: No existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión prestacional en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

H1: Existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión prestacional en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

Tabla 27

*Prueba de comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión prestacional en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2017*

	NIVEL
Chi-cuadrado	36.184
gl	3
Sig. asintótica	0.000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: AÑO

En la tabla 27 se presenta los resultados en la prueba de Kruskal Wallis y su nivel de significancia entre las variables. En la cual se observa que el valor de  $p < 0.05$  por lo que se rechaza la hipótesis nula, afirmando que existe una diferencia significativa entre el nivel de cumplimiento en su dimensión prestacional de los estándares de acreditación a través de los años según los resultados obtenidos en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”

### Hipótesis Específica 3:

H0: No existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión de apoyo en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

H1: Existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión de apoyo en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016

Tabla 28

*Prueba de comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión de apoyo en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Lima 2017*

	NIVEL
Chi-cuadrado	19.450
gl	3
Sig. asintótica	0.000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: AÑO

En la tabla 28 se presenta los resultados en la prueba de Kruskal Wallis y su nivel de significancia entre las variables. En la cual se observa que el valor de  $p < 0.05$  por lo que se rechaza la hipótesis nula, afirmando que existe una diferencia significativa entre el nivel de cumplimiento en su dimensión de apoyo de los estándares de acreditación a través de los años según los resultados obtenidos en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”

Tabla 29

*Prueba de comparación del nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” en los años 2013-2016, Lima 2017*

(I)	AÑO	(J) AÑO	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
2016		2015	,020	,062	1,000	-,14	,18
		2014	,284*	,062	,000	,12	,45
		2013	,547*	,062	,000	,38	,71
2015		2016	-,020	,062	1,000	-,18	,14
		2014	,263*	,062	,000	,10	,43
		2013	,526*	,062	,000	,36	,69
2014		2016	-,284*	,062	,000	-,45	-,12
		2015	-,263*	,062	,000	-,43	-,10
		2013	,263*	,062	,000	,10	,43
2013		2016	-,547*	,062	,000	-,71	-,38
		2015	-,526*	,062	,000	-,69	-,36
		2014	-,263*	,062	,000	-,43	-,10

\*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

En la tabla 29 se presenta los resultados en la prueba Bonferroni. Existe una diferencia significativa entre los años 2016 y 2014; 2016 y 2013; 2015 y 2014; 2015 y 2013; 2014 y 2013, en la que se observa que el valor de  $p < 0.05$ .

#### **IV. Discusión**

El nivel de cumplimiento, es una metodología que implica la medición de una cantidad de acciones, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

Como se sabe para obtener la acreditación en el Perú se debe obtener más del 85% de cumplimiento de estándares de acreditación para así poder solicitar una evaluación externa y así poder alcanzar la acreditación del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, dependiendo del puntaje que se alcance en las evaluaciones internas dependerá el tiempo en el que se vuelva a repetir la autoevaluación siendo el puntaje el siguiente: si el cumplimiento es menos del 50% se debe reiniciar nuevamente la autoevaluación, si el cumplimiento es entre el 50% al 69% se debe subsanar en 9 meses aquellos criterios que tuvieron calificación 0 y 1, si el nivel de cumplimiento es entre 70% al 84% se debe subsanar en 6 meses y si el nivel de cumplimiento es mayor al 85% se solicita la evaluación externa.

En el Hospital Nacional “Dos de Mayo” el primer ejercicio del estudio de nivel de cumplimiento se realizó en el 2008 obteniendo un resultado del 52% la cual concluyo que había desconocimiento de los estándares en todas las áreas, no se realizó la difusión adecuada, no se logró el compromiso con el personal, asistencia técnica limitada.

En cuanto a la hipótesis general, existen diferencias en la variable estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, lo que podría explicarse porque desde el año 2013 se han mejorado las dimensiones evaluadas, notándose un decremento en la dimensión prestacional en el año 2016.

Al transcurrir el tiempo no se hicieron mediciones es por eso que a partir del 2013 se inició nuevamente con las evaluaciones para la medición de nivel de cumplimiento de estándares obteniendo un resultado 30.70% de cumplimiento, no alcanzando el nivel de cumplimiento esperado según lo antes expuesto, por lo que se debe repetir la evaluación.

En el 2014 el nivel de cumplimiento de estándares obtuvo un resultado 41.80% de cumplimiento, no alcanzando el nivel de cumplimiento esperado según lo antes expuesto, por lo que se debe subsanar los criterios que no cumplieron en 9 meses.

En el 2015 el nivel de cumplimiento de estándares obtuvo un resultado 56.70% de cumplimiento, no alcanzando el nivel de cumplimiento esperado según lo antes expuesto, por lo que se debe subsanar los criterios que no cumplieron en 9 meses.

En el 2016 el nivel de cumplimiento de estándares obtuvo un resultado 57.60% de cumplimiento, no alcanzando el nivel de cumplimiento esperado según lo antes expuesto, por lo que se debe subsanar los criterios que no cumplieron en 9 meses.

Con los resultados antes presentados se aprecia que en el 2013 se alcanzó un puntaje menor 50% por lo que se volvió a realizar la evaluación. En cambio desde el 2014 hasta el 2016 la evaluación ha sido entre el 50% al 69% se debe subsanar en 9 meses aquellos criterios que tuvieron calificación 0 y 1, observando que la dimensión gerencial y la dimensión de apoyo ha incrementado su nivel de cumplimiento al transcurrir de las evaluación desde el 2013 al 2016, esto se evidencia con la generación de documentos de gestión, normativa interna de seguridad del paciente y satisfacción de usuario interno y externo, generación de guías de práctica clínica y procedimientos, en general solo sean mejorado documentación por áreas pero aun no sea mejorado procesos que se conecten para establecer la mejora continua y la retroalimentación en las unidades ejecutoras de la institución.

En cuanto a la hipótesis específica 1, existe una diferencia entre el nivel de cumplimiento en su dimensión gerencial, lo que podría explicarse porque se han mejorado algunos aspectos que han fortalecido esta dimensión.

En el 2013 el nivel de cumplimiento en su dimensión gerencial obtuvo resultado 30.80% de cumplimiento en los criterios evaluados, evidenciándose se implementan documentos de gestión, Manual de procedimientos, Manual de organización y funciones, manual de quejas y reclamos, planes institucionales, se realizan auditorias para mejorar la calidad de atención, se realizan capacitaciones por áreas, la evaluación de riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional del establecimiento, Stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres, Rol de programación diaria de los recursos humanos y se disminuye las barreras de acceso socioeconómicas.

En el 2014 el nivel de cumplimiento en su dimensión gerencial obtuvo resultado 43.20% de cumplimiento en los criterios evaluados, evidenciándose la conformación de equipos de mejora continua, se realiza el análisis situacional hospitalario por áreas y etapas de vida, el Manual de Gestión de Reclamos y Sugerencias e informes y la política de confidencialidad respecto a la información del paciente:

En el 2015 el nivel de cumplimiento en su dimensión gerencial obtuvo resultado 53.80% de cumplimiento en los criterios evaluados, observándose la implementación de documentos de gestión, planes de contingencia, documentos técnicos, mecanismos sobre necesidades y expectativas de los usuarios, utilización de soluciones asépticas para el lavado de manos, se conforman comités de auditoría, se identifican las necesidades de salud, se informa sobre los indicadores hospitalarios, la evaluación de satisfacción del usuario externo, evaluación del usuario interno, manuales de seguridad para los usuarios externos.

En el 2016 el nivel de cumplimiento en su dimensión gerencial obtuvo resultado 54.60% de cumplimiento en los criterios evaluados, observándose la implementación de reglamentos en el proceso de selección del personal, se definen las funciones de los trabajadores, se capacitan a los trabajadores nuevos, se priorizan los procedimientos se forman equipos de mejora continua, la implementación del Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los

Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, documento que define metas de atención con buen trato.

Si bien es cierto se evidencia el aumentado del cumplimiento en los estándares de acreditación comprendidos en la dimensión gerencial aún nos falta alcanzar cumplimiento de lo establecido en procesos claves para la organización.

En cuanto a la hipótesis específica 2, existe una diferencia entre el nivel de cumplimiento en su dimensión prestacional lo que podría explicarse porque se han mejorado aspectos que han fortalecido esta dimensión, pero se observa un decremento en el año 2016

En el 2013 el nivel de cumplimiento en su dimensión prestacional obtuvo resultado 21.80% de cumplimiento en los criterios evaluados, se observa la implementación de formatos en la historia clínica, se dispone un área de triaje, se dispone de buzones accesibles, se programan las actividades de centro quirúrgico, se conforma el comité bioético y se reglamenta la docencia.

En el 2014 el nivel de cumplimiento en su dimensión prestacional obtuvo resultado 42.30% de cumplimiento en los criterios evaluados, se implementa la generación del sistema de gestión de información, la conformación de comités de sede docente el cual es multidisciplinario, se evidencio la implementación de la atención de reclamos oportunamente, se elaboran guías de práctica clínicas

En el 2015 el nivel de cumplimiento en su dimensión prestacional obtuvo resultado 64.10% de cumplimiento en los criterios evaluados, se implementa se emplean reportes de adherencia de guías de práctica clínica, se realizan evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes

En el 2016 el nivel de cumplimiento en su dimensión prestacional obtuvo resultado 61.50% de cumplimiento en los criterios evaluados, observándose un decremento en la evaluación de este año.

Si bien es cierto hemos aumentado en cumplimientos de los criterios comprendidos en la dimensión prestacional aún nos falta alcanzar cumplimiento de lo establecido en procesos claves para la organización.

En cuanto a la hipótesis específica 3, existe una diferencia entre el nivel de cumplimiento en su dimensión de apoyo lo que podría explicarse porque se han mejorado aspectos que han fortalecido esta dimensión.

En el 2013 el nivel de cumplimiento en su dimensión de apoyo obtuvo resultado 35.80% de cumplimiento de los criterios evaluados, se implementa el registro de medicamentos prescritos, se conserva el normo stock, los buzones de quejas en áreas visibles, Libro de registro manual o electrónico de quejas efectuadas por los usuarios, Informe mensual de las quejas efectuadas por el usuario.

En el 2014 el nivel de cumplimiento en su dimensión de apoyo obtuvo resultado 40.30% de cumplimiento de los criterios evaluados, el mantenimiento de equipos biomédicos, Manual de procedimientos de Desinfección y Esterilización Hospitalaria,

En el 2015 el nivel de cumplimiento en su dimensión de apoyo obtuvo resultado 55.20% de cumplimiento de los criterios evaluados, se evidencio la implementación el sistema informático.

En el 2016 el nivel de cumplimiento en su dimensión de apoyo obtuvo resultado 58.20% de cumplimiento de los criterios evaluados, se evidencio la elaboración del manual de procedimientos informáticos, se elabora un aplicativo informático para gestión para el registro de la operatividad de los equipos electromecánicos.

Luego de lo expuesto anteriormente se debe acotar que si bien es cierto han mejorado en la aplicación del listado de estándares para la acreditación de

establecimientos de salud, aun la debilidad de la institución es el manejo de procesos y de apoyo institucional.

Finalmente considero que los resultados de la investigación realizada son importantes ya que permitió comparar e identificar qué área tiene mayor compromiso organizacional con la institución, para poder así dar las recomendaciones y lograr la lealtad de los profesionales de la Institución, esto contribuirá a que la institución alcance las metas y el éxito deseado.

