



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS
SERVICIOS DE LA SALUD

Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el
Servicio de Patología Clínica de un Hospital Público Nivel III-1, 2019

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Jesús Narciso Vilchez Oliva (ORCID: 0000-0002-6698-6787)

ASESOR:

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osoreo (ORCID: 0000-0002-7606-476X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

Lima – Perú

2020

Dedicatoria

Al Todopoderoso por su guía y bendición, a mi esposa
e hijo por su amor y apoyo.

Agradecimiento

A la Universidad César Vallejo y a los docentes que guiaron mi andar en sus aulas hasta llegar a la meta.

A mi familia por ser parte de mi vida y llenarla con su amor y alegría.

A mis amigos de aula, cómplices en la aventura de aprender

A los directivos y personal del Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé por colaborar con el logro de esta tesis.

Página del jurado



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): **VILCHEZ OLIVA, JESUS NARCISO**

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

FACTORES LIMITANTES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DE UN HOSPITAL PÚBLICO NIVEL III-1, 2019

Fecha: 18 de enero de 2020

Hora: 8:45 a.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Yolvi Ocaña Fernandez

Firma:

SECRETARIO: Dra. Juana Yris Díaz Mujica

Firma:

VOCAL: Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores

Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

..... *aprobado por unanimidad.*

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

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

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

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

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.

Declaratoria de Autenticidad

Yo **Jesús Narciso Vilchez Oliva**, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Escuela de Posgrado de la universidad César Vallejo, sede/filial Lima Norte; declaro que el trabajo académico titulado “Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de Patología Clínica de un Hospital Público Nivel III-1, 2019”, presentada, en 54 folios para la obtención del grado académico de Maestra 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 estipulado 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 determinan el procedimiento disciplinario.

Lima, enero del 2020


.....
Jesús Narciso Vilchez Oliva
DNI 06770795

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice	vi
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
I. Introducción	1
II. Método	12
2.1 Tipo y diseño de Investigación	12
2.2 Operacionalización de Variables	13
2.3 Población y muestra	13
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	14
2.5. Procedimiento	15
2.6 Métodos de análisis de datos	15
2.7 Aspectos éticos	15
III. Resultados	16
3.1 Descripción de resultados	16
3.2 Resultados inferenciales	17
IV. Discusión	21
V. Conclusiones	23
VI. Recomendaciones	24
VII. Referencias	25
Anexos	30
Anexo 1. Matriz de consistencia	31
Anexo 2. Instrumento de toma de datos	34
Anexo 3. Consentimiento informado	35
Anexo 4. Confiabilidad de instrumento	36

Anexo 5. Certificado de validez del instrumento	37
Anexo 6. Base de datos	43
Anexo 7. Print de la Prueba de fiabilidad en SPSS	46
Anexo 8. Acta de aprobación de originalidad	51
Anexo 9. Pantallazo del Turnitin	52
Anexo 10. Autorización de publicación electrónica	53
Anexo 11. Autorización de verificación final	54

Índice de tablas	pág.
Tabla 1. Operacionalización de la variable Factores Limitantes.	13
Tabla 2. Validez del instrumento por Juicio de expertos	14
Tabla 3. Descriptivos de la variable Factores limitantes y sus dimensiones.	16
Tabla 4. Estimadores obtenidos de la prueba de Regresión Logística Binaria (RLB) para las hipótesis propuestas	19

	Índice de figuras.	pág.
Figura 1.	Esquema del diseño de investigación	23

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo identificar los factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de Patología Clínica de un Hospital Público Nivel III-1, 2019. Se realizó una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 60 personas a quienes se les encuestó con un instrumento validado y confiable. El análisis de contraste de hipótesis se realizó mediante la prueba de Regresión Logística Binaria. En las conclusiones se determinó que solo los indicadores Liderazgo y Equipamiento (de la dimensión Organización y Gestión) tuvo un resultado significativamente ($p=0,000$; $p=0.014<0.05$) fueron aportantes que influyeron en la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

Palabras clave: Calidad, Sistema de gestión de la calidad, factores limitantes.

Abstract

The purpose of this study is to identify the limiting factors in the implementation of a Quality Management System in the Clinical Pathology Service of a Public Hospital Level III-1, 2019. A quantitative, descriptive, design research was conducted. non experimental and cross section. The sample consisted of 60 people who were surveyed with a validated and reliable instrument. The hypothesis contrast analysis was performed using the Binary Logistic Regression test. In the conclusions it was determined that only the Leadership and Equipment indicators (of the Organization and Management dimension) had a significant result ($p = 0.000$; $p = 0.014 < 0.05$) were contributors that influenced the implementation of a Quality Management System in the Clinical Pathology Service of HONADOMANI San Bartolomé.

Keywords: Quality, Quality Management System, Limiting fact

I. Introducción

El laboratorio clínico juega un rol muy valioso sobre la situación de un paciente, el diagnóstico o exclusión de una enfermedad, la aplicación de un tratamiento, un ingreso o un alta hospitalaria. Alrededor del 80% de decisiones médicas están basadas en los resultados del laboratorio clínico (INACAL, 2017). De allí que dichos resultados deben ser el producto de los procesos realizados bajo estándares de calidad y, en el laboratorio clínico, deben ser emitidos en un tiempo relativamente corto, dada la situación de los pacientes que ameritan un resultado oportuno (Brinkley;2018). Cuando se habla de calidad, mayormente nos referimos como a una cualidad de un producto final que se hace llegar al cliente, pero, en estos tiempos, este concepto va más allá y tiene que ver con el que hacer, el trabajo en sí de la persona en su área laboral, en cada actividad que realiza como parte de un proceso, es decir, comprende toda la actividad productiva. La calidad de los servicios es un asunto de mucha importancia en el devenir de las personas y cobra mayor relevancia en los servicios de salud, como un hecho ineludible ya que muchas veces implica un tema relacionado con la vida misma. (Forrellat, 2014) La OMS nos dice que hay cualidades que definen la calidad de un laboratorio clínico con el objetivo de emitir resultados exactos, fiables y oportunos (OMS, 2011). Es que en el laboratorio clínico se llevan a cabo procesos cuya finalidad es obtener un resultado que sea de utilidad, para ello debe ser exacto, es decir, que el valor obtenido sea muy cercano al valor verdadero, que reflejen la condición clínica del paciente, por consiguiente, será un resultado fiable y de gran ayuda en el momento oportuno. No podemos negar que los errores están presentes en el quehacer humano y sobre todo cuando se trata de realizar mediciones. Los procesos realizados en el laboratorio no escapan a ellos, más aún si estos no están acordes con los estándares de calidad que permita prevenir y detectar los errores que se puedan producir en cada paso de estos procesos. El proceso completo que se da en el laboratorio clínico, desde la emisión de la solicitud de las pruebas hasta la emisión y liberación del resultado previamente validado, está enmarcado en tres fases bien delimitadas: fase pre analítica, fase analítica y fase post analítica. En cada fase intervienen elementos y actividades que están sujetos a errores, siendo la fase analítica donde se producen menos errores gracias a la automatización que se ha implementado en los últimos tiempos, mientras que en las fase pre analítica se produce la mayor cantidad de errores. (Hammerling, 2012) Con el propósito de disminuir al mínimo los errores que se puedan cometer en cada uno de los procesos y generar resultados de calidad que beneficien

a los pacientes, se hace necesario la implementación de un sistema de gestión de la calidad (SGC) en el laboratorio clínico. (Milan, 2016). Organizaciones internacionales muy importantes en las normativas para laboratorios como son la Organización Internacional de Normalización (ISO) y el Instituto de Normas Clínicas y de Laboratorio (CLSI) utilizan la definición de sistema de gestión de la calidad como una serie de acciones y actividades relacionadas entre sí para encaminar debidamente una empresa u organización y logre sus resultados con calidad. (OMS, 2011). Un SGC ayuda a que las organizaciones mejoren sus procesos logrando que las cosas se realicen correctamente, estableciendo el principio de mejora continua; los beneficios son múltiples, tanto para la organización, pero, sobre todo, para los clientes, en especial los pacientes (Rojo, 2010). Se trata de un conjunto de actividades que interviene en cada etapa del proceso analítico, que va desde antes de la recepción de la solicitud, elaborada por el médico, hasta la emisión del resultado y su debida interpretación. Pero, así como existen beneficios, también existen obstáculos, barreras o factores que limitan su implementación y pueden ser de tipo interno o externo. (UOC, 2015). Existen normas internacionales para laboratorios dadas por organizaciones importantes como la Organización Internacional de Normalización (ISO). En Perú, se enfatiza la importancia a la calidad en los servicios de salud, en la década pasada. Así es que, en el 2001, mediante RM N° 768-2001, el Ministerio de Salud desarrolla la iniciativa y aprueba el documento que crea un “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”. En el 2006, mediante RM N° 519-2006, se actualiza y fortalece dicho documento, se elabora y aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”. (Minsa, 2007). En cuanto a las unidades productoras de servicios de salud (UPSS) de patología clínica, es importante mencionar que, en el año 2008, con la finalidad de mejorar la calidad de atención y con el objetivo de lograr la organización y el funcionamiento adecuado, se elabora y aprueba la NTS 072-MINSA/DGSP-V0.1 Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica. (Minsa, 2009). En la actualidad, en el área de las UPSS de patología clínica existen normativas dadas por instituciones directamente relacionadas con la calidad en nuestro país, unas de carácter obligatorios y otras de cumplimiento voluntario. Entre las primeras tenemos al Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud y, en el segundo grupo, al Instituto Nacional de la Calidad – INACAL. (Figueroa-Montes, 2017). Es importante señalar que en junio del 2014 mediante el D.S. N° 046-2014-PCM se aprueba la Política Nacional para la Calidad, que orienta la política para la implementación de la calidad en el Perú. Hasta entonces no existía una guía de este tipo sobre la calidad en

nuestro país. Asimismo, en julio del 2014, se emite la Ley N° 30224 que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el INACAL, entre cuyas funciones está la de brindar la normativa y ser el ente que acredite y regule las materias de normalización y metrología, elaborar la propuesta de la Política Nacional para la Calidad, así como gestionar, promover y monitorear su implementación. (El Peruano, 2014). Se observa que existen las herramientas y las normas que permiten el desarrollo de la calidad en las organizaciones de salud, así como la importancia de que se implemente un SGC. Pero también es notorio que la mayoría de establecimientos de salud, así como los laboratorios clínicos no cuentan con un sistema de gestión que permita que sus procesos estén debidamente controlados y que prevenga la ocurrencia de errores al ser detectados oportunamente, de tal modo que garantice la entrega de resultados totalmente confiables. Existen muchos factores que impiden dicha implementación, los mismos que interesan en esta investigación. Así encontramos que pueden pasar por la falta de recursos económicos, apoyo institucional, falta de capacitación y motivación del personal, infraestructura deficiente (Zeh, 2010). Sharif (2005) menciona las barreras que afectan la implementación, entre ellas se encuentran: el desconocimiento de la existencia de normas ISO, la falta de comprensión de los beneficios de la certificación, falta de obligatoriedad de implementen los SGC, falta de compromiso de la alta dirección. Sălăgean (2014) menciona que la gestión de calidad no produce y no producirá resultados de la noche a la mañana, no es una panacea para todos los problemas que enfrenta la organización. La gestión de calidad total requiere un cambio en cultura organizacional, que debe enfocarse en cumplir con las expectativas del cliente y aumentar la participación de todos los empleados para cumplir este objetivo, como expresión de la ética de la mejora continua. Nos dice que las barreras de implementación se pueden dividir en las siguientes categorías: barreras estratégicas, barreras de recursos humanos, barreras estructurales, barreras contextuales y barreras procesales. La implementación de SGC es un proceso de cambio transformacional dentro de la organización y para hacer frente a este cambio es necesario que la alta dirección de la organización (liderazgo) se involucre para poder motivar, mantener el entusiasmo a través de la organización e identificar formas efectivas de superar las barreras que enfrentan para completar con éxito la implementación del sistema SGC.

Como antecedentes internacionales se tiene que López (2019), en su investigación relacionado con un SGC, centra su investigación en una propuesta para mejorar la calidad en el laboratorio clínico de un hospital público de Quito, basado en la norma ISO 15189:2012

debido a que los laboratorios de los hospitales públicos no han sido acreditados por las organizaciones acreditadoras competentes; el objetivo final fue la acreditación del laboratorio como resultado del desarrollo de un SGC que garantiza la calidad de los resultados y como producto de la estandarización y el control de los procesos, así como producir todos los documentos necesarios y exigidos por la Norma; se empezó con un diagnóstico inicial, mediante la aplicación de una lista de verificación obteniéndose un resultado del 85% de cumplimiento de los ítems; luego se aplicó el SGC propuesto y posteriormente, se realizó la evaluación final, obteniéndose una mejora con el 90% de los ítems; se concluye en que se tomó y aceptó la propuesta del diseño de un SGC basado en la norma ISO 15189:2012 y se obtuvo la acreditación. Sisay, Gurmessa y Liknew (2019) en un estudio realizado en un grupo de laboratorios de Etiopía evaluaron los factores que afectan la implantación del SGC en el laboratorio utilizaron un enfoque de recolección de datos y obtuvieron nueve variables obstructivos, siendo unos de los principales los problemas relacionados al mantenimiento del equipo de laboratorio, la competencia profesional y la rotación del personal capacitado; concluyen que existe la necesidad de que la administración disponga un presupuesto específico para poner en marcha un SGC así como tener en cuenta dichos factores. Vera, Cañarte, Cañarte, Fuentes y Barcia (2018) manifiestan que para incrementar la efectividad en la atención de los usuarios se deben implementar programas enfocados a la mejora del servicio y la calidad de la atención. En su trabajo acerca de la calidad ofrecida a los usuarios que acuden a un laboratorio clínico de un policlínico universitario, incluyeron a los pacientes, profesionales médicos y laboratoristas clínicos, así como autoridades, a los que se encuestó usando un cuestionario de preguntas cerradas. El principal problema que se encontró fue la demora en la entrega de los resultados, originado por la falta de equipos automatizados y la insuficiente cantidad de profesionales de laboratorio, seguido del reducido espacio físico. También se encontró que el trato que los usuarios reciben es bueno (62%) y que el 100% de los profesionales de laboratorio afirman estar capacitados y son responsables. En Tanzania, Beyanga et al. (2018) hacen un recuento de sus experiencias sobre las mejoras que se produjeron en la calidad de los procesos de un laboratorio; en la metodología, los mentores y asesores iniciaron con una lista de verificación, obteniendo una base de partida, encontrándose deficiencias y muchas no conformidades; después de la implementación de un SGC basada en la ISO 15189, en un tiempo de 24 meses, mejoraron los procesos, el desempeño y la calidad de los diferentes departamentos del laboratorio y, por ende, mejoró la satisfacción de sus usuarios, reflejado

esto en la disminución de quejas; concluyeron que también en países con bajos recursos económicos es posible lograr la implementación de un SGC y que son factores muy importantes para el éxito de la misma, la tutoría y asesoría de especialistas y el compromiso y motivación del personal debidamente capacitado. Plebani y Sciacovelli (2017) en una investigación en la Universidad de Padua, Italia, acerca de la importancia de una adecuada gestión de calidad para beneficio del paciente, realizaron una revisión bibliográfica un análisis sobre la norma ISO 15189 y la importancia de que los laboratorios médicos deben acreditar bajo esta norma, ya que es la ideal. Afirman que es importante para la mejora de las competencias del personal y la confianza que el usuario obtiene porque los errores serán detectados a tiempo y no afectarán los resultados. Pacheco, Zamory y Collino (2018) realizaron un trabajo de investigación previo a la implementación de un SGC en el laboratorio de un hospital materno infantil de Córdoba, Argentina, donde evaluaron los indicadores de calidad, con el fin de determinar el estado de desempeño del laboratorio y además aportaron con la elaboración una parte de la documentación basado en la ISO 15189. Fueron diez los indicadores que comprendían las fases pre analítica, analítica y post analítica, tales como solicitud médica incorrecta, Índice de Error Total, tiempo de respuesta, entre otros; los resultados indicaron la importancia que tiene la documentación y la capacitación del personal para la implementación de un SGC por lo que se debería continuar con el desarrollo a fin de tener todos los documentos requeridos, así como las capacitaciones que incluya a todos los integrantes y directivos involucrados con el laboratorio. Wahab (2016) en su estudio relacionado a la norma ISO 9001:2008 como modelo de un SGC para identificar las barreras que afectan la implantación de un SGC en la organización, encontró que hay poca investigación sobre el tema y que las barreras más importantes son la insuficiente asignación de recursos, falta de administración y compromiso del personal y factores relacionados con los sistemas internos de la organización. Nnakenyi, Ugonabo y Meka (2015) realizaron una investigación de tipo descriptivo, con el fin de precisar los retos y dificultades que existen en un laboratorio, donde las pruebas se realizan manualmente, para implementar el control de calidad, debido a la carencia de recursos económicos, deficiente infraestructura y servicios básicos de agua y electricidad deficientes y no permanentes; como resultados se obtuvo que, debido a los procedimientos manuales, se empleaba gran cantidad de material de control y el control de calidad no se realizaba todos los días; concluyen que, si bien se realiza el control de calidad, éste es solo interno, más no el control de calidad externo y, esto no se hace todos los días por los altos volúmenes usados en las diferentes

pruebas; finalmente recomiendan cambiar a procedimientos donde se usen menores volúmenes, así como realizar una evaluación interlaboratorial, todo ello con el fin de reducir costos. Solís-Rouzant (2015) presenta el trabajo sobre la acreditación de un laboratorio en Guatemala, cuyo principal obstáculo fue que el directivo encargado del SG no disponía de tiempo y el poco acceso de algunos reactivos y equipos; luego de la acreditación los usuarios se adaptaron gradualmente a una cultura de la calidad, así como se hizo más fácil seguir con la mejora continua en el laboratorio, logrando brindar un servicio de garantía y confianza en los resultados para beneficio y cuidado del paciente, superando las dificultades del país para brindar servicios de calidad. Lefcovjic (2014) nos dice que en la implementación de un SGC existen obstáculos, factores que dificultan que se logren los objetivos de la mejora continua y éstos pueden ser internos o externos, destacando entre los primeros el tibio accionar de las personas que dirigen la institución y entre los segundos, el Estado, con su poco o nada de apoyo, fomento y políticas en pro de la calidad. En el ámbito nacional también existe la publicación de trabajos de investigación dedicados a los SGC en el laboratorio clínico pero muy escasos en lo referido a los factores que limitan su implementación. Así tenemos a Lavado (2019) en una investigación de tipo no experimental, aplicada y exploratoria acerca de una propuesta de estrategia para implementar un sistema de gestión de la calidad basado en la Norma Técnica ISO 15189. Inicialmente realiza un diagnóstico situacional mediante una lista de chequeo obteniendo resultados deficientes en cuanto a las condiciones referidos a gestión y las competencias técnicas. Luego aplica la estrategia de gestión mediante el ciclo de mejora continua de Deming y tomando como modelo la ISO 9001:2015, obteniendo buenos resultados que pueden favorecer y encaminar al laboratorio a la acreditación. Ojeda (2018), en su investigación aplicado a los laboratorios de una universidad de Tacna, mediante la utilización de una lista de cotejo obtuvo como resultados un 55.6% de inadecuada gestión, así como un déficit de competencias del personal y de infraestructura, recomienda implementar un SGC. Antúnez de Mayolo (2015), acerca de su trabajo de consultoría nacional realiza un informe sobre la infraestructura de calidad y revela que un 90% de los laboratorios clínicos, a nivel nacional, no tienen implementado un sistema de gestión de la calidad, el 84% de su personal no conoce la norma ISO 15189 y ningún laboratorio está acreditado.