## **V. Conclusiones**

- Primera:** Existe una diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, desde el 2013 al 2016, como se ve reflejado en los resultados de las evaluaciones 30.70%, 41.80%, 56.70% y 57.60% respectivamente.
- Segunda:** Existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión gerencial, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016, como se ve reflejado en los resultados de las evaluaciones 30.80%, 43.10%, 53.80% y 54.60% respectivamente.
- Tercera:** Existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión prestacional, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016, como se ve reflejado en los resultados de las evaluaciones 21.80%, 42.30%, 64.10% y 61.50%; notándose un decremento en el año 2016.
- Cuarta:** Existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión de apoyo, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016, como se ve reflejado en los resultados de las evaluaciones 35.80%, 40.30%, 55.20% y 58.20% respectivamente.

## **VI. Recomendaciones**

- Primera:** Elaborar el Plan de Mejora en base a los resultados de la evaluación, en el cual se identificarán los procesos que tengan mayor importancia y sean factibles de cumplir para así alcanzar el nivel esperado.
- Segunda:** Comprometer a todas la Unidades Productoras de Servicios de Salud con el proceso de Mejora Continua.
- Tercera:** Realizar la monitorización de la ejecución de las acciones de mejora que forman parte del Plan de Mejora y darle asesoría técnica permanente.
- Cuarta:** Realizar el siguiente proceso de evaluación en un plazo de 9 meses, para seguir midiendo el cumplimiento de los estándares de acreditación.

## **VII. Referencias Bibliográficas**

- Benavidez, K.; Stella, M. y Urbano, A. (2012). *Cumplimiento de los estándares de acreditación en la E.S.E. Centro 1, punto atención Cajibío*. Universidad E.A.N., Popayán.
- Betancourt, A. y Tunjo, M. (2012), *Desarrollo de procesos de acreditación en países de Latinoamérica y el caribe*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá DC
- Cortés, F. (2012): “*Gestión ética: transformación de una cultura basada en valores y principios éticos*” Universidad Privada Dr. Rafael Beloso Chacín, Venezuela
- Cosavalente, O.; Carbajal, R. y Santos, A. (2006). *Compendio de la propuesta de acreditación de servicios de salud: marcos conceptual, normativo, contextual, sistematización experiencia nacional, revisión experiencia internacional y desarrollo de propuestas técnicas*, Ministerio de Salud, Lima, Perú
- Forrellat, M. (2014): “*Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible*”, Revista Cubana Hematologica Inmunologica Hemoterapia vol.30 n°2. La Habana, Cuba
- Gallego, D. (2014). *Procesos gerenciales internos en empresas públicas y privadas del sector salud de Manizales, Colombia*. Universidad Nacional de Colombia, Manizales.
- Guevara, S. (8 de septiembre de 2015). *Diseño descriptivo comparativo*. Recuperado de <https://prezi.com/hcqhg5d3v58s/disenio-descriptivo-comparativo/>
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc GRAWHILL/INTERAMERICAMA EDITORES, SA DE C.V.

Jiménez, R. (1998) *Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación clínica*, La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas

Jiménez, R. (2004): *“Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual”*, Revista Cubana de Salud pública vol. 30 n°1, La Habana, Cuba.

Londoño, A. (2010). Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en CONSUSALUD IPS. Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira

Medina, L.; Rosas, Y. y Castro, J. (2013). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud (SOGCS) en su componente “sistema único de Acreditación” en Colombia, comparación con el modelo Chileno*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Ministerio de salud (2007). Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, Lima, Perú

Ministerio de salud (2009). Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, Lima, Perú

Ministerio de salud (2012). Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, Lima, Perú

Müggenburg, M. y Pérez, I. (2010). *Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa*. Universidad ENEO-UNAM, México.

Paneque, P. (2002). *Gestión por procesos en el sistema sanitario público de Andalucía*. Junta de Andalucía, Huerca-Overa

Pepper, S. (2011): *“Principios de la acreditación”*, Revista biomédica revisada por pares, Chile.

## **Anexos**

## Anexo A:

### Matriz de consistencia

**TITULO:** Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” en el periodo 2013-2016

**AUTOR:** Bar. Ñaupari Ruiz Teresa Catherine

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE E INDICADORES			
			Variable: Estándares de acreditación			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Nivel/ rango
<p><b>Problema principal:</b> ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016?</p> <p><b>Problemas específicos:</b></p> <p><b>Problema específico 1:</b> ¿Cuál es la diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión gerencial, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016?</p> <p><b>Problema específico 2:</b> ¿Cuál es la diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión prestacional, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016?</p> <p><b>Problema específico 3:</b> ¿Cuál es la diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación; en su dimensión de apoyo, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Comparar el Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p><b>Objetivo específico 1:</b> Comparar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión gerencial, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016</p> <p><b>Objetivo específico 2:</b> Comparar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión prestacional en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016</p> <p><b>Objetivo específico 3:</b> Comparar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión de apoyo, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016</p>	<p><b>Hipótesis general:</b> Existen diferencias en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016</p> <p><b>Hipótesis Específicas:</b></p> <p><b>Hipótesis Específica 1:</b> Existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión gerencial, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016</p> <p><b>Hipótesis Específica 2:</b> Existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, en su dimensión prestacional, el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016</p> <p><b>Hipótesis Específica 3:</b> Existe diferencia en el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en su dimensión de apoyo en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” entre los años 2013 al 2016</p>	Gerenciales	Direccionamiento	1 al 11	Si cumple [1]  No cumple [2]
				Gestión de Recursos Humanos	12 al 22	
				Gestión de la Calidad	23 al 44	
				Manejo de Riesgo de la Atención	45 al 94	
				Gestión de Seguridad ante Desastres	95 al 115	
			Prestacionales	Control de la Gestión y Prestación	116 al 130	
				Atención Ambulatoria	131 al 144	
				Atención de Hospitalización	145 al 170	
				Atención de Emergencias	171 al 184	
				Atención Quirúrgica	185 al 208	
			Apoyo	Docencia e Investigación	209 al 223	
				Atención de Apoyo Diagnostico y Terapéutico	224 al 234	
				Admisión y Alta	235 al 250	
				Referencia y Contrarreferencia	251 al 260	
				Gestión de Medicamentos	261 al 275	
				Gestión de la Información	276 al 289	
				Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	290 al 306	
Manejo del Riesgo Social	307 al 312					
	Nutrición y Dietética	313 al 322				
	Gestión Insumos y Materiales	323 al 330				
	Gestión de equipos e Infraestructura	331 al 342				

NIVEL - DISEÑO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA	TECNICA E INSTRUMENTOS	ESTADISTICA A UTILIZAR
<p><b>Nivel:</b> Descriptivo comparativo.</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental</p> <p><b>Método:</b> Descriptivo</p>	<p><b>Población:</b> La población estará conformada por los documentos de gestión elaborados por el personal que labora en las Oficinas y departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo".</p> <p><b>Tipo de muestreo:</b></p> <p><b>Tamaño de la muestra:</b> 213 documentos</p> <p><b>Muestra:</b> Estará conformada por los documentos de gestión que elabora las unidades funcionales del Hospital Nacional "Dos de Mayo"</p>	<p><b>Variable:</b> Estándares de acreditación</p> <p><b>Técnicas:</b> Revisión de documentos</p> <p><b>Instrumento:</b> El instrumento de recolección de datos será el listado de estándares de acreditación. Es una recolección de datos u hoja de registro para reunir y clasificar las informaciones según determinadas categorías de un evento o problema que se desee estudiar. Es importante recalcar que este instrumento se utiliza tanto para la identificación y análisis de problemas como de causas.</p> <p>Autor: MINSA Año: 2007</p> <p>Monitoreo: De 6 a 9 meses</p> <p>Ámbito de aplicación: A todos los establecimientos de salud y servicios médicos, públicos y privados.</p> <p><b>Forma de administración:</b></p>	<p><b>DESCRIPTIVA:</b></p> <p><b>INFERENCIAL:</b></p>

## Anexo B:

### Instrumento de medición de la variable

#### LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CATEGORIA III-1

Valore en qué medida cada uno de estos ítems refleja el Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, de la siguiente manera:

Cumple con lo establecido	Cumple parcialmente.	No cumple
2	1	0

N°	Criterio	0	1	2
1	El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas).			
2	La Dirección del establecimiento de salud asegura que las unidades de atención/servicios/departamentos formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con el plan operativo institucional.			
3	Los planes estratégico, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado.			
4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida.			
5	El establecimiento ha formulado el análisis de la situación de salud con la participación de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios.			
6	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados para el establecimiento de salud.			
7	La Dirección del establecimiento de salud asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional.			
8	La Dirección del establecimiento de salud define sus metas respecto a las estrategias nacionales y regionales y las incluye en el POA (Plan Operativo Anual).			
9	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del establecimiento de salud.			
10	Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades contenidas en los planes estratégico, operativo y de contingencia en espacios de participación según lo establecido.			
11	El establecimiento de salud cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación.			
12	El establecimiento de salud cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones.			
13	El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos.			
14	El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa.			
15	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento			
16	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional.			
17	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos			

N°	Criterio	0	1	2
18	El establecimiento de salud facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud del personal asistencial.			
19	Todo recurso humano del establecimiento debe estar protegido con algún tipo de seguro de salud básico.			
20	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud.			
21	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales.			
22	El establecimiento de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento			
23	El establecimiento cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir sus funciones.			
24	Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad.			
25	El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos y cumplen actividades según planificación.			
26	El establecimiento tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer ciclos de mejora continua de la calidad.			
27	Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos.			
28	El establecimiento ha definido e implementa uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios (buzón, encuestas, grupos focales, etc.)			
29	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso para analizar y responder a las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad), para lo cual cumple con los pasos requeridos.			
30	El establecimiento tiene definido y difunde el paquete de información del proceso de atención que brindará a sus usuarios y es adecuado culturalmente según realidades locales.			
31	Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención.			
32	Se identifican periódicamente las principales barreras de acceso de los usuarios a los servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional), se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar desde la institución.			
33	Se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud de acuerdo con lo identificado.			
34	El establecimiento de salud muestra en un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables.			
35	El establecimiento tiene Fluxogramas de atención general, por servicios y señalización.			
36	El establecimiento tiene publicado los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización)			
37	El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente.			
38	Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.			
39	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que recibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.			
40	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información recibida en la atención es entendible y completa y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.			
41	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud			
42	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.			
43	Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.			
44	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los proyectos de mejora.			
45	El establecimiento de salud ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta			
46	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica operativa de acuerdo con normas vigentes			

N°	Criterio	0	1	2
47	El establecimiento de salud realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia.			
48	Se cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales			
49	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar			
50	Se realiza periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos para la organización según normas			
51	El establecimiento de salud ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes maternas en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte materna en un periodo de atención mayor a 48 horas).			
52	El establecimiento de salud tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se realizan previa información al paciente acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, así como los riesgos de no recibir tratamiento			
53	El consentimiento informado es diferenciado para niños, ancianos y adultos, así como personas con incapacidad temporal o permanente para dar por sí misma su consentimiento o cuando se trate de pacientes comatosos, con retardo mental, con estado psíquico alterado a través de la persona llamada legalmente a hacerlo.			
54	Se cuenta con un documento firmado por el paciente o por aquel llamado legalmente a hacerlo, cuando decide no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante			
55	Se implementa una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización			
56	Se realiza el análisis de la situación de la seguridad transfusional mediante indicadores acordes a las normas sectoriales			
57	El establecimiento de salud garantiza la utilización de sangre certificada y de donantes voluntarios según las normas			
58	Se indican y aplican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia, en hospitalización y salas de cirugía			
59	Se emplea un mecanismo para identificar las placas radiográficas a fin de prevenir errores o confusiones por etiquetado			
60	Se han establecido y aplican medidas dirigidas a prevenir errores o confusiones en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos debidas a mala identificación de la persona o zona anatómica: Han establecido y aplican.			
61	Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión y se llevan a cabo medidas preventivas			
62	Se evalúa en cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar y se utilizan los medidas apropiados para evitarlos			
63	En el momento de la admisión, y posteriormente según indicación, se evalúa en el paciente susceptible el riesgo de aspiración y se aplican medidas preventivas			
64	Se evalúa en cada paciente susceptible, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar desnutrición y se utilizan medidas clínicas para evitarla			
65	Se emplean institucionalmente métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres			
66	Durante el preoperatorio, se evalúa el riesgo de infección del sitio quirúrgico en función de la intervención prevista y se aplica la profilaxis antibiótica correspondiente de acuerdo a las guías de prácticas clínicas (GPC) establecidas			
67	Se cuenta con dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla en todas las áreas de manejo de pacientes según normatividad			
68	Se cuenta con mecanismos de control y se evalúa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad: lavado de manos, manejo de antisépticos y desinfectantes, manejo de la higiene hospitalaria, manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales.			
69	El establecimiento dispone de un procedimiento para la vigilancia, seguimiento y manejo de los casos de infección intrahospitalaria.			
70	El establecimiento de salud cuenta con información sobre la tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias y la vía de infección y reporta a los niveles correspondientes según norma.			
71	Se evalúa según normatividad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioticoterapia.			
72	El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan estratégico de la institución y los objetivos son claros y medibles.			
73	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas.			

N°	Criterio	0	1	2
74	El personal profesional de enfermería elabora, aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados..			
75	El personal profesional de enfermería asegura la administración correcta de medicamentos (vía, dosis, paciente, hora y medicamento).			
76	El personal profesional de enfermería identifica, reporta y registra todos los eventos adversos ocurridos en los pacientes			
77	El personal de enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal			
78	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas			
79	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención			
80	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados			
81	La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad			
82	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo.			
83	En el establecimiento existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios			
84	El establecimiento de salud, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios.			
85	Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral.			
86	El personal del establecimiento aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.			
87	El establecimiento de salud garantiza la realización oportuna de los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante.			
88	Se cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y éstos son conocidos por el personal			
89	La recolección de residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma.			
90	El retiro, eliminación y disposición final de residuos se realiza de acuerdo con la norma vigente.			
91	El establecimiento garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención.			
92	El establecimiento de salud coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externo, garantizando el acceso a este servicio			
93	El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local participa en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados			
94	El establecimiento de salud coordina con el gobierno local para informar y capacitar a la población sobre las medidas de saneamiento básico y agua segura			
95	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local.			
96	El establecimiento de salud somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos.			
97	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma			
98	Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del establecimiento de salud y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste			
99	Se ha señalado correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen.			
100	El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas.			
101	Las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o la salida			
102	El Comité Hospitalario de Defensa Civil está implementado y desarrolla su plan anual de actividades			
103	El establecimiento de salud cuenta con brigadas equipadas de lucha contra incendios, para evacuación y evaluación de daños			
104	El establecimiento cuenta con un plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal			
105	El establecimiento de salud cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres			

N°	Criterio	0	1	2
106	El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres.			
107	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil.			
108	El establecimiento de salud ha realizado al menos dos simulacros por año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastre basado en su plan de respuesta.			
109	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal..			
110	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres			
111	El establecimiento de salud cuenta con el servicio de ambulancias y cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad..			
112	Se cuenta con sistema de comunicación alterno en caso falle el sistema telefónico del establecimiento de salud.			
113	El establecimiento cuenta con sistema alterno que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública.			
114	El establecimiento cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública.			
115	Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda.			
116	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación			
117	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución			
118	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción.			
119	Se cuenta con un comité de auditoría capacitado y que realiza, auditoría de caso, en fallecidos y en casos de muerte materna			
120	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación, y sus valores están dentro de los estándares establecidos para la organización.			
121	El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido.			
122	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia.			
123	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.			
124	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumple con los estándares establecidos para la organización			
125	El establecimiento tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora.			
126	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan auditorías de los procesos de atención y estos cumplen con los estándares establecidos para la organización.			
127	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización..			
128	Los resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de decisiones.			
129	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales y éstos se encuentran en los niveles esperados.			
130	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos se encuentran en los niveles esperados.			
131	El establecimiento de salud cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto			
132	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios.			
133	El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales.			
134	El establecimiento de salud cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución.			
135	El establecimiento de salud ha desarrollado mecanismos para la atención preferente de las mujeres embarazadas, de los niños, de las personas adultas mayores y con discapacidad en todas las áreas de la atención ambulatoria.			

N°	Criterio	0	1	2
136	El establecimiento de salud formula, adopta o adapta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciada por etapas de vida.			
137	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios			
138	El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC).			
139	Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados están dentro de los rangos esperados.			
140	El establecimiento brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución.			
141	El establecimiento de salud implementa estrategias educativo-comunicacionales para mejorar en la mujer, la familia y la comunidad la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda.			
142	El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes.			
143	El establecimiento cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son conocidos por el personal			
144	El establecimiento de salud cumple con implementar mecanismos que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria.			
145	El establecimiento identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento institucional y por cada uno de los servicios			
146	Los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución			
147	Se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto			
148	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada			
149	Las jefaturas de los servicios de internamiento promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización			
150	La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución			
151	El personal de salud que realiza procedimientos a los pacientes, cumple las medidas de bioseguridad..			
152	Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes.			
153	Los casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización son auditados con la finalidad de tomar decisiones de corresponder.			
154	Los casos de mortalidad materna ocurridas en el establecimiento de salud son auditados con la finalidad de tomar decisiones para superar las condiciones asociadas al evento.			
155	Los servicios de internamiento cuentan con guías de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio.			
156	Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes.			
157	Las guías de práctica clínica son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica.			
158	Se monitoriza la adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de las complicaciones obstétricas (hipertensión inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas).			
159	Se auditan las historias clínicas y se toman acciones para mejorar los procesos.			
160	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso.			
161	Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento.			
162	Se tiene documentados, se aplican y se mejoran los procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados.			
163	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento indispensables aseguran atención continua de 24 horas para los pacientes internados y de emergencias.			
164	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de evaluación periódica de historias clínicas por pares para efectos de monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención de acuerdo a plazos establecidos por la institución.			

N°	Criterio	0	1	2
165	El establecimiento cuenta con un mecanismo para la gestión (recepción, análisis y respuesta) de sugerencias o quejas sobre la atención en internamiento en los ambientes destinados a ésta.			
166	El establecimiento de salud cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados.			
167	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica			
168	Se registra, analiza y evalúa el manejo de complicaciones obstétricas y el manejo es de acuerdo a las guías de práctica clínica			
169	Se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones			
170	Se registra y evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto y el nivel es el esperado por la institución			
171	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario, operativo en el servicio			
172	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en un lugar visible de las áreas correspondientes y está adaptado con respeto de la interculturalidad según realidades locales.			
173	Se cuenta con programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) y del responsable de la guardia, en un lugar visible para los usuarios.			
174	El establecimiento aplica las guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida.			
175	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencias según competencias			
176	El establecimiento ha definido medidas para la atención de emergencia sin condicionamientos que vulneren los derechos de los usuarios (restricciones por pagos de atenciones, solicitud de compra de insumos, etc.).			
177	El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad.			
178	El servicio de emergencia cuenta con el equipamiento (silla de ruedas, camillas, etc.) para la recepción y traslado interno de los pacientes, está disponible y en lugar accesible			
179	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año.			
180	El establecimiento dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año			
181	El establecimiento cuenta con el personal profesional y no profesional para la atención del usuario las 24 horas del día y los 365 días al año, de acuerdo al nivel de complejidad.			
182	Se realiza el triaje de los pacientes a cargo de un profesional de salud capacitado para realizar el proceso según normas vigentes.			
183	Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica			
184	El servicio de emergencia tiene mecanismos operativos que garanticen al usuario la continuidad de la atención en los cambios de guardia			
185	Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico			
186	Se cuenta con un manual de procedimientos del centro quirúrgico, está a disposición del personal que labora en el área el cual lo conoce y lo aplica			
187	Se aplica guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesia-clínico-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anestesiología)			
188	El establecimiento tiene un rol diario de asignación de salas y garantiza la disponibilidad de ellas para casos de urgencia			
189	Se cuenta con rol de programación de personal cuya aplicación garantiza la disponibilidad de anestesiólogos, personal profesional y de apoyo en áreas críticas (salas de cirugía de urgencia, salas de recuperación)			
190	Antes de una cirugía, el personal de enfermería responsable verifica la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental según el tipo de cirugía y lo registra			
191	En el intraoperatorio el personal de enfermería circulante e instrumentista, que asiste la cirugía verifica y controla la existencia de los insumos e instrumental según listas de chequeo pre elaboradas y es registrado en la historia clínica			
192	El personal de enfermería registra en la historia clínica la hora exacta de la coordinación para el traslado del paciente a las áreas de hospitalización previa autorización del anestesiólogo de recuperación			
193	Se cuantifica y se cumple con los tiempos preestablecidos para el traslado de pacientes del centro quirúrgico y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.			