Hay diversas teorías sobre la calidad. La calidad ha sido y es parte de la humanidad. Siempre estuvo presente pero no se le conocía ni percibía como hoy. En la antigüedad, la podemos notar en los intercambios comerciales, en el trato de caballeros, en los acuerdos

establecidos entre dos o más partes, etc., es decir, el hombre y la sociedad siempre tuvo interés por la calidad. Fue en el siglo XVIII que toma la connotación con la que la conocemos ahora, cuando el comercio y los negocios tomaron relevancia y los bienes y productos se producían en grandes cantidades en los años de la revolución industrial. (Robledo-Galván, 2012). El concepto de calidad ha ido evolucionando a través del tiempo hasta nuestros días. La Real Academia Española la define como la cualidad o cualidades inherentes a una cosa que permiten valorarla y apreciarla respecto a sus similares. (RAE, 2019). La ISO (2019) lo define como el nivel en el que un objeto juntamente con sus características propias cumple con lo requerido. Es decir, el cumplimiento de los requisitos exigidos de un producto respecto a parámetros establecidos para dicho producto. Una buena definición sobre calidad es la de Joseph Juran (citado por Lozano, 1998), quien señala que la calidad consiste en las características del producto que satisface las necesidades del cliente, lo que hace obtener mayores ingresos, pero, además la calidad consiste en no tener fallas ni deficiencias, lo que trae como consecuencia un menor costo. La calidad no es algo que surge de la nada, de la noche a la mañana; tampoco se improvisa, sino que se logra con esfuerzo y dedicación mediante la implementación de un SGC. Un Sistema de Gestión de la Calidad es el conjunto organizado de actividades encaminadas al buen funcionamiento de la organización con el objetivo de entregar un producto o servicio de calidad (OMS, 2011). Una de las mejores maneras de garantizar que un sistema haya incluido todos los procesos aplicables es mediante un conjunto estándar de requisitos para los SGC (Hammar, 2018). De hecho, los frutos de la gestión no se ven de inmediato, de un día para otro, sino que toman su tiempo, progresivamente y posicionan su importancia a mediano y largo plazo (Garzón, 2015). Los diversos modelos de SGC están basados en la filosofía de la mejora continua o ciclo de Deming: planificar, hacer, verificar y actuar (Westgard, 2014). Un estándar, la norma ISO 9001, que es una norma de certificación, es uno de esos requisitos que define y describe todas las políticas, procesos, procedimientos documentados y registros típicos que se necesitan para un SGC exitoso, y que se pueden usar y adaptar para necesidades de cualquier organización, incluyendo a los laboratorios clínicos (Escuela Europea de Excelencia, 2018). La certificación ISO 9001 da a las organizaciones los SGC que proporciona la base para una mejor satisfacción del cliente, la motivación del personal y la mejora continua. Esta norma fue de mucha utilidad en los primeros tiempos en que no existía una norma específica para los laboratorios clínicos. En un momento dado, cada país en Europa tenía su propio sistema de acreditación, los laboratorios médicos se estaban volviendo más sofisticados y esto

provocó la necesidad de crear un nuevo estándar de calidad. Después de un proceso que duró siete años, en el 2002 se produjo la norma ISO 15189, agregó la parte de requisitos de competencias a la parte de gestión que presenta la ISO 9001, que juntamente con la ISO 17025, que norma las competencias de los laboratorios de ensayo y calibración, dieron fruto a la norma específica para laboratorios clínicos (Baroud, 2019). Es esta norma la que rige los SGC en los laboratorios clínicos y la que los acredita. La acreditación es el proceso oficial de reconocer que un establecimiento tiene el estado y las calificaciones, es decir, las competencias para realizar una actividad en particular. Le brinda una garantía independiente de que la organización es capaz de brindar una excelente atención al paciente (Quintana,2015). También asegura que sus estándares de calidad se mantengan y continuarán mejorando independientemente de los cambios en el personal. Con la acreditación los laboratorios trabajan a través de un sistema de gestión de calidad y producen una mejor calidad de trabajo. Tienen una mayor probabilidad de obtener mejores resultados en las pruebas de competencia y atraer a empleados altamente calificados. Además, sus pacientes están bien informados y presenta indicadores de calidad. La acreditación es, pues, tremendamente valiosa debido a sus beneficios a largo plazo (Izquierdo-Álvarez 2015). Otro modelo de gestión de la calidad es el modelo de Excelencia EFQM, Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, que es un marco de gestión reconocido a nivel mundial que permite a las organizaciones alcanzar el éxito midiendo dónde se encuentran en el camino hacia la transformación, ayudándoles a comprender las brechas y las posibles soluciones disponibles y capacitándolas para progresar y mejorar significativamente el rendimiento de la organización. Evalúa los diferentes componentes del área de aplicación y lo compara con un patrón establecido, lo que permite identificar las fortalezas y debilidades de dicha área (Uygur y Sümerli, 2013). En cuanto a los factores limitantes para la implementación de un SGC, Mosadeghrad (2013) agrupó las barreras que impiden la implementación de un SGC en cinco categorías: (a) *Barreras* estratégicas: los problemas estratégicos son barreras importantes para la implementación de SGC y tienen el mayor impacto negativo en su éxito. Estas barreras son relacionadas principalmente con la gestión y el liderazgo de la organización. Tenemos: Programa SGC inapropiado, barreras para la adopción de SGC, expectativas irrealistas, Liderazgo deficiente, Administración deficiente, La falta de apoyo de la alta dirección, Poca participación de los gerentes, La fortaleza de la gerencia media, Planificación inadecuada, La falta de coherencia de objetivos, Falta de visión a largo plazo, La falta de una visión y una dirección clara, objetivos y prioridades en conflicto, la falta de

prioridad de mejorar la calidad, los fracasos anteriores en términos de iniciativas de cambio, la falta de apoyo del gobierno, incertidumbre política. (b) *Barreras estructurales*: se refiere a la parte física y sus complementos del establecimiento, necesario para implementar el SGC. Tenemos: Estructura organizacional inapropiada, falta de flexibilidad organizacional, falta de recursos físicos, falta de sistemas de información, falta de apoyo financiero, el costo de implementación, falta de tiempo. (c) *Barreras de recursos humanos*: son esos limitantes propios de las personas que laboran en la institución, como la falta de compromiso de los empleados y la resistencia al cambio en SGC. La falta de interés de los empleados, la falta de compromiso y participación de los empleados, resistencia de los empleados al cambio, una gestión deficiente de recursos humanos, delegación pobre en todos los niveles jerárquicos, pocos empleados trabajan en tareas y cada vez son más altos, falta de capacitación y educación de los empleados, Falta de motivación y satisfacción de los empleados, La falta de reconocimiento y recompensa por el éxito. (d) *Barreras contextuales*: son aquellas dificultades que surgen cuando se desarrollan un contexto y una cultura apropiados para lograr el mayor potencial del despliegue del SGC. Cultura organizacional inadecuada, dificultades para cambiar la cultura organizacional, Falta de equipos de orientación., mala comunicación e ineficaz, coordinación pobre, La falta de confianza de los empleados en la gestión, resolución de problemas culturales, Falta de innovación, comportamiento político, la diversidad de la fuerza laboral, barreras mentalidad. (e) *Barreras procesales*: tienen su origen, principalmente en lo difícil y complejo de los procesos, la falta de enfoque en el cliente, existe una desconexión con los proveedores, el complejo sistema burocrático. Falta de concentración, falta de una adecuada gestión de procesos, falta de concentración en el cliente, desconexión de los proveedores, burocracia, falta de evaluación y autoevaluación, el agente de cambio o la incompetencia del abogado en la implementación de la calidad, acción correctiva ineficaz, los esfuerzos para mejorar la calidad requieren mucho tiempo. Se puede ver que las barreras estratégicas son los tipos más comunes de barreras que obstaculizan la implementación exitosa del SGC. Además, las barreras de recursos humanos tienen un gran impacto en el éxito de la implementación del SGC. Podemos afirmar que, dentro de las barreras de nivel estratégico y las barreras relacionadas con recursos humanos, el liderazgo es un factor clave en la gestión del cambio necesario para implementar el SGC.

Respecto a la Formulación del problema, se presenta como problema general: ¿Cuáles son los factores limitantes que influyen en la implementación de un Sistema de

Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé? y, como problemas específicos: (a) ¿Cuáles son los factores limitantes a nivel personal que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé?, (b) ¿Cuáles son los factores limitantes a nivel de la organización y gestión que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé? (d) ¿Cuáles son los factores limitantes a nivel de sistema de salud nacional que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé?

Como Justificación señalo que en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HONADOMANI SB), se ha aprobado el Documento Técnico “Plan de Gestión de la Calidad 2019 HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ” que tiene por finalidad contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales de calidad. En el servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé, desde el 2015, se conformó el Comité de Calidad con el fin de realizar acciones encaminadas a conseguir que nuestros procesos sean de calidad y estandarizados para así lograr resultados óptimos, confiables y oportunos (HONADOMANI SB, 2015). Una de las acciones que se realizó, sobre todo por parte de la jefatura, fue la implementación del control de calidad externo, mediante la contratación de una empresa dedicada a este rubro. Se llevó a cabo una auditoría interna que dejó como resultado muchos puntos por mejorar. Hasta la actualidad los logros han sido escasos y se sigue observando el acontecimiento de los mismos errores en los diferentes procesos debido a que no existe un sistema de gestión de la calidad. Sabemos que los errores continúan dándose en el Servicio de Patología Clínica, que esos errores son repetitivos y solo se toma algunas medidas correctivas y casi ninguna preventiva. La experiencia y la literatura nos señala que mientras no se implemente un Sistema de Gestión de la calidad, van a seguir produciéndose los mismos errores. Es conocido que un Sistema de Gestión de la Calidad aporta beneficios al laboratorio clínico donde se implementa, pero también es sabido que todo cambio tiene factores que dificultan o limitan el desarrollo de tal implementación. Nuestro laboratorio puede y debe lograr un alto nivel de calidad en sus procesos y, como consecuencia natural, brindar un servicio a nuestros usuarios y clientes con resultados confiables. Ello me motiva a desarrollar la presente investigación, con la finalidad de identificar aquellos factores que limitan, obstaculizan la implementación de un SGC en el servicio de Patología Clínica del hospital donde laboro, contribuyendo con ello en la práctica

y desarrollo, camino a la excelencia del laboratorio. En el presente trabajo se brinda las teorías relacionados a la calidad y los factores que dificultan conseguirlo en el laboratorio y sus enfoques, lo que puede servir de referencia e incrementar la escasa información existente en el tema. Asimismo, en la práctica aporta una metodología a seguir para identificar y tener en cuenta dichos factores obstructivos.

En cuanto a los objetivos, como objetivo general identificar los factores limitantes que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé y, como objetivos específicos: (a) identificar los factores limitantes a nivel personal que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé, (b) identificar los factores limitantes a nivel de la organización y gestión que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé, (c) identificar los factores limitantes a nivel de sistema de salud nacional que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé. Como hipótesis general se planteó: existen factores limitantes que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé y como hipótesis específicas (a) existen factores limitantes, a nivel personal, que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé, (b) existen factores limitantes, a nivel de la organización y gestión, que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé., (c) existen factores limitantes, a nivel de sistema de salud nacional, que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

II. Método

2.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

Por la naturaleza de la investigación se considera como básica, porque conlleva a generar conocimiento acerca del tema de investigación (Muntané, 2010)

Nivel de investigación

Descriptivo. Describe una realidad, la existencia de factores que limitan la implementación de un SGC en laboratorio clínico, cuáles son y su influencia en dicho servicio (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

Diseño de la investigación

No experimental, de corte transversal. Según Hernández Sampieri, no experimental porque no hubo manipulación de la variable, sino que se analiza tal cual. Transversal porque los datos se obtienen por única vez, en un momento determinado. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)



Figura 1. Diseño de investigación

Donde:

M = muestra analizada.