N°	Criterio	0	1	2
194	La historia clínica contiene los formatos oficiales para el control el acto quirúrgico			
195	La evaluación pre anestésica es registrada en la historia clínica en el formato correspondiente.			
196	Los formatos de la atención anestésica contienen la información del acto anestésico y las complicaciones.			
197	El formato de informe quirúrgico contiene la información del acto de acuerdo con lo establecido.			
198	El formato de monitoreo postoperatorio contiene toda la información de acuerdo con lo establecido			
199	Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución			
200	Se cuantifican las tasas de los casos de mortalidad intraoperatorio y postoperatoria, se analizan las causas que dependen de la organización y se toman las medidas correctivas.			
201	Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorias, y se toman las acciones correctivas.			
202	El médico cirujano y el profesional de enfermería verifica la identidad del paciente, la naturaleza y la zona de la operación y registra los datos en la historia clínica antes de iniciar la preparación quirúrgica			
203	Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, se analizan las causas y se toman las medidas correctivas.			
204	Se evalúa la satisfacción del paciente (sala de recuperación) por la atención recibida en el centro quirúrgico y está en el nivel esperado por la institución.			
205	El establecimiento de salud realiza evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por guías de atención quirúrgica, a partir de las cuales se toman medidas correctivas.			
206	El establecimiento de salud implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos.			
207	El establecimiento de salud aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente.			
208	Se tiene un registro del acto quirúrgico en la historia clínica del paciente y está firmado por el cirujano responsable.			
209	El establecimiento ha cumplido con los requisitos establecidos en el Sistema Nacional de Pregrado en Salud - SINAPRES para constituirse en hospital docente			
210	El establecimiento cuenta con un Comité Docente Asistencial Hospitalario operativo formado de manera multidisciplinaria			
211	El establecimiento ha definido políticas específicas de investigación y las aplica			
212	El establecimiento cuenta con formatos de consentimiento informado para investigación humana y los aplica			
213	El establecimiento cuenta con un comité de investigación formado de manera multidisciplinaria y está operativo			
214	El establecimiento cuenta con un comité de ética/bioética en investigación y está operativo.			
215	El establecimiento cuenta con un reglamento de docencia de pregrado y postgrado, y se cumple			
216	El establecimiento cuenta con plan anual de actividades académicas de pregrado y posgrado			
217	El establecimiento cuenta con programa de tutorías y asesorías a los alumnos del pregrado y postgrado y se cumple			
218	Los comités de docencia, investigación y ética/bioética se reúnen mensualmente para evaluar sus actividades			
219	El personal profesional responsable del establecimiento supervisa a los alumnos del pregrado y/o posgrado en el desarrollo de sus prácticas en función al convenio establecido			
220	El establecimiento desarrolla actividades académicas como parte del plan anual de docencia de pregrado y postgrado			
221	Se realiza investigación de patologías acorde con las políticas establecidas por el comité de investigación y de ética/bioética			
222	Se cuenta con inventario de los materiales de capacitación y de investigación y éstos son incorporados a la biblioteca del establecimiento tanto en medio físico como virtual			
223	El personal y los alumnos tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales, dentro del establecimiento acorde a horarios estipulados			
224	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención.			
225	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad			
226	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud.			

N°	Criterio	0	1	2
227	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado.			
228	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.			
229	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos.			
230	Los procedimientos que implican riesgo para los pacientes se realizan de acuerdo a las normas de seguridad (exámenes con medios de contraste, exámenes endoscópicos).			
231	El establecimiento de salud tiene y aplica un programa de control y garantía de calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que se elaboran dentro del establecimiento.			
232	Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento..			
233	Se capacita al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra o preparación para los procedimientos y éstos las cumplen.			
234	El establecimiento cuantifica, analiza y toma medidas correctivas respecto a las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento..			
235	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales/ fichas familiares y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente.			
236	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas/fichas familiares) y está contemplado en el manual de procedimientos del establecimiento y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente.			
237	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia.			
238	El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, lo cual es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario.			
239	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento.			
240	El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el establecimiento e identifica necesidades con enfoque intercultural.			
241	Se realiza la entrega de citas de acuerdo con la programación establecida por los servicios			
242	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución			
243	Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución			
244	Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida			
245	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución..			
246	Se realiza el control de calidad de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados			
247	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta			
248	Se tiene documentado el proceso de alta en el establecimiento y se cumple..			
249	Se registran las estancias hospitalarias prolongadas, se analizan y se toman medidas correctivas.			
250	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.			
251	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso de referencias y contrareferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente.			
252	El establecimiento de salud ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extra institucionales locales, regionales y nacionales para garantizar la atención posterior al alta.			
253	El establecimiento de salud ha establecido un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas, en caso no se haya producido la contrareferencia efectiva			
254	El establecimiento de salud cuenta con formatos impresos para las referencias y contrareferencias disponibles durante el horario de atención en todos los lugares necesarios.			

N°	Criterio	0	1	2
255	Se tiene un rol de personal a cargo del traslado de los pacientes y es de pleno conocimiento de los responsables.			
256	Se dispone de servicio de transporte operativo, equipado y disponible durante las 24 horas.			
257	El personal de salud responsable de la tarea de referencia y contrareferencia conoce, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y establece las acciones para mejorarlos			
258	Se cuantifica el porcentaje de casos referidos en que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos y el nivel es el esperado por la organización.			
259	Se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad de acuerdo a las necesidades del usuario y en relación con la cartera de servicios del establecimiento de salud			
260	Se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrareferencias realizadas y el nivel es el esperado por la organización.			
261	Las compras se programan sobre la base del petitorio nacional acorde al cuadro de necesidades de los servicios y son autorizadas por el comité de compras de la institución.			
262	La farmacia cuenta con sistemas (SISMED 2.0 u otro) e información para la gestión (Kardex, informes de consumo en unidades y valores, según fuente de financiamiento, para medicamentos y dispositivos médicos fungibles).			
263	El establecimiento realiza informe de consolidados diarios de despacho e informe mensual de consumo de medicamentos e insumos.			
264	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento.			
265	Se cuenta con el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas.			
266	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de prescripción.			
267	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación			
268	Los errores en la dispensación de medicamentos son vigilados, registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento			
269	El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de información al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación			
270	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento.			
271	Se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real y es el esperado. El margen de consistencia es mayor al 99%.			
272	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas..			
273	El establecimiento realiza el monitoreo de las existencias para cautelar el normostock y prevenir el vencimiento de medicamentos e insumos.			
274	El establecimiento de salud garantiza la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos.			
275	El establecimiento ha organizado la provisión para mantener el normostock de ítems necesarios para el funcionamiento de servicios críticos (ej. emergencia, centro obstétrico)			
276	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas.			
277	El establecimiento de salud identifica anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y está incluido en el plan anual de adquisiciones.			
278	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal.			
279	El establecimiento de salud cuenta con sistemas de información que aplican los descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, CIP (procedimientos) y otras codificaciones oficiales para el sector salud.			
280	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información.			
281	El establecimiento de salud cuenta con procedimientos documentados que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información.			
282	Existe y se implementa un sistema de gestión de la información que considera todos los aspectos descritos en el procedimiento documentado.			

N°	Criterio	0	1	2
283	La unidad responsable de la gestión de la información monitorea la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización.			
284	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información.; 2: Cumple con lo establecido.			
285	El establecimiento cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados).			
286	Se implementan en la organización mecanismos de difusión de la información y retroalimentación.			
287	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados.			
288	El establecimiento de salud cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información.			
289	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información.			
290	Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de este proceso.			
291	El establecimiento cuenta con una guía actualizada que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente, los enseres de cama, la ropa de pacientes y del personal de áreas de riesgo y es conocido por todo el personal			
292	El establecimiento tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos			
293	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas.			
294	El personal en cada servicio clasifica y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional.			
295	Se empaqueta y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos.			
296	El establecimiento aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos.			
297	Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra en cada procedimiento de esterilización.			
298	Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.			
299	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional.			
300	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería.			
301	Se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas.			
302	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.			
303	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos.			
304	El establecimiento cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos.			
305	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental y/o comité de infecciones intrahospitalarias y/o personal de enfermería participa(n) activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza.			
306	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud y se implementan acciones para su mejora			
307	El establecimiento de salud cuenta con un único sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios las 24 horas del día.			
308	El establecimiento de salud programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica.			
309	El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC.			
310	El establecimiento de salud realiza las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización.			
311	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza y éstos se aplican			
312	Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA.			
313	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética.			
314	Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el último año.			

N°	Criterio	0	1	2
315	Se han determinado y se cumplen horarios para la distribución de las dietas a los servicios.			
316	El establecimiento cuenta normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican.			
317	El establecimiento aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles.			
318	El establecimiento cuenta con mecanismos de información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales de acuerdo con sus necesidades y éstos se aplican.			
319	El servicio de nutrición cuenta con un listado de regímenes estándar por patologías prevalentes que se encuentran detallados con composición de nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios.			
320	El personal de enfermería/obstetricia verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas.			
321	El profesional de nutrición efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales.			
322	Se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas			
323	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes..			
324	El establecimiento de salud cuenta con un plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en el plan de adquisiciones que garantiza la calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de bienes estratégicos).			
325	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central.			
326	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén).			
327	Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos.			
328	En el establecimiento se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes.			
329	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación.			
330	Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales.			
331	El establecimiento de salud cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA).			
332	El establecimiento de salud cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA).			
333	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos.			
334	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año			
335	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento.			
336	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumento.			
337	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.			
338	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado			
339	Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado.			
340	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos			
341	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación			
342	Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.			

**Anexo C:**  
**Base de datos**

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
1	1	1	2	1
2	1	1	2	1
3	1	1	2	1
4	1	1	2	1
5	1	1	2	1
6	1	1	2	1
7	1	1	1	2
8	1	1	2	1
9	1	1	2	1
10	1	1	1	2
11	1	1	2	1
12	1	1	1	2
13	1	1	2	1
14	1	1	1	2
15	1	1	0	2
16	1	1	0	2
17	1	1	0	2
18	1	1	1	2
19	1	1	2	1
20	1	1	1	2
21	1	1	1	2
22	1	1	1	2
23	1	1	2	1
24	1	1	1	2
25	1	1	1	2
26	1	1	2	1
27	1	1	2	1
28	1	1	2	1
29	1	1	2	1
30	1	1	2	1
31	1	1	1	2
32	1	1	1	2
33	1	1	1	2
34	1	1	2	1
35	1	1	1	2
36	1	1	2	1
37	1	1	1	2
38	1	1	2	1
39	1	1	1	2
40	1	1	1	2

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
41	1	1	1	2
42	1	1	2	1
43	1	1	1	2
44	1	1	1	2
45	1	1	1	2
46	1	1	2	1
47	1	1	0	2
48	1	1	2	1
49	1	1	1	2
50	1	1	1	2
51	1	1	1	2
52	1	1	0	2
53	1	1	1	2
54	1	1	2	1
55	1	1	0	2
56	1	1	2	1
57	1	1	2	1
58	1	1	1	2
59	1	1	2	1
60	1	1	2	1
61	1	1	0	2
62	1	1	0	2
63	1	1	0	2
64	1	1	2	1
65	1	1	0	2
66	1	1	1	2
67	1	1	2	1
68	1	1	1	2
69	1	1	2	1
70	1	1	2	1
71	1	1	2	1
72	1	1	2	1
73	1	1	1	2
74	1	1	1	2
75	1	1	0	2
76	1	1	2	1
77	1	1	1	2
78	1	1	1	2
79	1	1	1	2
80	1	1	0	2
81	1	1	2	1
82	1	1	2	1
83	1	1	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
84	1	1	0	2
85	1	1	0	2
86	1	1	0	2
87	1	1	2	1
88	1	1	2	1
89	1	1	2	1
90	1	1	2	1
91	1	1	2	1
92	1	1	0	2
93	1	1	0	2
94	1	1	0	2
95	1	1	0	2
96	1	1	0	2
97	1	1	2	1
98	1	1	2	1
99	1	1	0	2
100	1	1	2	1
101	1	1	2	1
102	1	1	2	1
103	1	1	2	1
104	1	1	2	1
105	1	1	2	1
106	1	1	0	2
107	1	1	1	2
108	1	1	2	1
109	1	1	0	2
110	1	1	2	1
111	1	1	2	1
112	1	1	2	1
113	1	1	2	1
114	1	1	2	1
115	1	1	2	1
116	1	1	2	1
117	1	1	2	1
118	1	1	2	1
119	1	1	2	1
120	1	1	2	1
121	1	1	2	1
122	1	1	2	1
123	1	1	2	1
124	1	1	2	1
125	1	1	2	1
126	1	1	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
127	1	1	2	1
128	1	1	2	1
129	1	1	0	2
130	1	1	0	2
131	2	1	2	1
132	2	1	1	2
133	2	1	2	1
134	2	1	0	2
135	2	1	1	2
136	2	1	2	1
137	2	1	1	2
138	2	1	1	2
139	2	1	0	2
140	2	1	2	1
141	2	1	0	2
142	2	1	1	2
143	2	1	2	1
144	2	1	2	1
145	2	1	2	1
146	2	1	1	2
147	2	1	0	2
148	2	1	0	2
149	2	1	2	1
150	2	1	0	2
151	2	1	1	2
152	2	1	1	2
153	2	1	0	2
154	2	1	1	2
155	2	1	2	1
156	2	1	2	1
157	2	1	1	2
158	2	1	1	2
159	2	1	1	2
160	2	1	0	2
161	2	1	2	1
162	2	1	1	2
163	2	1	2	1
164	2	1	0	2
165	2	1	2	1
166	2	1	2	1
167	2	1	1	2
168	2	1	2	1
169	2	1	0	2

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
170	2	1	0	2
171	2	1	1	2
172	2	1	2	1
173	2	1	2	1
174	2	1	2	1
175	2	1	2	1
176	2	1	2	1
177	2	1	2	1
178	2	1	2	1
179	2	1	2	1
180	2	1	2	1
181	2	1	1	2
182	2	1	2	1
183	2	1	2	1
184	2	1	2	1
185	2	1	2	1
186	2	1	1	2
187	2	1	2	1
188	2	1	2	1
189	2	1	2	1
190	2	1	2	1
191	2	1	2	1
192	2	1	2	1
193	2	1	2	1
194	2	1	2	1
195	2	1	2	1
196	2	1	2	1
197	2	1	2	1
198	2	1	2	1
199	2	1	2	1
200	2	1	0	2
201	2	1	2	1
202	2	1	2	1
203	2	1	2	1
204	2	1	2	1
205	2	1	2	1
206	2	1	0	2
207	2	1	2	1
208	2	1	2	1
209	2	1	1	2
210	2	1	2	1
211	2	1	2	1
212	2	1	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
213	2	1	1	2
214	2	1	2	1
215	2	1	2	1
216	2	1	2	1
217	2	1	1	2
218	2	1	1	2
219	2	1	2	1
220	2	1	2	1
221	2	1	2	1
222	2	1	2	1
223	2	1	1	2
224	3	1	1	2
225	3	1	1	2
226	3	1	1	2
227	3	1	1	2
228	3	1	1	2
229	3	1	2	1
230	3	1	1	2
231	3	1	0	2
232	3	1	1	2
233	3	1	1	2
234	3	1	1	2
235	3	1	1	2
236	3	1	2	1
237	3	1	2	1
238	3	1	2	1
239	3	1	0	2
240	3	1	2	1
241	3	1	2	1
242	3	1	2	1
243	3	1	0	2
244	3	1	2	1
245	3	1	0	2
246	3	1	2	1
247	3	1	2	1
248	3	1	2	1
249	3	1	0	2
250	3	1	2	1
251	3	1	2	1
252	3	1	2	1
253	3	1	2	1
254	3	1	2	1
255	3	1	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
256	3	1	2	1
257	3	1	2	1
258	3	1	2	1
259	3	1	2	1
260	3	1	2	1
261	3	1	2	1
262	3	1	2	1
263	3	1	1	2
264	3	1	1	2
265	3	1	2	1
266	3	1	1	2
267	3	1	1	2
268	3	1	2	1
269	3	1	1	2
270	3	1	1	2
271	3	1	2	1
272	3	1	2	1
273	3	1	2	1
274	3	1	0	2
275	3	1	2	1
276	3	1	2	1
277	3	1	2	1
278	3	1	1	2
279	3	1	2	1
280	3	1	1	2
281	3	1	2	1
282	3	1	2	1
283	3	1	2	1
284	3	1	2	1
285	3	1	1	2
286	3	1	1	2
287	3	1	2	1
288	3	1	0	2
289	3	1	0	2
290	3	1	1	2
291	3	1	2	1
292	3	1	2	1
293	3	1	2	1
294	3	1	0	2
295	3	1	1	2
296	3	1	2	1
297	3	1	2	1
298	3	1	1	2

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
299	3	1	0	2
300	3	1	1	2
301	3	1	0	2
302	3	1	0	2
303	3	1	0	2
304	3	1	1	2
305	3	1	0	2
306	3	1	0	2
307	3	1	2	1
308	3	1	2	1
309	3	1	2	1
310	3	1	2	1
311	3	1	2	1
312	3	1	1	2
313	3	1	2	1
314	3	1	2	1
315	3	1	2	1
316	3	1	2	1
317	3	1	2	1
318	3	1	2	1
319	3	1	2	1
320	3	1	2	1
321	3	1	2	1
322	3	1	2	1
323	3	1	2	1
324	3	1	2	1
325	3	1	1	2
326	3	1	1	2
327	3	1	2	1
328	3	1	2	1
329	3	1	2	1
330	3	1	2	1
331	3	1	1	2
332	3	1	1	2
333	3	1	0	2
334	3	1	0	2
335	3	1	2	1
336	3	1	2	1
337	3	1	1	2
338	3	1	1	2
339	3	1	1	2
340	3	1	0	2
341	3	1	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
342	3	1	2	1
1	1	2	2	1
2	1	2	2	1
3	1	2	2	1
4	1	2	2	1
5	1	2	2	1
6	1	2	2	1
7	1	2	1	2
8	1	2	2	1
9	1	2	2	1
10	1	2	1	2
11	1	2	2	1
12	1	2	1	2
13	1	2	2	1
14	1	2	0	2
15	1	2	0	2
16	1	2	1	2
17	1	2	0	2
18	1	2	0	2
19	1	2	2	1
20	1	2	1	2
21	1	2	1	2
22	1	2	1	2
23	1	2	2	1
24	1	2	1	2
25	1	2	1	2
26	1	2	1	2
27	1	2	2	1
28	1	2	2	1
29	1	2	2	1
30	1	2	2	1
31	1	2	1	2
32	1	2	0	2
33	1	2	0	2
34	1	2	2	1
35	1	2	1	2
36	1	2	1	2
37	1	2	2	1
38	1	2	2	1
39	1	2	1	2
40	1	2	1	2
41	1	2	1	2
42	1	2	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
43	1	2	1	2
44	1	2	1	2
45	1	2	1	2
46	1	2	2	1
47	1	2	0	2
48	1	2	2	1
49	1	2	1	2
50	1	2	1	2
51	1	2	1	2
52	1	2	0	2
53	1	2	1	2
54	1	2	2	1
55	1	2	1	2
56	1	2	2	1
57	1	2	2	1
58	1	2	1	2
59	1	2	2	1
60	1	2	2	1
61	1	2	0	2
62	1	2	0	2
63	1	2	0	2
64	1	2	2	1
65	1	2	2	1
66	1	2	1	2
67	1	2	2	1
68	1	2	2	1
69	1	2	2	1
70	1	2	2	1
71	1	2	2	1
72	1	2	2	1
73	1	2	0	2
74	1	2	0	2
75	1	2	0	2
76	1	2	2	1
77	1	2	1	2
78	1	2	1	2
79	1	2	1	2
80	1	2	0	2
81	1	2	2	1
82	1	2	2	1
83	1	2	2	1
84	1	2	0	2
85	1	2	0	2

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
86	1	2	0	2
87	1	2	2	1
88	1	2	2	1
89	1	2	2	1
90	1	2	2	1
91	1	2	2	1
92	1	2	0	2
93	1	2	0	2
94	1	2	0	2
95	1	2	0	2
96	1	2	0	2
97	1	2	1	2
98	1	2	2	1
99	1	2	1	2
100	1	2	2	1
101	1	2	2	1
102	1	2	1	2
103	1	2	1	2
104	1	2	2	1
105	1	2	2	1
106	1	2	0	2
107	1	2	1	2
108	1	2	2	1
109	1	2	0	2
110	1	2	2	1
111	1	2	2	1
112	1	2	2	1
113	1	2	2	1
114	1	2	2	1
115	1	2	2	1
116	1	2	2	1
117	1	2	2	1
118	1	2	0	2
119	1	2	2	1
120	1	2	2	1
121	1	2	2	1
122	1	2	2	1
123	1	2	2	1
124	1	2	2	1
125	1	2	2	1
126	1	2	2	1
127	1	2	2	1
128	1	2	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
129	1	2	2	1
130	1	2	2	1
131	2	2	1	2
132	2	2	1	2
133	2	2	2	1
134	2	2	0	2
135	2	2	1	2
136	2	2	2	1
137	2	2	1	2
138	2	2	0	2
139	2	2	2	1
140	2	2	0	2
141	2	2	0	2
142	2	2	1	2
143	2	2	2	1
144	2	2	2	1
145	2	2	2	1
146	2	2	0	2
147	2	2	0	2
148	2	2	1	2
149	2	2	2	1
150	2	2	0	2
151	2	2	1	2
152	2	2	1	2
153	2	2	0	2
154	2	2	1	2
155	2	2	2	1
156	2	2	2	1
157	2	2	2	1
158	2	2	2	1
159	2	2	1	2
160	2	2	0	2
161	2	2	1	2
162	2	2	1	2
163	2	2	2	1
164	2	2	0	2
165	2	2	2	1
166	2	2	2	1
167	2	2	1	2
168	2	2	2	1
169	2	2	0	2
170	2	2	0	2
171	2	2	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
172	2	2	2	1
173	2	2	2	1
174	2	2	2	1
175	2	2	2	1
176	2	2	2	1
177	2	2	2	1
178	2	2	2	1
179	2	2	2	1
180	2	2	2	1
181	2	2	2	1
182	2	2	2	1
183	2	2	2	1
184	2	2	2	1
185	2	2	1	2
186	2	2	1	2
187	2	2	2	1
188	2	2	2	1
189	2	2	2	1
190	2	2	2	1
191	2	2	2	1
192	2	2	2	1
193	2	2	2	1
194	2	2	2	1
195	2	2	2	1
196	2	2	2	1
197	2	2	2	1
198	2	2	2	1
199	2	2	2	1
200	2	2	2	1
201	2	2	2	1
202	2	2	2	1
203	2	2	2	1
204	2	2	2	1
205	2	2	2	1
206	2	2	0	2
207	2	2	2	1
208	2	2	2	1
209	2	2	1	2
210	2	2	2	1
211	2	2	2	1
212	2	2	2	1
213	2	2	2	1
214	2	2	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
215	2	2	2	1
216	2	2	2	1
217	2	2	1	2
218	2	2	1	2
219	2	2	1	2
220	2	2	2	1
221	2	2	2	1
222	2	2	1	2
223	2	2	1	2
224	3	2	1	2
225	3	2	1	2
226	3	2	1	2
227	3	2	1	2
228	3	2	1	2
229	3	2	2	1
230	3	2	1	2
231	3	2	0	2
232	3	2	1	2
233	3	2	2	1
234	3	2	1	2
235	3	2	1	2
236	3	2	1	2
237	3	2	2	1
238	3	2	0	2
239	3	2	2	1
240	3	2	0	2
241	3	2	1	2
242	3	2	0	2
243	3	2	1	2
244	3	2	1	2
245	3	2	0	2
246	3	2	2	1
247	3	2	0	2
248	3	2	1	2
249	3	2	2	1
250	3	2	2	1
251	3	2	2	1
252	3	2	2	1
253	3	2	2	1
254	3	2	2	1
255	3	2	2	1
256	3	2	2	1
257	3	2	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
258	3	2	2	1
259	3	2	2	1
260	3	2	2	1
261	3	2	2	1
262	3	2	2	1
263	3	2	2	1
264	3	2	1	2
265	3	2	2	1
266	3	2	1	2
267	3	2	1	2
268	3	2	2	1
269	3	2	1	2
270	3	2	1	2
271	3	2	2	1
272	3	2	2	1
273	3	2	2	1
274	3	2	0	2
275	3	2	2	1
276	3	2	2	1
277	3	2	2	1
278	3	2	0	2
279	3	2	2	1
280	3	2	0	2
281	3	2	2	1
282	3	2	2	1
283	3	2	2	1
284	3	2	0	2
285	3	2	2	1
286	3	2	1	2
287	3	2	0	2
288	3	2	1	2
289	3	2	0	2
290	3	2	1	2
291	3	2	2	1
292	3	2	2	1
293	3	2	2	1
294	3	2	0	2
295	3	2	1	2
296	3	2	2	1
297	3	2	2	1
298	3	2	1	2
299	3	2	0	2
300	3	2	1	2