O = Observación de la variable factores limitantes.

Enfoque de la investigación

Cuantitativo, porque se identifica y se mide la variable, que asume valores numéricos y fue necesario un análisis estadístico para la obtención de los resultados (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

2.2. Operacionalización de la variable

Tabla 1

Factores limitantes en la implementación de un SGC

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Nivel/rango
Personal	Capacitación	1-3	Sí	
	Motivación	4-5	o	Limita
	Efectividad	6-7	No	No limita
Organización y gestión	Liderazgo	8-10	Sí	
	Documentos e infraestructura	11 - 12	o	Limita
	Equipamiento	13 - 15	No	No limita
Sistema de salud	Normatividad	16-17	Sí	Limita
	Rec. Económicos	18	o	No limita
	Rec. Logísticos	19-20	No	

2.3. Población, muestra y muestreo

Población:

La población estuvo constituida por todo el personal, asistencial y administrativo, que labora en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé, en un total de 65. La población se definió como el conjunto de personas que presentan características en común, como el hecho de ser personal que laboran en el mismo servicio, que es el fin del estudio (Bernal, 2010)

Muestra:

Se trabajó con el total del personal, que voluntariamente accedió a colaborar respondiendo el cuestionario, correspondiendo a un número de 60.

Muestreo:

No se realizó muestreo, ya que participaron todos los elementos de la población.

Criterios de inclusión:

Todo el personal que labora en el servicio, es decir, médicos, Tecnólogos médicos, técnicos especializados, técnicos de laboratorio, digitadores, y secretarias que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo de investigación.

Criterios de exclusión:

Personal que estuvo de vacaciones.

Personal que no deseó participar.

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

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario con una escala dicotómica, compuesta por 20 enunciados, comprendidos dentro de tres dimensiones, además se formuló una pregunta de anclaje, al final.

El instrumento es de elaboración propia que fue sometido a juicio de expertos, quienes emitieron opinión favorable de suficiencia para ser aplicado.

Tabla 2. Validez del instrumento por Juicio de expertos

N°	Grado académico	Nombres y apellidos del experto	Veredicto
1	Doctor	Joaquín Vértiz Osos	Hay suficiencia
2	Magister	María J. López Vega	Hay suficiencia
3	Doctor	Alejandro Ramírez Ríos	Hay suficiencia

La confiabilidad se realizó mediante un piloto de 12 entrevistas al personal que labora en el servicio de laboratorio clínico de características similares al nuestro, perteneciente a un hospital público y se realizó mediante el método Kuder Richardson fórmula 20 KR – 20, obteniéndose un valor de 0.757 (Anexo 3), considerado como alta confiabilidad. (Ruiz, 2002)

2.5. Procedimiento

Se siguió el siguiente procedimiento: primero se solicitó y coordinó con la jefatura del Servicio de Patología Clínica, quien dio opinión favorable. Luego se solicitó el permiso respectivo a la dirección del hospital. A continuación, se procedió a informar y orientar al personal que labora en el servicio acerca de los objetivos de la investigación, así como se les solicitó su colaboración. Enseguida se procedió a aplicar la encuesta mediante el cuestionario elaborado para dicho fin. Los datos obtenidos fueron consolidados en un registro de base de datos en hojas de MS Excel para después pasarlo al SPSS V25, procesarlo y elaborar tablas y gráficos descriptivos. Al final se hizo los contrastes de hipótesis y se obtuvo las conclusiones.

2.6. Métodos de análisis de datos

Obtenidos los datos, éstos fueron procesados estadísticamente. Se usó la estadística descriptiva para obtener los resultados, elaboración de tablas y gráficos. El contraste de hipótesis se hizo mediante la prueba de Regresión Logística Binaria.

2.7. Aspectos éticos

La encuesta fue anónima, por lo que se salvaguardó la identidad de los participantes, del mismo modo de aquellos que no participaron. Se conservó y respetó las respuestas vertidas, las mismas que se usaron para la obtención de los resultados.

III. Resultados

3.1. Resultados descriptivos.

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos de la variable Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad y de sus dimensiones.

Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad	Limitan		No Limitan	
	n	%	n	%
I: Capacitación	19	31.7	41	68.3
I: Motivación	0	0.0	60	100.0
I: Efectividad	17	28.3	43	71.7
D1: A nivel personal	3	5.0	57	95.0
I: Liderazgo	40	66.7	20	33.3
I: Documentos e Infraestructura	56	93.3	4	6.7
I: Equipamiento	39	65.0	21	35.0
D2: A nivel de la Organización y Gestión	26	43.3	34	56.7
I: Normatividad	27	45.0	33	55.0
I: Economía	40	66.7	20	33.3
I: Especialistas	51	85.0	9	15.0
D3: A nivel del Sistema de Salud Nacional	48	80.0	12	20.0
	13	21.7	47	78.3

Iniciando con la variable Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad, se observó que el mayor porcentaje se concentró en la categoría ‘No limitan’ con un 78.3%. Por otro lado, respecto a las dimensiones de la variable en mención, en la dimensión 1: Factores a nivel personal, también hubo predominancia del nivel ‘No limitan’ con un casi absoluto 95%, destacando el indicador ‘Motivación’ que tuvo un 100% del total en factores que ‘No limitan’. Para el caso de la Dimensión 2: Factores a nivel de la Organización y Gestión se vio un mayor equilibrio entre las frecuencias obtenidas, observando que en la categoría ‘No limitan’ hubo un 56.7% en comparación a los que dijeron que sí ‘Limitan’ que tuvo un 43.3%. En esta dimensión destaca el indicador ‘Documentos e Infraestructura’ que tuvo un 93.3% en la categoría de factores que ‘Limitan’. Para el caso de la dimensión 3: Factores a nivel del Sistema de Salud Nacional, hubo un casi absoluto 80%

en la categoría de factores que ‘Limitan’, destacando el indicador ‘Especialistas’ con un 85% en el nivel de ‘Limitan’

3.2. Resultados inferenciales.

Como se indicó previamente, las hipótesis de contraste fueron las siguientes:

Hipótesis general:

H₁: Existen factores limitantes que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

H₀: No existen factores limitantes influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

Hipótesis específicas:

Hipótesis específica 1:

H₁: Existen factores limitantes a nivel del personal que influye en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

H₀: No existen factores limitantes a nivel del personal que influye en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

Hipótesis específica 2:

H₁: Existen factores limitantes a nivel de la organización y gestión que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

H₀: No existen factores limitantes a nivel de la organización y gestión que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

Hipótesis específica 3:

H₁: Existen factores limitantes a nivel de sistema de salud nacional que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

H₀: No existen factores limitantes a nivel de sistema de salud nacional que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

Prueba de contraste:

Prueba de Regresión Logística Binaria (RLB) a un nivel de significancia de 0.05 y un grado de confianza del 95%.

Regla de decisión:

Si el valor de la significancia obtenida es menor que el propuesto (0.05) se rechaza la hipótesis nula y se afirma que el contraste es significativo a ese grado de confianza.

Tabla 4.

Estimadores obtenidos de la prueba de Regresión Logística Binaria (RLB) para las hipótesis propuestas.

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a (Específico 1)	I: Capacitación	19.177	5330.966	0.000	1	0.997	213143990.785
	I: Efectividad	19.333	5260.433	0.000	1	0.997	249049386.354
	Constante	-38.223	7489.416	0.000	1	0.996	0.000
<i>a. Variables especificadas en el paso 1: I: Capacitación, I: Efectividad.</i>							
Paso 1 ^a (Específico 2)	I: Liderazgo	3,759	,898	17,503	1	.000	42,900
	I: Documentos e Infraestructura	23,019	17150,228	,000	1	,999	9932552528,830
	I: Equipamiento	3,497	1,425	6,022	1	.014	33,000
	Constante	-33,078	17150,228	,000	1	,998	,000
<i>a. Variables especificadas en el paso 1: I: Liderazgo, I: Documentos e Infraestructura, I: Equipamiento.</i>							
Paso 1 ^a (Específico 3)	I: Normatividad	36.230	7764.747	0.000	1	0.996	5426802407455960.000
	I: Economía	21.104	5549.276	0.000	1	0.997	1462736256.740
	I: Especialistas	38.436	7672.551	0.000	1	0.996	49277097710324400.000
	Constante	-152.187	25664.825	0.000	1	0.995	0.000
<i>a. Variables especificadas en el paso 1: I: Normatividad, I: Economía, I: Especialistas.</i>							
Paso 1 ^a (General)	D1: A nivel personal	3.045	1.746	3.041	1	0.081	21.000
	D2: Nivel de la Organización y Gestión	2.877	1.102	6.812	1	0.009	17.769
	D3: A nivel del Sistema de Salud Nacional	21.245	9393.844	0.000	1	0.998	1684723059.108
	Constante	-30.044	9393.845	0.000	1	0.997	0.000
<i>a. Variables especificadas en el paso 1: D1: A nivel personal, D2: Nivel de la Organización y Gestión, D3: A nivel del Sistema de Salud Nacional.</i>							

Para el primer contraste (Hipótesis específica 1) se observó que ninguno de los indicadores propuestos (Capacitación, Motivación y Efectividad) tuvieron niveles de significancia menores que los propuestos, observando también que, para el caso del indicador Motivación, no hubo ningún resultado inferencial. Esto se explica en que para este indicador el 100% de los evaluados se ubicó como un factor no limitante (Ver Tabla anterior). Por esa razón se optó por aceptar la hipótesis nula, teniendo que afirmar que Ninguno de los indicadores considerados para los factores limitantes a nivel del personal influye en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

Para el segundo contraste (hipótesis específica 2), se vio que solamente dos indicadores cumplieron con la regla de decisión, teniendo que los Indicadores ‘Liderazgo’ y ‘Equipamiento’ tuvieron una significancia menor que el valor propuesto ($p=0.000$; $0.014 < 0.05$), por lo que para este caso se tendría que rechazar la hipótesis nula y tener que afirmar que al menos uno de los indicadores considerados para los factores limitantes a nivel de la organización y gestión influye en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

Para el tercer contraste (Hipótesis específica 3) se observó que ninguno de los indicadores propuestos (Normatividad, Economía y Especialistas) tuvieron niveles de significancia menores que los propuestos. Por esa razón se optó por aceptar la hipótesis nula, teniendo que afirmar que Ninguno de los indicadores considerados para los factores limitantes a nivel de sistema de salud nacional influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

Finalmente, para el caso de la hipótesis general, se observó que, de las tres dimensiones propuestas, solamente la D2: Nivel de la Organización y Gestión, tuvo un valor menor que el nivel propuesto ($p=0.009 < 0.05$), por lo que se tomó la decisión de Al menos una de las dimensiones consideradas para los factores limitantes influye en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

IV. Discusión.

Este estudio fue diseñado para identificar los factores limitantes que influyen en la implementación del SGC del laboratorio del HONADOMANI San Bartolomé, debido que, al realizar la información bibliográfica existente, se ve que existe algunos vacíos y una limitada información. Por otro lado, toma una connotación relevante en el área laboral, ya que desde el 2015 se viene tocando el tema de la calidad, pero hasta el momento no se ha decidido tomar acciones que culminen en la implementación de un SGC. A nivel de nuestro Sistema de Salud, se ha dado ciertas normativas, como en el 2001 y el 2006 mediante documentos técnicos creando un SGC en salud o como la NTS 072, en el 2008, que es específica para los laboratorios médicos, a nivel nacional, normas que diseñan la política a seguir con la finalidad de mejorar la calidad de atención, así como lograr una organización y funcionamiento adecuado cuyo objetivo final es la emisión de resultados confiables, en beneficio de los pacientes. Pero, en la práctica no se cumple, pues el hecho de que hasta el momento exista una mínima cantidad de laboratorios acreditados y certificados es una prueba de ello, siendo el INACAL, en nuestro país, el ente encargado de acreditar los laboratorios clínicos.

Como resultado de este estudio se obtuvo que el indicador Equipamiento, de la dimensión Organización y Gestión, es el único que influye en la implementación de un SGC en el Servicio de Patología Clínica de dicho hospital. Esto fue determinado después de aplicar la prueba de Regresión Logística Binaria. Aquí cabe mencionar que, en los diversos trabajos de investigación revisados previamente, no hay estudios de este tipo, es decir, de influencia de ciertos factores limitantes, pues todos concluyen en la identificación y frecuencia de los mismos. En este sentido Sisay, Gurmessa y Liknew (2019) obtuvieron entre los principales factores, los problemas relacionados al mantenimiento del equipo de laboratorio, la competencia profesional y la rotación del personal capacitado. En el mismo sentido, tenemos a Wahab, A. (2016) en su estudio relacionado a la norma ISO 9001:2008 como modelo de un SGC para identificar las barreras que afectan la implantación de un SGC en la organización, encontró que hay poca investigación sobre el tema y que las barreras más importantes son la insuficiente asignación de recursos, falta de administración y compromiso del personal y factores relacionados con los sistemas internos de la organización.

Los resultados procedentes del análisis descriptivo, nos demuestra la presencia de escasos factores que limitan la implementación de un SGC en el servicio de Patología Clínica. En contraste, la literatura nos presenta una serie de dificultades y barreras que se presentan previo y durante la implementación de un SGC. Los factores limitantes presentados por otros autores pueden ser en gran número, como bien lo describe Mosadeghrad (2013) quien agrupó las barreras que impiden la implementación de un SGC en cinco categorías, llegando a nombrar un total de 57 barreras. En la presente investigación se manifiesta una diferencia respecto a los que me antecedieron, ello puede denotar que el personal del servicio de Patología Clínica se encuentra en condiciones adecuadas para proceder y llevar a cabo la implementación de un SGC o, tal vez, que las personas encuestadas manifestaron un escenario ideal en lugar de lo real y se quedan en el escenario del decir pero ello cambia cuando se procede a hacer, pues bien lo reportan diversos autores que uno de los factores más frecuente es la resistencia a la cultura del cambio.

Hay muchas falencias y debilidades en los laboratorios clínicos de nuestro país, debido a que, mayormente, no cuentan con un SGC. Ojeda (2018), en su investigación aplicado a los laboratorios de una universidad de Tacna, mediante la utilización de una lista de cotejo obtuvo como resultados un 55.6% de inadecuada gestión, así como un déficit de competencias del personal y de infraestructura, recomienda implementar un SGC. Antúnez de Mayolo (2015), acerca de su trabajo de consultoría nacional realiza un informe sobre la infraestructura de calidad y revela que un 90% de los laboratorios clínicos, a nivel nacional, no tienen implementado un sistema de gestión de la calidad, el 84% de su personal no conoce la norma ISO 15189 y ningún laboratorio está acreditado.

Por último, en la actualidad, los modelos de SGC de los laboratorios se basan en la norma ISO 15189. Uno de los trabajos en este sentido fue realizado por Plebani y Sciacovelli (2017) acerca de la importancia de una adecuada gestión de calidad para beneficio del paciente, realizaron una revisión bibliográfica un análisis sobre la norma ISO 15189 y la importancia de que los laboratorios médicos deben acreditar bajo esta norma, ya que es la ideal. Afirman que es importante para la mejora de las competencias del personal y la confianza que el usuario obtiene porque los errores serán detectados a tiempo y no afectarán los resultados.

V. Conclusiones.

- Primera:** Solamente la dimensión 2: A nivel de la Organización y Gestión tuvo un resultado significativamente ($p=0.009<0.05$) aportante para los factores limitantes que influye en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.
- Segunda:** Ninguno de los indicadores (Capacitación, Motivación y Efectividad) considerados para los factores limitantes a nivel del personal influye en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.
- Tercera:** Solamente los indicadores 1 y 3: Liderazgo y Equipamiento respectivamente, tuvieron un resultado significativamente ($p=0.000$; $p=0.014<0.05$) aportante para los factores limitantes a nivel de la Organización y Gestión influyendo en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.
- Cuarta:** Ninguno de los indicadores (Normatividad, Economía y Especialistas) considerados para los factores limitantes a nivel de sistema de salud nacional influye en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.

VI. Recomendaciones.

Primera: Se recomienda hacer nuevos estudios, en busca de otros factores limitantes que influyan y estén obstaculizando la implementación de un SGC en nuestro laboratorio, de modo que se tengan bien identificados y aplicar estrategias para superarlos.

Segundo: Implementar un SGC cuanto antes, si es que se pretende alcanzar la excelencia de nuestro laboratorio.

Tercero: El Ministerio de Salud debería ser más exigente con los laboratorios clínicos y realizar supervisiones periódicas para ver el cumplimiento de la NTS 072, así como supervisar a los laboratorios privados, pues muchos de ellos lindan con la informalidad y no cuentan con normas ni procesos de calidad lo que puede contribuir y afectar la salud de los pacientes.

Cuarto: Les corresponde a los altos directivos del hospital tomar la decisión y ejecutar la implementación de un SGC. Deben realizar actividades con el fin de concientizar, motivar e involucrar a todo el personal que labora en el Servicio de Patología Clínica.

Quinto: Se recomienda la contratación de un asesor o equipo especialista en la materia para llevar a cabo la implementación de un SGC en el laboratorio

VII. Referencias.

- Antúnez de Mayolo, E. (2015). *Consultoría nacional sobre diagnóstico del estado de la infraestructura de la calidad en el sector salud – laboratorios clínicos públicos – privados*. Comunidad Andina.
<https://www.inacal.gob.pe/>
- Baroud, N (2019) The International Organization for standardization (ISO) and Laboratory Accreditation Program (LAP): A review. *Medlab*
<https://www.medlabme.com/>
- Bernal, C. (2010) *Metodología de la investigación*. (3ª Ed.) Colombia: Pearson Educación
- Beyanga, M. et al (2018). Implementation of the laboratory quality management system (ISO 15189): Experience from Bugando Medical Centre Clinical Laboratory - Mwanza, Tanzania. *African Journal of Laboratory Medicine*, 1-6.
- Brinkley, G et al. (2018). Outpatient Laboratory wait time reduction. *American Journal of Clinical Pathology*. Vol 149 N° 1 p. S13-S33. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/ajcp/aqx116.061>
- Excelencia, E. (2018). Nuevas Normas ISO. Obtenido de *Nuevas Normas ISO*:
<https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2018/10/implementar-un-sistema-de-gestion-de-calidad/>
- Figueroa-Montes, L. (2017). Normatividad relacionada al control de calidad analítica en los laboratorios clínicos del Perú. *Acta Médica Peruana*.
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia.*, 170-183.
- Garzón, A. (2015) Quality management systems in the clinical laboratories in Latin America. *The Journal of the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*. Vol 26 N° 4 pp216-220.
- Hammerling, J. (2012). A Review of Medical Errors in Laboratory Diagnostics and Where We Are Today. *Laboratory Medicine*, 41-44.

- Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª Ed.) México D.F.: McGRAW - HILL/INTERAMERICANA EDITORES S. A. DE CV.
- HONADOMANI SB - Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. R. D. N° 0381. Lima, agosto 2015.
- INACAL. (2017). *Solo el 10% de laboratorios clínicos del Perú ofrece resultados confiables*. Recuperado de:
<https://www.inacal.gob.pe/principal/noticia/laboratoriosacreditados>
- ISO. (2019). *ISO*. Recuperado de: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:es>
- Izquierdo-Álvarez, S. (2015) Acreditación: el camino hacia la excelencia en el laboratorio clínico. *Revista de Calidad Asistencial*. 30(6), e1-e3
- Lavado, E. (2019) “Estrategias de gestión para la adecuación de la Norma NTP 15189:2014 para laboratorios clínicos particulares en la ciudad de Lima caso: Policlínico María Graña”. (Tesis de maestría). Universidad Nacional del Callao. Extraído de:
file:///C:/Users/Jes%C3%BAs/Downloads/LAVADO%20P%C3%89REZ_POSGRADO_2019.
- Lefcovich, M. (2014). Factores contrarios a la mejora continua. Gestipolis. Extraído de: <https://www.gestipolis.com/factores-contrarios-a-la-mejora-continua/>
- López, R. (2001). *Modelos de Gestión de Calidad*. España. Extraído de:
<http://www.jesuitasleon.es/calidad/Modelos%20de%20gestion%20de%20calidad.pdf>
- Lopez, S. (2019). *Propuesta de diseño de Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma NTE INEN ISO 15189:2012 en el laboratorio clínico del Hospital General Enrique Garcés*. (tesis de maestría) Universidad Central del Ecuador. Quito.
- Lozano, L. (1998). ¿Qué es calidad total?. *Revista Médica Herediana*, 9(1), 28-34
- Maderuelo, J. (2002). Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de Excelencia. *MEDIFAN*, 631-640.