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
301	3	2	0	2
302	3	2	0	2
303	3	2	0	2
304	3	2	1	2
305	3	2	0	2
306	3	2	0	2
307	3	2	2	1
308	3	2	0	2
309	3	2	2	1
310	3	2	2	1
311	3	2	2	1
312	3	2	1	2
313	3	2	2	1
314	3	2	2	1
315	3	2	2	1
316	3	2	2	1
317	3	2	2	1
318	3	2	2	1
319	3	2	2	1
320	3	2	2	1
321	3	2	2	1
322	3	2	2	1
323	3	2	2	1
324	3	2	2	1
325	3	2	2	1
326	3	2	2	1
327	3	2	2	1
328	3	2	2	1
329	3	2	2	1
330	3	2	2	1
331	3	2	1	2
332	3	2	1	2
333	3	2	0	2
334	3	2	1	2
335	3	2	1	2
336	3	2	1	2
337	3	2	2	1
338	3	2	2	1
339	3	2	1	2
340	3	2	2	1
341	3	2	2	1
342	3	2	2	1
1	1	3	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
2	1	3	2	1
3	1	3	2	1
4	1	3	2	1
5	1	3	1	2
6	1	3	2	1
7	1	3	1	2
8	1	3	2	1
9	1	3	2	1
10	1	3	1	2
11	1	3	2	1
12	1	3	1	2
13	1	3	1	2
14	1	3	0	2
15	1	3	0	2
16	1	3	0	2
17	1	3	1	2
18	1	3	1	2
19	1	3	2	1
20	1	3	0	2
21	1	3	1	2
22	1	3	1	2
23	1	3	2	1
24	1	3	1	2
25	1	3	2	1
26	1	3	0	2
27	1	3	2	1
28	1	3	2	1
29	1	3	2	1
30	1	3	1	2
31	1	3	1	2
32	1	3	1	2
33	1	3	0	2
34	1	3	1	2
35	1	3	1	2
36	1	3	1	2
37	1	3	2	1
38	1	3	2	1
39	1	3	2	1
40	1	3	2	1
41	1	3	2	1
42	1	3	2	1
43	1	3	1	2
44	1	3	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
45	1	3	0	2
46	1	3	2	1
47	1	3	1	2
48	1	3	2	1
49	1	3	0	2
50	1	3	0	2
51	1	3	1	2
52	1	3	0	2
53	1	3	2	1
54	1	3	2	1
55	1	3	0	2
56	1	3	2	1
57	1	3	2	1
58	1	3	0	2
59	1	3	2	1
60	1	3	2	1
61	1	3	0	2
62	1	3	0	2
63	1	3	0	2
64	1	3	1	2
65	1	3	2	1
66	1	3	2	1
67	1	3	1	2
68	1	3	2	1
69	1	3	2	1
70	1	3	2	1
71	1	3	1	2
72	1	3	2	1
73	1	3	0	2
74	1	3	0	2
75	1	3	0	2
76	1	3	2	1
77	1	3	1	2
78	1	3	1	2
79	1	3	2	1
80	1	3	0	2
81	1	3	2	1
82	1	3	2	1
83	1	3	2	1
84	1	3	0	2
85	1	3	2	1
86	1	3	0	2
87	1	3	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
88	1	3	2	1
89	1	3	2	1
90	1	3	2	1
91	1	3	2	1
92	1	3	0	2
93	1	3	0	2
94	1	3	0	2
95	1	3	0	2
96	1	3	0	2
97	1	3	1	2
98	1	3	2	1
99	1	3	0	2
100	1	3	0	2
101	1	3	2	1
102	1	3	1	2
103	1	3	1	2
104	1	3	2	1
105	1	3	1	2
106	1	3	0	2
107	1	3	0	2
108	1	3	2	1
109	1	3	0	2
110	1	3	2	1
111	1	3	1	2
112	1	3	2	1
113	1	3	2	1
114	1	3	2	1
115	1	3	1	2
116	1	3	1	2
117	1	3	0	2
118	1	3	0	2
119	1	3	1	2
120	1	3	1	2
121	1	3	2	1
122	1	3	1	2
123	1	3	0	2
124	1	3	1	2
125	1	3	0	2
126	1	3	0	2
127	1	3	1	2
128	1	3	2	1
129	1	3	0	2
130	1	3	0	2

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
131	2	3	1	2
132	2	3	1	2
133	2	3	2	1
134	2	3	0	2
135	2	3	0	2
136	2	3	1	2
137	2	3	0	2
138	2	3	0	2
139	2	3	0	2
140	2	3	0	2
141	2	3	0	2
142	2	3	0	2
143	2	3	2	1
144	2	3	1	2
145	2	3	1	2
146	2	3	1	2
147	2	3	0	2
148	2	3	0	2
149	2	3	1	2
150	2	3	1	2
151	2	3	1	2
152	2	3	1	2
153	2	3	0	2
154	2	3	1	2
155	2	3	1	2
156	2	3	2	1
157	2	3	1	2
158	2	3	1	2
159	2	3	1	2
160	2	3	0	2
161	2	3	1	2
162	2	3	1	2
163	2	3	1	2
164	2	3	0	2
165	2	3	2	1
166	2	3	1	2
167	2	3	1	2
168	2	3	2	1
169	2	3	1	2
170	2	3	0	2
171	2	3	0	2
172	2	3	2	1
173	2	3	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
174	2	3	2	1
175	2	3	1	2
176	2	3	1	2
177	2	3	1	2
178	2	3	2	1
179	2	3	2	1
180	2	3	2	1
181	2	3	1	2
182	2	3	2	1
183	2	3	2	1
184	2	3	2	1
185	2	3	2	1
186	2	3	1	2
187	2	3	0	2
188	2	3	2	1
189	2	3	2	1
190	2	3	2	1
191	2	3	2	1
192	2	3	2	1
193	2	3	2	1
194	2	3	2	1
195	2	3	2	1
196	2	3	2	1
197	2	3	2	1
198	2	3	2	1
199	2	3	2	1
200	2	3	2	1
201	2	3	2	1
202	2	3	2	1
203	2	3	2	1
204	2	3	0	2
205	2	3	0	2
206	2	3	0	2
207	2	3	2	1
208	2	3	2	1
209	2	3	0	2
210	2	3	2	1
211	2	3	2	1
212	2	3	2	1
213	2	3	2	1
214	2	3	2	1
215	2	3	2	1
216	2	3	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
217	2	3	1	2
218	2	3	2	1
219	2	3	0	2
220	2	3	2	1
221	2	3	2	1
222	2	3	1	2
223	2	3	1	2
224	3	3	1	2
225	3	3	0	2
226	3	3	0	2
227	3	3	1	2
228	3	3	0	2
229	3	3	2	1
230	3	3	0	2
231	3	3	0	2
232	3	3	0	2
233	3	3	0	2
234	3	3	1	2
235	3	3	2	1
236	3	3	1	2
237	3	3	0	2
238	3	3	1	2
239	3	3	2	1
240	3	3	0	2
241	3	3	2	1
242	3	3	0	2
243	3	3	0	2
244	3	3	0	2
245	3	3	0	2
246	3	3	2	1
247	3	3	0	2
248	3	3	1	2
249	3	3	1	2
250	3	3	2	1
251	3	3	2	1
252	3	3	2	1
253	3	3	2	1
254	3	3	2	1
255	3	3	2	1
256	3	3	1	2
257	3	3	1	2
258	3	3	2	1
259	3	3	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
260	3	3	2	1
261	3	3	2	1
262	3	3	2	1
263	3	3	2	1
264	3	3	1	2
265	3	3	2	1
266	3	3	1	2
267	3	3	2	1
268	3	3	1	2
269	3	3	1	2
270	3	3	1	2
271	3	3	1	2
272	3	3	1	2
273	3	3	1	2
274	3	3	1	2
275	3	3	2	1
276	3	3	2	1
277	3	3	2	1
278	3	3	1	2
279	3	3	2	1
280	3	3	1	2
281	3	3	2	1
282	3	3	2	1
283	3	3	1	2
284	3	3	1	2
285	3	3	2	1
286	3	3	2	1
287	3	3	2	1
288	3	3	1	2
289	3	3	2	1
290	3	3	1	2
291	3	3	2	1
292	3	3	2	1
293	3	3	2	1
294	3	3	0	2
295	3	3	1	2
296	3	3	1	2
297	3	3	1	2
298	3	3	0	2
299	3	3	0	2
300	3	3	0	2
301	3	3	0	2
302	3	3	0	2

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
303	3	3	1	2
304	3	3	0	2
305	3	3	2	1
306	3	3	0	2
307	3	3	2	1
308	3	3	2	1
309	3	3	1	2
310	3	3	2	1
311	3	3	2	1
312	3	3	1	2
313	3	3	0	2
314	3	3	0	2
315	3	3	0	2
316	3	3	0	2
317	3	3	0	2
318	3	3	0	2
319	3	3	0	2
320	3	3	0	2
321	3	3	0	2
322	3	3	0	2
323	3	3	2	1
324	3	3	2	1
325	3	3	0	2
326	3	3	0	2
327	3	3	2	1
328	3	3	2	1
329	3	3	1	2
330	3	3	2	1
331	3	3	1	2
332	3	3	1	2
333	3	3	0	2
334	3	3	0	2
335	3	3	2	1
336	3	3	0	2
337	3	3	1	2
338	3	3	1	2
339	3	3	0	2
340	3	3	0	2
341	3	3	2	1
342	3	3	0	2
1	1	4	2	1
2	1	4	2	1
3	1	4	1	2

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
4	1	4	1	2
5	1	4	0	2
6	1	4	2	1
7	1	4	0	2
8	1	4	2	1
9	1	4	2	1
10	1	4	1	2
11	1	4	2	1
12	1	4	0	2
13	1	4	0	2
14	1	4	0	2
15	1	4	0	2
16	1	4	0	2
17	1	4	0	2
18	1	4	0	2
19	1	4	2	1
20	1	4	0	2
21	1	4	1	2
22	1	4	0	2
23	1	4	2	1
24	1	4	0	2
25	1	4	0	2
26	1	4	0	2
27	1	4	2	1
28	1	4	0	2
29	1	4	2	1
30	1	4	0	2
31	1	4	1	2
32	1	4	0	2
33	1	4	0	2
34	1	4	0	2
35	1	4	1	2
36	1	4	0	2
37	1	4	0	2
38	1	4	1	2
39	1	4	0	2
40	1	4	0	2
41	1	4	0	2
42	1	4	0	2
43	1	4	0	2
44	1	4	1	2
45	1	4	0	2
46	1	4	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
47	1	4	0	2
48	1	4	0	2
49	1	4	0	2
50	1	4	0	2
51	1	4	1	2
52	1	4	0	2
53	1	4	2	1
54	1	4	2	1
55	1	4	0	2
56	1	4	2	1
57	1	4	2	1
58	1	4	0	2
59	1	4	0	2
60	1	4	2	1
61	1	4	0	2
62	1	4	0	2
63	1	4	0	2
64	1	4	0	2
65	1	4	2	1
66	1	4	1	2
67	1	4	1	2
68	1	4	2	1
69	1	4	2	1
70	1	4	2	1
71	1	4	1	2
72	1	4	2	1
73	1	4	0	2
74	1	4	0	2
75	1	4	0	2
76	1	4	0	2
77	1	4	0	2
78	1	4	1	2
79	1	4	1	2
80	1	4	0	2
81	1	4	2	1
82	1	4	2	1
83	1	4	1	2
84	1	4	0	2
85	1	4	2	1
86	1	4	0	2
87	1	4	2	1
88	1	4	2	1
89	1	4	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
90	1	4	2	1
91	1	4	2	1
92	1	4	0	2
93	1	4	0	2
94	1	4	0	2
95	1	4	0	2
96	1	4	0	2
97	1	4	1	2
98	1	4	2	1
99	1	4	1	2
100	1	4	2	1
101	1	4	2	1
102	1	4	1	2
103	1	4	1	2
104	1	4	1	2
105	1	4	2	1
106	1	4	0	2
107	1	4	0	2
108	1	4	2	1
109	1	4	0	2
110	1	4	2	1
111	1	4	2	1
112	1	4	2	1
113	1	4	2	1
114	1	4	1	2
115	1	4	2	1
116	1	4	0	2
117	1	4	0	2
118	1	4	0	2
119	1	4	1	2
120	1	4	0	2
121	1	4	1	2
122	1	4	0	2
123	1	4	0	2
124	1	4	0	2
125	1	4	0	2
126	1	4	0	2
127	1	4	0	2
128	1	4	2	1
129	1	4	0	2
130	1	4	0	2
131	2	4	1	2
132	2	4	1	2

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
133	2	4	2	1
134	2	4	0	2
135	2	4	0	2
136	2	4	1	2
137	2	4	0	2
138	2	4	0	2
139	2	4	0	2
140	2	4	0	2
141	2	4	0	2
142	2	4	0	2
143	2	4	1	2
144	2	4	2	1
145	2	4	1	2
146	2	4	0	2
147	2	4	0	2
148	2	4	0	2
149	2	4	0	2
150	2	4	0	2
151	2	4	0	2
152	2	4	0	2
153	2	4	0	2
154	2	4	0	2
155	2	4	1	2
156	2	4	2	1
157	2	4	0	2
158	2	4	0	2
159	2	4	0	2
160	2	4	0	2
161	2	4	0	2
162	2	4	0	2
163	2	4	0	2
164	2	4	0	2
165	2	4	0	2
166	2	4	0	2
167	2	4	0	2
168	2	4	0	2
169	2	4	0	2
170	2	4	0	2
171	2	4	0	2
172	2	4	2	1
173	2	4	2	1
174	2	4	0	2
175	2	4	1	2

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
176	2	4	0	2
177	2	4	1	2
178	2	4	2	1
179	2	4	2	1
180	2	4	2	1
181	2	4	1	2
182	2	4	0	2
183	2	4	1	2
184	2	4	2	1
185	2	4	2	1
186	2	4	1	2
187	2	4	0	2
188	2	4	2	1
189	2	4	1	2
190	2	4	1	2
191	2	4	1	2
192	2	4	0	2
193	2	4	0	2
194	2	4	2	1
195	2	4	2	1
196	2	4	2	1
197	2	4	2	1
198	2	4	2	1
199	2	4	1	2
200	2	4	1	2
201	2	4	1	2
202	2	4	1	2
203	2	4	1	2
204	2	4	0	2
205	2	4	0	2
206	2	4	0	2
207	2	4	1	2
208	2	4	2	1
209	2	4	0	2
210	2	4	1	2
211	2	4	2	1
212	2	4	2	1
213	2	4	1	2
214	2	4	2	1
215	2	4	2	1
216	2	4	2	1
217	2	4	0	2
218	2	4	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
219	2	4	0	2
220	2	4	2	1
221	2	4	2	1
222	2	4	1	2
223	2	4	1	2
224	3	4	0	2
225	3	4	0	2
226	3	4	0	2
227	3	4	1	2
228	3	4	0	2
229	3	4	1	2
230	3	4	0	2
231	3	4	0	2
232	3	4	0	2
233	3	4	0	2
234	3	4	0	2
235	3	4	2	1
236	3	4	1	2
237	3	4	2	1
238	3	4	1	2
239	3	4	0	2
240	3	4	0	2
241	3	4	2	1
242	3	4	0	2
243	3	4	1	2
244	3	4	1	2
245	3	4	0	2
246	3	4	2	1
247	3	4	0	2
248	3	4	1	2
249	3	4	1	2
250	3	4	2	1
251	3	4	2	1
252	3	4	2	1
253	3	4	2	1
254	3	4	2	1
255	3	4	0	2
256	3	4	1	2
257	3	4	1	2
258	3	4	1	2
259	3	4	0	2
260	3	4	1	2
261	3	4	1	2

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
262	3	4	2	1
263	3	4	2	1
264	3	4	1	2
265	3	4	2	1
266	3	4	1	2
267	3	4	1	2
268	3	4	1	2
269	3	4	0	2
270	3	4	1	2
271	3	4	1	2
272	3	4	1	2
273	3	4	2	1
274	3	4	1	2
275	3	4	2	1
276	3	4	1	2
277	3	4	2	1
278	3	4	1	2
279	3	4	2	1
280	3	4	1	2
281	3	4	2	1
282	3	4	1	2
283	3	4	2	1
284	3	4	1	2
285	3	4	2	1
286	3	4	1	2
287	3	4	1	2
288	3	4	0	2
289	3	4	0	2
290	3	4	0	2
291	3	4	2	1
292	3	4	2	1
293	3	4	2	1
294	3	4	0	2
295	3	4	1	2
296	3	4	1	2
297	3	4	1	2
298	3	4	0	2
299	3	4	0	2
300	3	4	0	2
301	3	4	0	2
302	3	4	0	2
303	3	4	1	2
304	3	4	2	1

CRITERIOS	DIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL
305	3	4	0	2
306	3	4	0	2
307	3	4	2	1
308	3	4	2	1
309	3	4	1	2
310	3	4	2	1
311	3	4	2	1
312	3	4	1	2
313	3	4	2	1
314	3	4	2	1
315	3	4	2	1
316	3	4	0	2
317	3	4	0	2
318	3	4	2	1
319	3	4	0	2
320	3	4	2	1
321	3	4	2	1
322	3	4	2	1
323	3	4	2	1
324	3	4	2	1
325	3	4	0	2
326	3	4	0	2
327	3	4	2	1
328	3	4	2	1
329	3	4	1	2
330	3	4	2	1
331	3	4	1	2
332	3	4	1	2
333	3	4	0	2
334	3	4	0	2
335	3	4	0	2
336	3	4	0	2
337	3	4	1	2
338	3	4	1	2
339	3	4	0	2
340	3	4	0	2
341	3	4	2	1
342	3	4	0	2

## Escaneados de la prueba estadística de Kruskal Wallis realizada con el SPSS 23

Visible: 7 de 7 variables

	MACROPROCESO	CRITERIO	DIMENSION	SUBDIMENSION	AÑO	RESULTADO	NIVEL	var	var	var	var	var	var
1	1	1	1	1	1	2	1						
2	1	2	1	2	1	2	1						
3	1	3	1	1	1	2	1						
4	1	4	1	1	1	2	1						
5	1	5	1	2	1	2	1						
6	1	6	1	3	1	2	1						
7	1	7	1	1	1	1	2						
8	1	8	1	1	1	2	1						
9	1	9	1	2	1	2	1						
10	1	10	1	2	1	1	2						
11	1	11	1	1	1	2	1						
12	2	12	1	1	1	1	2						
13	2	13	1	2	1	2	1						
14	2	14	1	1	1	1	2						
15	2	15	1	1	1	0	2						
16	2	16	1	2	1	0	2						
17	2	17	1	2	1	0	2						
18	2	18	1	1	1	1	2						
19	2	19	1	1	1	2	1						
20	2	20	1	2	1	1	2						
21	2	21	1	2	1	1	2						
22	2	22	1	2	1	1	2						