- Martínez-Ramírez, A. (2009). Factores inhibidores de la calidad en los servicios de salud. Análisis desde la perspectiva de los hospitales privados y públicos. *CONAMED*, 5-14.
- Milan, G. Trevisan, D. Eberle, L. Lazzari, F. y De Toni, D. (2016). Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad a través Programa de Acreditación de Laboratorios Clínicos del DICQ-SBAC. *ESPACIOS*, 12.
- Minsa (2009). *Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica*. Lima: Editorial Súper Gráfica E. I. R. L.
- Minsa, (2007). *Sistema de Gestión de la Calidad en Salud*. Lima: Segraf- Editora Perú.
- Mosadeghrad, A. (2014). Why TQM programmes fail? A pathology approach. *The TQM Journal*. 26(2) 160- 187.
- Muntané, J. (2010) Introducción a la investigación Básica. RAPD ONLINE Vol 33 N| 3 221-227 <https://www.sapd.es › revista › pdf>
- Nnakenyi, I. Ugonabo, M. y Meka, I. (2015). The challenges of implementing Quality Control in a manual African laboratory. *Revista de Ciencias Biomédicas y Salud Pública*, 7-8.
- OMS. (2011). *Laboratory Quality Management System (LQMS): Handbook*. Lyon: OMS.
- Ojeda, R. (2018). *Gestión de Calidad en los laboratorios de química de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna - 2018*. (tesis de maestría). Universidad César Vallejo. 2018
- Pacheco, A. Zamory, E. y Collino, C. (2016). Hacia un sistema de gestión de calidad en un laboratorio clínico de un hospital público materno neonatal. *Diagnóstico in vitro*, 21-30.
- Peruano, E. (11 de julio de 2014). Normas legales del 11.07.2014. *Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad*, págs. 10-18.
- Plebani, M. y Sciacovelli, L. (2017). Journal: ISO 15189 accreditation: Navigation between quality management and patient safety. *Journal of Medical Biochemistry*, 225-230.

- Quintana, R. (2015) The accreditation experience of clinical laboratories and blood banks in Mexico. *The Journal off the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicina*. Vol. 26 N°4 pp 259-263.
- RAE (2019). Real Academia Española. *Obtenido de Real Academia Española* 12 de diciembre de 2019: <<https://dle.rae.es>>
- Robledo-Galván, H. Meljem-Moctezuma, J. Fajardo-Dolci, G. y Olivera-López, D. (2012). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *CONAMED*, 172-175.
- Rojas, R. (2010). Evaluación de la calidad de la gestión de un laboratorio clínico hospitalario en Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública Vol. 19, N° 1*, 12 - 17.
- Rojo, M. (2010). Recomendaciones para la implementación de la normativa de calidad ISO 15189 en el laboratorio de microbiología clínica; bacteriología y serología. Madrid, España
- Ruiz, C. (2002) *Confiabilidad*. Extraído de:
<http://200.11.208.195/blogRedDocente/alexisduran/wpcontent/uploads/2015/11/CONFIABILIDAD.pdf>
- Sharif, I. (2005). *The Barriers Affecting the Implementation of Quality Management System Iso 9000 in Lybian Manufaturing Public Sector Organisations*. (Tesis doctorado) University of Salford, Reino Unido
- Sisay, A Gurmessa, A Liknew, W (2019) Factors affecting Implementation of Laboratory Quality Management System in Addis Ababa Public Health Laboratories, Addis Ababa, Ethiopia.
- Solís-Rouzant, P. (2015). Experience of implementing ISO 15189 accreditation at a university laboratory. *The Journal off the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicina*. Vol. 26 N°4 pp 270-273.
- UOC. (13 de Febrero de 2015). *Blog Calidad ISO*. Obtenido de Blog Calidad ISO: <http://blogdecalidadiso.es/obstaculos-en-la-implantacion-de-la-calidad-iso/>
- Uygun, A. Sümerli, S. (2013) EFQM Excellence Model. *International Review of Management and Business Research* 2(4) 981-993

- Vera, C. Cañarte, J. Fuentes, E. y Barcia, E.(2018). Calidad en la atención de los usuarios en el laboratorio clínico del Policlínico Universitario de Manta. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*.
- Wahab, A. (2016) *Barriers Affecting of the Implementation of ISO 9001 Organization*. (Tesis de Maestría). Sudan University of Science y Technology. Sudan
- Westgard, J. (2014). Basic Quality Management System. QC Westgard, Inc.
- Zeh, C. et al. (2010). Field Experience in Implementing ISO 15189 in Kisumu, Kenya. *American Journal of Clinical Pathology*, 410-418.

Anexos.

Anexo 1. Matriz de consistencia.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES E INDICADORES				
¿Cuáles son las dimensiones de los factores limitantes que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé?	Identificar las dimensiones de los factores limitantes que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.	Al menos una de las dimensiones consideradas para los factores limitantes influye en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé	VARIABLE: Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad				
			DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALAS DE MEDICIÓN	NIVELES O RANGOS
			A nivel personal	-Capacitación -Motivación -Efectividad	1 - 3 4 – 5 6 – 7	Sí = 1 No = 0	Limita No limita
			Nivel de organización y gestión	-Liderazgo -Documentos e Infraestructura -Equipamiento	8 - 10 11 - 12 13 – 15	Sí = 1 No= 0	Limita No limita
			Nivel de Sistema de Salud Nacional	-Normatividad -Economía -Especialistas	16 – 17 18 19 – 20	Sí = 1 No= 0	Limita No limita
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS					
1) ¿Cuáles son los indicadores de los factores limitantes a nivel personal que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé? 2) ¿Cuáles son los indicadores de los factores limitantes a nivel de la organización y gestión que influyen en la implementación de un	1) Identificar los indicadores de los factores limitantes a nivel personal que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé. 2) Identificar los indicadores de los factores limitantes a nivel de la organización y gestión que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de	1) Al menos uno de los indicadores considerados para los factores limitantes a nivel personal influye en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé 2) Al menos uno de los indicadores considerados para los factores limitantes a					

<p>Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé?</p> <p>3) ¿Cuáles son los indicadores de los factores limitantes a nivel de sistema de salud nacional que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé?</p>	<p>Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.</p> <p>3) Identificar los indicadores de los factores limitantes a nivel de sistema de salud nacional que influyen en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.</p>	<p>nivel de la organización y gestión influye en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.</p> <p>3) Al menos uno de los indicadores considerados para los factores limitantes a nivel de sistema de salud nacional influye en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé.</p>
--	---	--

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICAS A UTILIZAR
<p>Método: Hipotético deductivo., descriptivo y prospectivo.</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Básica.</p> <p>Nivel: Explicativo</p> <p>Diseño: No experimental, de corte transversal.</p>	<p>Población: Todo el personal que labora en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé. El tamaño fue 60. Fue una población censal.</p> <p>Tipo de muestreo. No se realizó</p> <p>:</p>	<p>Variable 1: Factores limitantes en la implementación de un SGC.</p> <p>Técnicas: Evaluación</p> <p>Instrumentos:</p>	<p>DESCRIPTIVA: Tablas y figuras descriptivas.</p> <p>INFERENCIAL: Regresión Logística Binaria (0.05)</p>

Anexo 2. Instrumento de toma de datos.

TESIS: “Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé, Lima 2019

Área:

CUESTIONARIO

N°	Dimensiones/ítems	Sí	No
1. NIVEL PERSONAL			
1	Está capacitado para participar en un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) en el laboratorio clínico		
2	Conoce lo qué es un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)		
3	Siempre aplica procedimientos y procesos que aseguran la calidad de sus resultados		
4	Está de acuerdo con la implementación de un SGC en el laboratorio		
5	Considera que el Laboratorio debe apuntar hacia la excelencia		
6	Considera que los resultados emitidos por el laboratorio son totalmente confiables		
7	Trabaja en equipo		
2. NIVEL DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN			
8	La dirección del hospital está comprometida con la calidad		
9	La jefatura del Laboratorio está comprometida con la calidad		
10	Existe un líder en el Laboratorio		
11	Existen documentos y registros estandarizados		
12	La infraestructura del laboratorio es adecuada y segura		
13	El factor económico impide la implementación de un SGC en el laboratorio		
14	Existe el equipamiento y reactivos que aseguran la calidad de los resultados		
15	Existen proveedores que brinden servicios para implementar un SGC en el laboratorio		
3. SISTEMA DE SALUD			
16	Existe normativas sobre SGC a nivel nacional		
17	Existe obligatoriedad de implementación de un SGC en los laboratorios del país		
18	Existen los recursos económicos para la implementación de un SGC		
19	Conoce especialistas en SGC de MINSA		
20	Existe programas de implementación de SGC impulsados por el MINSA		
	El hospital San Bartolomé está preparado para iniciar la implementación de un SGC en el laboratorio.		

Anexo 3. Consentimiento informado

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CALIDAD DE LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES Y GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD.

TEMA: “Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad en el Servicio de Patología Clínica del HONADOMANI San Bartolomé, Lima 2019”

INVESTIGADOR: Lic. Jesús Narciso Vilchez Oliva

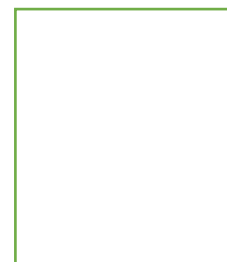
Me dirijo a Ud., a fin de solicitar su permiso para participar en el presente estudio. Todos los datos serán confidenciales y anónimos, las mismas que serán utilizados exclusivamente en el presente trabajo de investigación. Por lo expuesto solicito su autorización y recordarle la importancia del consentimiento informado por ser un acto voluntario.