RESULTADOS TOTALES DE BASE DE DATOS.spv [Documento3] - IBM SPSS Statistics Visor

Pruebas post hoc

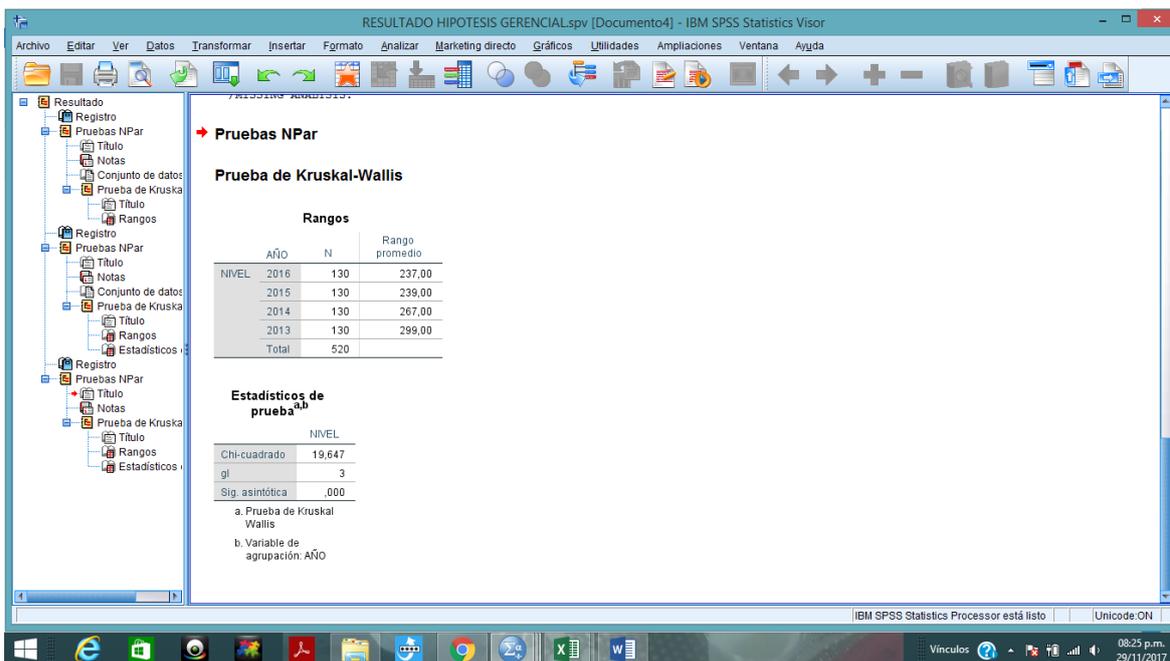
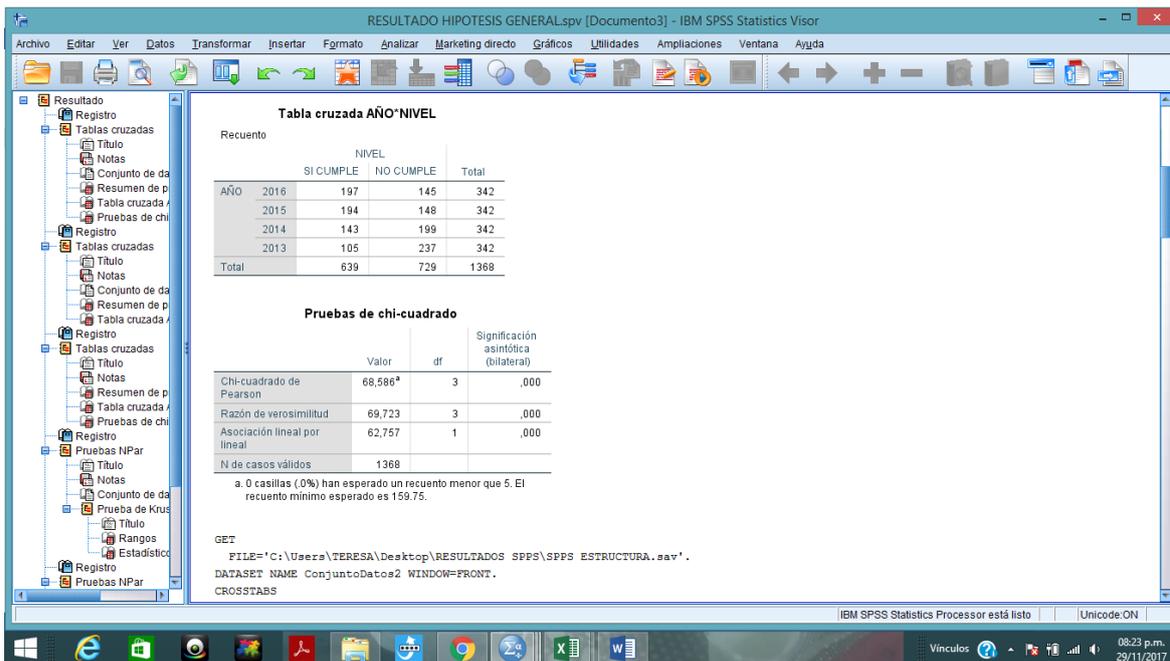
Comparaciones múltiples

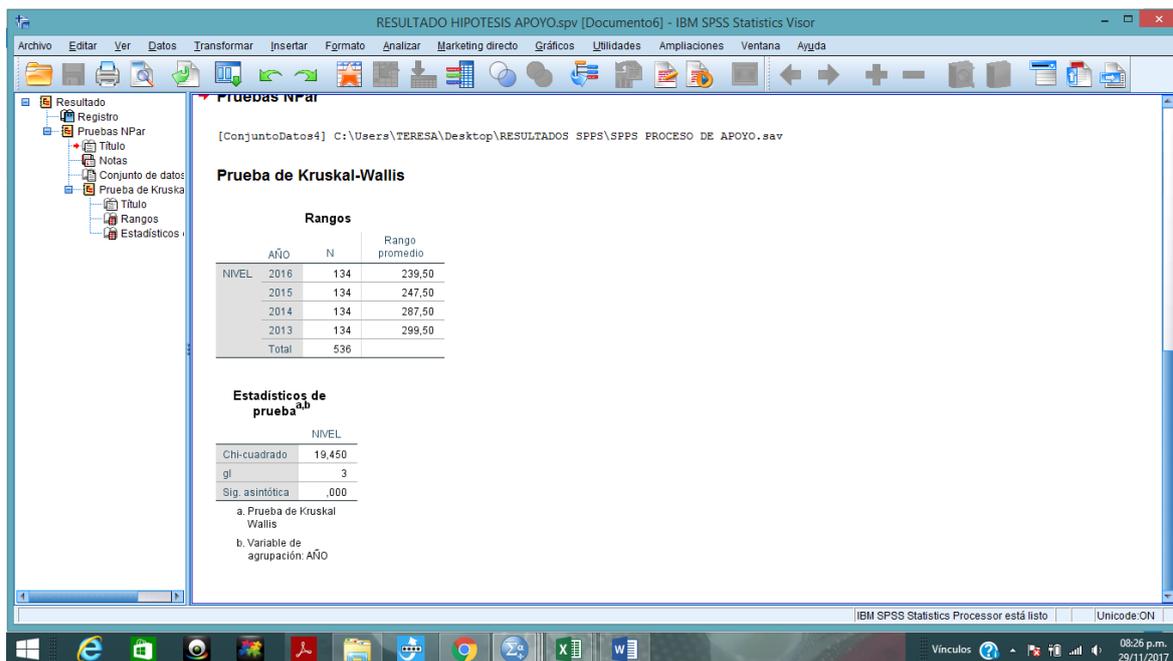
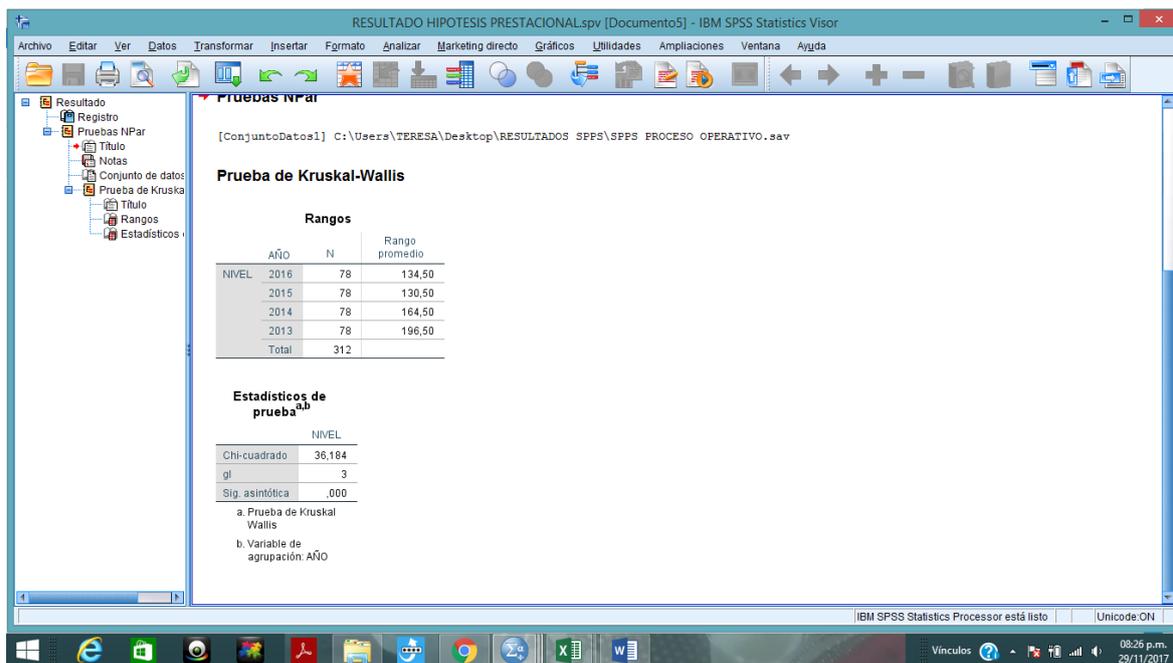
Variable dependiente: RESULTADO

Bonferroni

(I) AÑO	(J) AÑO	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
2016	2015	,020	,062	1,000	-,14	,18
	2014	,284 <sup>*</sup>	,062	,000	,12	,45
	2013	,547 <sup>*</sup>	,062	,000	,38	,71
2015	2016	-,020	,062	1,000	-,18	,14
	2014	,263 <sup>*</sup>	,062	,000	,10	,43
	2013	,526 <sup>*</sup>	,062	,000	,36	,69
2014	2016	-,284 <sup>*</sup>	,062	,000	-,45	-,12
	2015	-,263 <sup>*</sup>	,062	,000	-,43	-,10
	2013	,263 <sup>*</sup>	,062	,000	,10	,43
2013	2016	-,547 <sup>*</sup>	,062	,000	-,71	-,38
	2015	-,526 <sup>*</sup>	,062	,000	-,69	-,36
	2014	-,263 <sup>*</sup>	,062	,000	-,43	-,10

\*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.







### Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Daniel Córdova Sotomayor, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada **“Nivel de Cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, periodo 2013-2016”** de la estudiante **Teresa Catherine Ñaupari Ruiz**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 25% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El suscrito, analizo dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 23 de setiembre de 2017

Firma

Daniel Córdova Sotomayor

DNI: 08877455

Feedback Studio - Google Chrome  
 https://ev.turnitin.com/app/carta/es/?o=1008344462&lang=es&ro=3&is=1&u=1052599418

feedback studio Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, periodo 2013-2016 /123 1 de 39



**Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, periodo 2013-2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**  
 Maestra en gestión de los servicios de la salud

**AUTOR:**  
 Bar. Ñaupari Ruiz Teresa Catherine.

**ASESOR:**  
 Mg. Córdova Sotomayor Daniel.

**SECCIÓN:**  
 Ciencias médicas

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**  
 Calidad de las Prestaciones Asistenciales

**LIMA - PERÚ**  
 2017

**Resumen de coincidencias** X

25 %

1	www.disaster-info.net	3 %
2	www.bdigital.unal.edu...	3 %
3	www.scribd.com	3 %
4	Entregado a UNIV DE L...	3 %
5	ronaldalcides.blogspot...	3 %
6	www.sanbartolome.go...	2 %
7	bases.bireme.br	2 %
8	prezi.com	2 %
9	www.astisa.com	2 %
10	Entregado a Pontificia ...	2 %

Página: 1 de 15    Número de palabras: 2101    Text-only Report | High Resolution    Activado



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)  
"César Acuña Peralta"

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

### 1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

NAUPAZ RUIZ TERESA CATHERINE  
D.N.I. : 10697234  
Domicilio : AV. LINDIERA ORIENTAL 1124 ZITSA  
Teléfono : Fijo : 258 2013 Móvil : 997406206  
E-mail : CATYRUIZ@HOTMAIL.COM

### 2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad : .....  
Escuela : .....  
Carrera : .....  
Título : .....

Tesis de Post Grado

Maestría

Doctorado

Grado : MAESTRIA  
Mención : GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

### 3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

NAUPAZ RUIZ TERESA CATHERINE  
.....  
.....

Título de la tesis:

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN  
EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, PERIODO 2013 - 2016

Año de publicación : 2017

### 4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma :

Fecha : 25 de Setiembre del 2018



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

### ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

NAUPARI RUIZ TERESA CATHERINE

INFORME TITULADO:

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, PERIODO 2013-2016

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

SUSTENTADO EN FECHA: 02 DE DICIEMBRE DE 2017

NOTA O MENCIÓN: APROBADO POR MAYORÍA



Pérez Saavedra Segundo Sigifredo