AUTORIZO:

SI ()

NO ()

FIRMA



Huella digital

Anexo 4. Confiabilidad KR 20

N°	ITEM																					
	NP1	NP2	NP3	NP4	NP5	NP6	NP7	OG8	OG9	OG10	OG11	OG12	OG13	OG14	OG15	SS16	SS17	SS18	SS19	SS20		
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1		17
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1		18
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1		14
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1		17
5	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0		10
6	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0		12
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0		11
8	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0		12
9	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1		14
10	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0		10
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1		16
12	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0		12
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		20
p	0.92	1	0.85	1	1	0.69	0.9	0.77	0.92	0.615	0.615	0.154	0.615	0.846	0.692	0.77	0.54	0.46	0.15	0.54	Vt	10.57692308
q=1-p	0.08	0	0.15	0	0	0.31	0.1	0.23	0.08	0.385	0.385	0.846	0.385	0.154	0.308	0.23	0.46	0.54	0.85	0.46		
pq	0.07	0	0.13	0	0	0.21	0.1	0.18	0.07	0.237	0.237	0.13	0.237	0.13	0.213	0.18	0.25	0.25	0.13	0.25	2.97	

KR20 0.757

Anexo 5. Certificados de validez de contenido del instrumento



ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Factores limitantes para la implementación de un SGC en el laboratorio.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinenci ^{a1}		Relevanci ^{a2}		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1 A nivel Personal								
1	Está capacitado para participar en un SGC en el laboratorio clínico	X		X		X		
2	Conoce qué es un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)	X		X		X		
3	Siempre aplica procedimientos y procesos que aseguran la calidad de sus resultados	X		X		X		
4	Está de acuerdo con la implementación de un SGC en el laboratorio	X		X		X		
5	Considera que el laboratorio debe apuntar hacia la excelencia	X		X		X		
6	Considera que los resultados emitidos por el laboratorio son totalmente confiables	X		X		X		
7	Trabaja en equipo	X		X		X		
DIMENSIÓN 2 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN								
8	La dirección del hospital está comprometida con la calidad	X		X		X		
9	La jefatura del laboratorio está comprometida con la calidad	X		X		X		
10	Existe un líder en el laboratorio	X		X		X		
11	Existen documentos y registros estandarizados	X		X		X		
12	La infraestructura del laboratorio es adecuada y segura	X		X		X		
13	El factor económico impide la implementación de un SGC en el laboratorio	X		X		X		
14	Existe el equipamiento y reactivos que aseguran la calidad de los resultados	X		X		X		
15	Existen proveedores que brindan servicios de SGC en el laboratorio	X		X		X		
DIMENSIÓN 3 SISTEMA DE SALUD								
16	Existe normativas sobre SGS a nivel nacional	X		X		X		

17	Existe obligatoriedad de implementación de un SGC en los laboratorios del país	X		X		X	
18	Existe los recursos económicos para la implementación de un SGC	X		X		X	
19	Conoce especialistas en SGC de MINSA	X		X		X	
20	Existe programas de implementación de SGC impulsados por el MINSA	X		X		X	
	ITEM DE ANCLAJE					\	
	El HONADOMANI San Bartolomé está preparado para iniciar la implementación de un SGC en el laboratorio	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador Dr/ Mg: Nestor Doron, Joaquin DNI: 16735482
 Especialidad del validador: Metodologo

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....de.....del 20.....

 Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Factores limitantes para la implementación de un SGC en el laboratorio.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinenci a ¹		Relevanci a ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 A nivel Personal							
1	Está capacitado para participar en un SGC en el laboratorio clínico	✓		✓		✓		
2	Conoce qué es un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)	✓		✓		✓		
3	Siempre aplica procedimientos y procesos que aseguran la calidad de sus resultados	✓		✓		✓		
4	Está de acuerdo con la implementación de un SGC en el laboratorio	✓		✓		✓		
5	Considera que el laboratorio debe apuntar hacia la excelencia	✓		✓		✓		
6	Considera que los resultados emitidos por el laboratorio son totalmente confiables	✓		✓		✓		
7	Trabaja en equipo	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	Si	No	Si	No	Si	No	
8	La dirección del hospital está comprometida con la calidad	✓		✓		✓		
9	La jefatura del laboratorio está comprometida con la calidad	✓		✓		✓		
10	Existe un líder en el laboratorio	✓		✓		✓		
11	Existen documentos y registros estandarizados	✓		✓		✓		
12	La infraestructura del laboratorio es adecuada y segura	✓		✓		✓		
13	El factor económico impide la implementación de un SGC en el laboratorio	✓		✓		✓		
14	Existe el equipamiento y reactivos que aseguran la calidad de los resultados	✓		✓		✓		
15	Existen proveedores que brindan servicios de SGC en el laboratorio	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3 SISTEMA DE SALUD	Si	No	Si	No	Si	No	
16	Existe normativas sobre SGS a nivel nacional	✓		✓		✓		

17	Existe obligatoriedad de implementación de un SGC en los laboratorios del país	✓		✓		✓	
18	Existe los recursos económicos para la implementación de un SGC	✓		✓		✓	
19	Conoce especialistas en SGC de MINSA	✓		✓		✓	
20	Existe programas de implementación de SGC impulsados por el MINSA	✓		✓		✓	
	ITEM DE ANCLAJE						
	El HONADOMANI San Bartolomé está preparado para iniciar la implementación de un SGC en el laboratorio	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SUFICIENTE

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: LOPEZ VEGA MARIA JESUS DNI: 16022070

Especialidad del validador: MAGISTER EN CIENCIAS DE LA EDUCACION

21 de 12 del 2019

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Factores limitantes para la implementación de un SGC en el laboratorio.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinenci a ¹		Relevanci a ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 A nivel Personal							
1	Está capacitado para participar en un SGC en el laboratorio clínico	X		X		X		
2	Conoce qué es un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)	X		X		X		
3	Siempre aplica procedimientos y procesos que aseguran la calidad de sus resultados	X		X		X		
4	Está de acuerdo con la implementación de un SGC en el laboratorio	X		X		X		
5	Considera que el laboratorio debe apuntar hacia la excelencia	X		X		X		
6	Considera que los resultados emitidos por el laboratorio son totalmente confiables	X		X		X		
7	Trabaja en equipo	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN							
8	La dirección del hospital está comprometida con la calidad	X		X		X		
9	La jefatura del laboratorio está comprometida con la calidad	X		X		X		
10	Existe un líder en el laboratorio	X		X		X		
11	Existen documentos y registros estandarizados	X		X		X		
12	La infraestructura del laboratorio es adecuada y segura	X		X		X		
13	El factor económico impide la implementación de un SGC en el laboratorio	X		X		X		
14	Existe el equipamiento y reactivos que aseguran la calidad de los resultados	X		X		X		
15	Existen proveedores que brindan servicios de SGC en el laboratorio	X						
	DIMENSIÓN 3 SISTEMA DE SALUD							
16	Existe normativas sobre SGS a nivel nacional	X		X		X		

17	Existe obligatoriedad de implementación de un SGC en los laboratorios del país	X		X		X	
18	Existe los recursos económicos para la implementación de un SGC	X		X		X	
19	Conoce especialistas en SGC de MINSA	X		X		X	
20	Existe programas de implementación de SGC impulsados por el MINSA	X		X		X	
	ITEM DE ANCLAJE						
	El HONADOMANI San Bartolomé está preparado para iniciar la implementación de un SGC en el laboratorio	X		X		X	

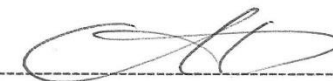
Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: RAMIREZ RIOS ALEJANDRO DNI: 07191553

Especialidad del validador: METODOLOGO

21 de 12 del 2019



Firma del Experto Informante.

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Anexo 6. Base de datos.

N°	NP1	NP2	NP3	NP4	NP5	NP6	NP7	OG8	OG9	OG10	OG11	OG12	OG13	OG14	OG15	SS16	SS17	SS18	SS19	SS20
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1
2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1
3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0
4	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0
5	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
6	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
9	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0
11	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1
13	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0
14	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
16	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
18	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1
21	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0
22	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1
23	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1

24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0
25	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0
26	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
27	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
28	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1
32	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1
33	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1
34	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1
35	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0
36	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
37	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
38	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
41	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0
42	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
43	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0
44	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
46	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
47	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1
49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1
50	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1

51	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
52	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0
53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0
54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1
55	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0
56	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
57	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1
58	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0
59	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1

Anexo 7. Print de los resultados.

Resultado2 [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Tablas personalizadas

		Recuento	% de N tablas
I. Capacitación	No limitan	19	31,7%
	Limitan	41	68,3%
I. Motivación	Limitan	0	0,0%
	No limitan	60	100,0%
I. Efectividad	Limitan	17	28,3%
	No limitan	43	71,7%
D1: A nivel personal	Limitan	3	5,0%
	No limitan	57	95,0%
I. Liderazgo	Limitan	40	66,7%
	No limitan	20	33,3%
I. Documentos e Infraestructura	Limitan	56	93,3%
	No limitan	4	6,7%
I. Equipamiento	Limitan	39	65,0%
	No limitan	21	35,0%
D2: Nivel de la Organización y Gestión	Limitan	26	43,3%
	No limitan	34	56,7%
I. Normalidad	No limitan	27	45,0%
	Limitan	33	55,0%
I. Economía	Limitan	40	66,7%
	No limitan	20	33,3%
I. Especialistas	Limitan	51	85,0%
	No limitan	9	15,0%
D3: A nivel del Sistema de Salud Nacional	Limitan	48	80,0%
	No limitan	12	20,0%
Factores limitantes en la	Limitan	13	21,7%

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON

Resultado2 [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Regresión logística

Resumen de procesamiento de casos

Casos sin ponderar ^a		N	Porcentaje
Casos seleccionados	Incluido en el análisis	60	100,0
	Casos perdidos	0	,0
	Total	60	100,0
Casos no seleccionados		0	,0
Total		60	100,0

^a Si la ponderación está en vigor, consulte la tabla de clasificación para el número total de casos.

Codificación de variable dependiente

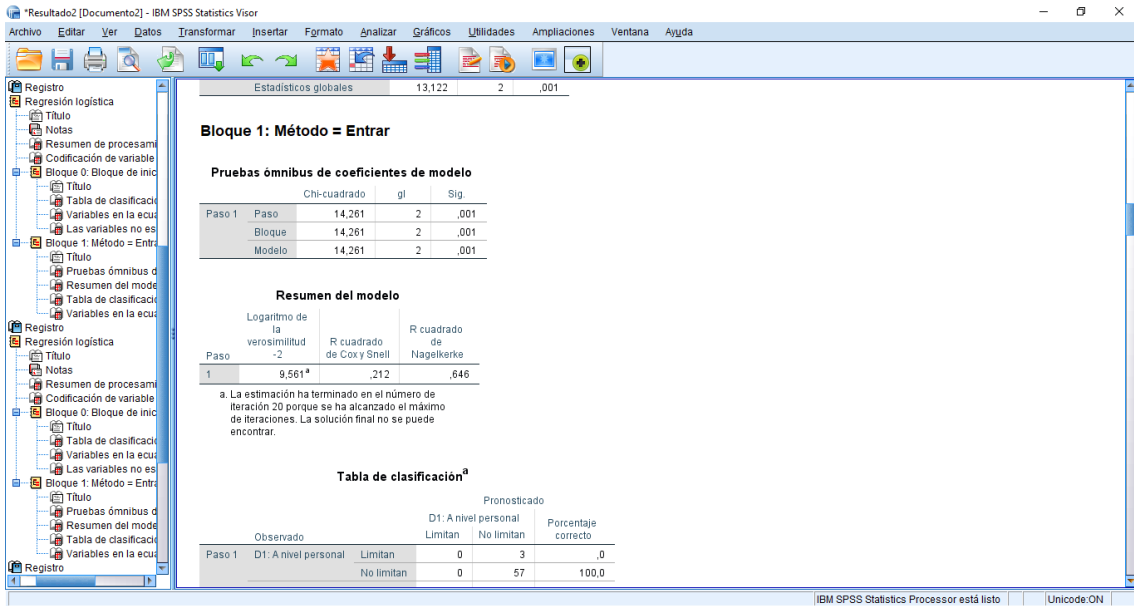
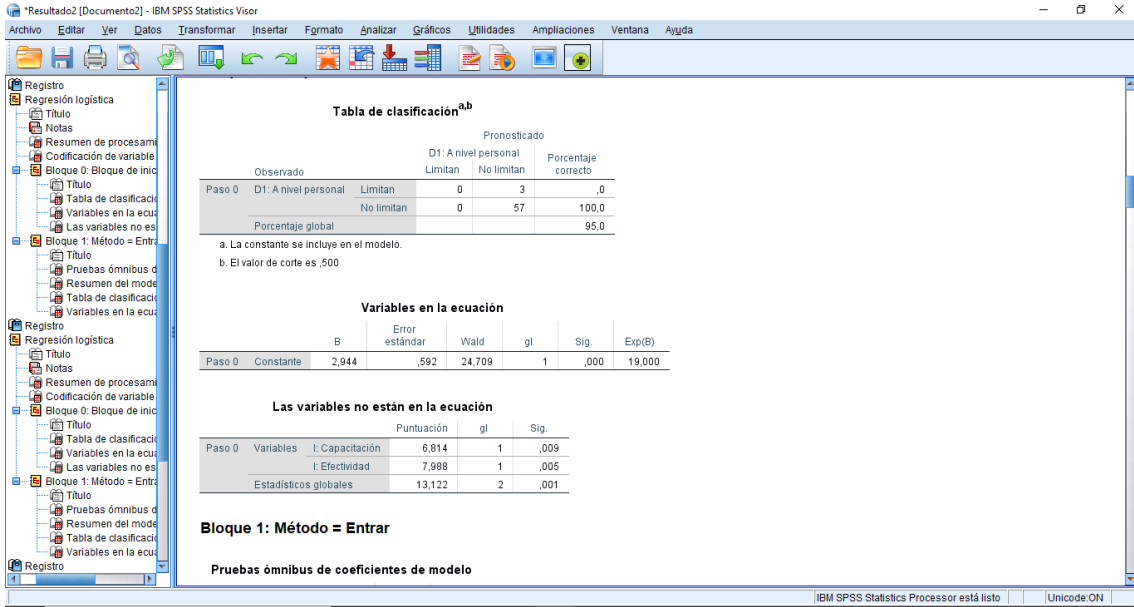
Valor original	Valor interno
Limitan	0
No limitan	1

Bloque 0: Bloque de inicio

Tabla de clasificación^{Ab}

Observado		Pronosticado		Porcentaje correcto
		D1: A nivel personal Limitan	No limitan	
Paso 0 D1: A nivel personal	Limitan	0	3	,0

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON



Resultado2 [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Tabla de clasificación^a

Observado	Limitan	Pronosticado		Porcentaje correcto
		Limitan	No limitan	
Paso 1 D2: Nivel de la Organización y Gestión	Limitan	33	6	84,6
	No limitan	2	19	90,5
Porcentaje global				86,7

a. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a I: Liderazgo	3,759	,898	17,503	1	,000	42,900
I: Documentos e Infraestructura	23,019	17150,228	,000	1	,999	9932552529
I: Equipamiento	3,497	1,425	6,022	1	,014	33,000
Constante	-33,078	17150,228	,000	1	,998	,000

a. Variables especificadas en el paso 1: I: Liderazgo, I: Documentos e Infraestructura, I: Equipamiento.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES D3_Sistemas
 /METHOD=ENTER Normatividad Economía Especialistas
 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).

Regresión logística

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

Resultado3 [Documento3] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Casos no seleccionados 0 ,0
 Total 60 100,0

a. Si la ponderación está en vigor, consulte la tabla de clasificación para el número total de casos.

Codificación de variable dependiente

Valor original	Valor interno
Limitan	0
No limitan	1

Bloque 0: Bloque de inicio

Tabla de clasificación^{ab}

Observado	Limitan	Pronosticado		Porcentaje correcto
		Limitan	No limitan	
Paso 0 Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad	Limitan	0	13	,0
	No limitan	0	47	100,0
Porcentaje global				78,3

a. La constante se incluye en el modelo.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

Resultado3 [Documento3] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Camada
Porcentaje global 78,3

a. La constante se incluye en el modelo.
b. El valor de corte es ,500

Variabes en la ecuación

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 0 Constante	1,285	,313	16,620	1	,000	3,615

Las variables no están en la ecuación

		Puntuación	gl	Sig.
Paso 0 Variables	D1: A nivel personal	,253	1	,615
	D2: Nivel de la Organización y Gestión	11,518	1	,001
	D3: A nivel del Sistema de Salud Nacional	4,149	1	,042
	Estadísticos globales	13,427	3	,004

Bloque 1: Método = Entrar

Pruebas ómnibus de coeficientes de modelo

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1 Paso	18,706	3	,000
Bloque	18,706	3	,000
Modelo	18,706	3	,000

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

Resultado3 [Documento3] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Resumen del modelo

Paso	Logaritmo de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	44,013 ^a	,268	,413

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 20 porque se ha alcanzado el máximo de iteraciones. La solución final no se puede encontrar.

Tabla de clasificación^a

Observado	Pronosticado	Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad		Porcentaje correcto
		Limitan	No limitan	
Paso 1 Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad	Limitan	1	12	7,7
	No limitan	1	46	97,9
	Porcentaje global			78,3

a. El valor de corte es ,500

Variabes en la ecuación

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	
Paso 1 ^a D1: A nivel personal	3,045	1,746	3,041	1	,081	21,000	
	D2: Nivel de la	3,877	4,403	6,813	4	,000	47,780

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

Iteración 20 porque se ha alcanzado el máximo de iteraciones. La solución final no se puede encontrar.

Tabla de clasificación^a

Observado	Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad	Pronosticado		Porcentaje correcto
		Limitan	No limitan	
Paso 1 Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad	Limitan	1	12	7,7
	No limitan	1	46	97,9
Porcentaje global				78,3

a. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a D1: A nivel personal	3,045	1,746	3,041	1	,081	21,000
D2: Nivel de la Organización y Gestión	2,877	1,102	6,812	1	,009	17,769
D3: A nivel del Sistema de Salud Nacional	21,245	9393,844	,000	1	,998	1684723059
Constante	-30,044	9393,845	,000	1	,997	,000

a. Variables especificadas en el paso 1: D1: A nivel personal, D2: Nivel de la Organización y Gestión, D3: A nivel del Sistema de Salud Nacional.

Anexo 8. Acta de aprobación de originalidad



ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Jacinto Joaquín Vértiz Osores, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte señalo que:

La tesis titulada "Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de Patología Clínica de un Hospital Público Nivel III-1, 2019" del estudiante Jesús Narciso Vilchez Oliva, constató que la investigación tiene un índice de similitud de 16% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

La suscrita analizó 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, 11 de enero del 2020



Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores
DNI:16735482

Anexo 9. Pantallazo del software Turnitin

Feedback Studio - Google Chrome
ev.turnitin.com/app/carta/es?o=1240786751&s=&u=1095931543&lang=es&student_user=1

feedback studio **Jesús Narciso Vilchez Oliva** factores limitantes en la implementación de un sistema de gestión de la calidad en el servicio de patología clínica de un hospital pub...

16 %

Se están viendo fuentes estándar
Ver fuentes en inglés (Beta)

Resumen de coincidencias

16

1 Entregado a Universidad... 3 %
Trabajo del estudiante

2 www.oalib.com 2 %
Fuente de Internet

3 www.camcomext.com... 2 %
Fuente de Internet

4 repositorio.ucv.edu.pe 1 %
Fuente de Internet

5 Entregado a Pontificia ... 1 %
Trabajo del estudiante

6 Entregado a Fundación... 1 %

AUTOR:
Dr. Jesús Narciso Vilchez Oliva
(ORCID: 0000-0002-6698-6787)

ASESOR:
Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores
(ORCID: 0000-0002-7606-476X)

LINEA DE INVESTIGACIÓN:
Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

Lima - Perú

Text-only Report High Resolution

Página: 1 de 26 Número de palabras: 8155

Escribe aquí para buscar

16:40 10/07/2020

Anexo 10. Autorización para la publicación electrónica



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)

Vilchez Oliva, Jesús Narciso

D.N.I. : 06770795

Domicilio : jr. los mirtos 160 Urb. Sta. Isabel, Carabayllo

Teléfono : Fijo : — Móvil : 996591615

E-mail : j.vilchezo@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : Maestro

Mención : Gestión de los servicios de la salud

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Vilchez Oliva, Jesús Narciso

Título de la tesis:

Factores limitantes en la implementación de un Sistema
de Gestión de la Calidad en el Servicio de Patología.
Clínica de un hospital público nivel III-1, 2019.

Año de publicación : 2020

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

A través del presente documento, autorizo a la Biblioteca UCV-Lima Norte, a
publicar en texto completo mi tesis.

Firma :

Fecha : 18.02.2020

Anexo 11. Autorización de verificación final



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:

Jesús Narciso Vilchez Oliva

INFORME TÍTULADO:

Factores limitantes en la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el servicio de Patología Clínica de un hospital público nivel III - 1, 2019.

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud.

SUSTENTADO EN FECHA: 18 de enero del 2020

NOTA O MENCIÓN: Aprobado por unanimidad



[Firma manuscrita]
FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN