



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Nivel de conocimiento y cumplimiento de estándares de acreditación por los
profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña, Lima, 2017

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de Servicios los Servicios de la Salud

AUTORA:

Bachiller Myrian del Pilar Montoya Acuña

ASESORA:

Dra. Flor de María Sánchez Aguirre

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales

LIMA - PERÚ

2017

Página del Jurado



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): **MONTOYA ACUÑA, MYRIAN DEL PILAR**

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

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN POR LOS PROFESIONALES DE SALUD EN EL POLICLÍNICO MUNICIPAL DE BREÑA, LIMA, 2017

Fecha: 6 de diciembre de 2017

Hora: 4:15 p. m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dra. Gliria Méndez Ilizarbe

Firma: 

SECRETARIO: Dra. Lidia Neyra Huamani

Firma: 

VOCAL: Dra. Flor de Maria Sanchez Aguirre

Firma: 

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobado por mayoría

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

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

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

Reajuste la Tesis según el estilo APA

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

Dedicatoria

A una mujer que es como mi madre,
hoy estaremos juntas en esta nueva
lucha, gracias por todos los cuidados
brindados en cada uno de mis pasos.

Myrian

Agradecimiento

Agradezco a cada una de las personas que me apoyaron en la realización de este trabajo de investigación, en especial a mi profesora Flor de María Sanchez, por apoyarme cada día.

Myrian

Declaración de autenticidad

Yo, Myrian del Pilar Montoya Acuña; estudiante del Programa de Maestría en Gestión en Servicios de Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI N° 40609635 con la tesis titulada "Nivel de conocimiento y cumplimiento de estándares de acreditación por los profesionales de salud del Policlínico Municipal de Breña, Lima 2017".

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Myrian del Pilar Montoya Acuña

DNI N° 40609635

Lima, 16 de Octubre de 2017

Presentación

Señores miembros del jurado:

Dando cumplimiento a las normas establecidas en el Reglamento de Grados y títulos de la sección de Posgrado de la Universidad César Vallejo para optar el grado de Maestra en Gestión de Servicios de Salud, presento el trabajo de investigación denominado: nivel de conocimiento y cumplimiento de estándares de acreditación por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña, Lima, 2017. La investigación tiene la finalidad de determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en relación al nivel de conocimiento, por los profesionales de salud que laboran en el Policlínico Municipal de Breña, Lima, 2017.

La presente investigación está dividida en ocho: en el capítulo I, se consideró la introducción que contiene la realidad problemática, antecedentes, teorías relacionadas al tema, formulación del problema, justificación del estudio, hipótesis y objetivos; el capítulo II, referido al diseño de investigación, las variables de estudio, la operacionalización de las variables, tipo y diseño de investigación, las técnicas e instrumentos, métodos de análisis de datos; el capítulo III, lo conforma los resultados de la investigación; el capítulo IV la discusión de los resultados; el capítulo V las conclusiones de la investigación, el capítulo VI las recomendaciones; el capítulo VII las referencias bibliográficas y finalmente los anexos.

En la presente investigación se evidencia que existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud que laboran en el Policlínico Municipal de Breña. Siendo el coeficiente de correlación de Rho de Spearman de 0.878, por lo que podemos decir que la correlación es significativa y fuerte.

Espero señores miembros del jurado que esta investigación se ajuste a las exigencias establecidas por la Universidad y merezca su aprobación.

La autora

Índice

Carátula	Páginas
Paginas Preliminares	
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	vi
Presentación	vii
Índice	viii
Lista de tablas	x
Lista de figuras	xii
Resumen	xiii
Abstract	xiv
I. Introducción	15
1.1. Realidad Problemática	16
1.2. Trabajos previos	18
1.3. Teorías relacionadas al tema	23
1.4. Formulación del Problema	34
1.5. Justificación de estudio	35
1.6. Hipótesis	36
1.7. Objetivos	38
II. Marco Metodológico	39
2.1. Diseño de Investigación	40
2.2. Variables, Operacionalización	41
2.3. Población y muestra	44
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	45
2.5. Métodos de análisis de datos	52
2.6. Aspectos éticos	54

III. Resultados	55
3.1. Estadística Descriptiva	56
3.2. Estadística Inferencial	69
IV. Discusión	79
V. Conclusiones	82
VI. Recomendaciones	85
VII. Referencias Bibliográficas	87
VIII. Anexos	90
Anexo 1. Artículo científico	
Anexo 2. Matriz de consistencia	
Anexo 3. Formato de validación de instrumentos	
Anexo 4. Instrumento para medir la variable 1	
Anexo 5. Instrumento para medir la variable 2	

Lista de tablas

		Páginas
Tabla 1	Operacionalización de la variable conocimiento de los estándares de acreditación.	43
Tabla 2	Operacionalización de la variable cumplimiento de los estándares de acreditación.	44
Tabla 3	Validez del Instrumento de conocimiento de los estándares de acreditación.	49
Tabla 4	Validez del Instrumento de cumplimiento de los estándares de acreditación.	50
Tabla 5	Confiabilidad del Instrumento de conocimiento de los estándares de acreditación.	51
Tabla 6	Confiabilidad del Instrumento de cumplimiento de los estándares de acreditación.	52
Tabla 7	Descripción de las frecuencias de los niveles de conocimiento de los estándares de acreditación.	56
Tabla 8	Descripción de las frecuencias de los niveles de conocimiento de la atención ambulatoria.	57
Tabla 9	Descripción de las frecuencias de los niveles de conocimiento en la atención de emergencia.	58
Tabla 10	Descripción de las frecuencias de los niveles de conocimiento en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento.	59
Tabla 11	Descripción de las frecuencias de los niveles de conocimiento del manejo del riesgo de la atención.	60
Tabla 12	Descripción de las frecuencias de los niveles de conocimiento de la admisión y alta.	61
Tabla 13	Descripción de las frecuencias de los niveles de conocimiento en referencia y contrarreferencia.	62
Tabla 14	Descripción de las frecuencias de los niveles de cumplimiento de los estándares de acreditación.	63

Tabla 15	Descripción de las frecuencias de los niveles de cumplimiento de la atención ambulatoria.	64
Tabla 16	Descripción de las frecuencias de los niveles de cumplimiento en la atención de emergencia.	65
Tabla 17	Descripción de las frecuencias de los niveles de cumplimiento en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento.	66
Tabla 18	Descripción de las frecuencias de los niveles de cumplimiento en el manejo del riesgo de la atención.	67
Tabla 19	Descripción de las frecuencias de los niveles de cumplimiento de la admisión y alta.	68
Tabla 20	Descripción de las frecuencias de los niveles de cumplimiento en referencia y contrarreferencia.	69
Tabla 21	Correlación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación.	70
Tabla 22	Correlación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención ambulatoria.	71
Tabla 23	Correlación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención de emergencia.	73
Tabla 24	Correlación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento.	74
Tabla 25	Correlación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en el manejo del riesgo de la atención.	75
Tabla 26	Correlación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la admisión y alta.	76
Tabla 27	Correlación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en referencia y contrarreferencia.	78

Lista de figuras

	Páginas	
Figura 1	Modelo de la calidad de atención.	25
Figura 2	Modelo de Acreditación Internacional Joint Commission.	27
Figura 3	Nivel de conocimiento de los estándares de acreditación	56
Figura 4	Nivel de conocimiento en la atención ambulatoria.	57
Figura 5	Nivel de conocimiento en la atención de emergencia.	58
Figura 6	Nivel de conocimiento en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento.	59
Figura 7	Nivel de conocimiento en el manejo del riesgo de la atención.	60
Figura 8	Nivel de conocimiento en la admisión y alta.	61
Figura 9	Nivel de conocimiento en referencia y contrarreferencia.	62
Figura 10	Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.	63
Figura 11	Nivel de cumplimiento en la atención ambulatoria.	64
Figura 12	Nivel de cumplimiento en la atención de emergencia.	65
Figura 13	Nivel de cumplimiento en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento.	66
Figura 14	Nivel de cumplimiento en el manejo del riesgo de la atención.	67
Figura 15	Nivel de cumplimiento en la admisión y alta.	68
Figura 16	Nivel de cumplimiento en referencia y contrarreferencia.	69

Resumen

La investigación que lleva por título “Nivel de conocimiento y cumplimiento de estándares de acreditación por profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña, Lima, 2017” tuvo como objetivo general determinar la relación que existe entre el conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud, de esta manera poder desarrollar mecanismos de gestión que ayuden a la acreditación del establecimiento de salud y de esta manera brindar una atención de calidad a los usuarios.

La investigación se realizó bajo el enfoque cuantitativo. El diseño de investigación fue no experimental. Se usa una metodología hipotética deductiva, correlacional, prospectivo, transversal, la muestra estuvo constituida por una población censal de 70 profesionales de salud que laboran en el Policlínico Municipal de Breña. Se aplicó dos cuestionarios, uno sobre conocimiento de los estándares de acreditación, cuyas respuestas son de tipo dicotómicas y otro cuestionario sobre la aplicación de los mismos en el establecimiento de salud en el que trabajan.

Los resultados demostraron que si hay relación entre el nivel de evidencia que existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud que laboran en el Policlínico Municipal de Breña. Siendo el coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.878, la correlación es significativa a nivel de 0.05 (bilateral). Siendo una correlación positiva fuerte.

Palabras clave: Conocimiento, práctica, profesionales de salud, estándares de acreditación.

Abstract

The research entitled "Level of knowledge and compliance with accreditation standards by health professionals in the Municipal Polyclinic of Breña, Lima, 2017" had the general objective of determining the relationship between knowledge and compliance with the standards of accreditation by health professionals, in this way to develop management mechanisms that help the accreditation of the health establishment and thus provide quality care to users.

The research was conducted under the quantitative approach. The research design was non-experimental. A deductive, correlational, prospective, cross-sectional hypothetical methodology is used. The sample consisted of a census population of 70 health professionals working in the Breña Municipal Polyclinic. Two questionnaires were applied, one on knowledge of the accreditation standards, whose answers are of a dichotomous type and another questionnaire on the application of the same in the health establishment in which they work.

The results showed that if there is a relationship between the level of evidence that there is a direct relationship between the level of knowledge and compliance with accreditation standards by health professionals working in the Breña Municipal Polyclinic. Being the Rho correlation coefficient of Spearman of 0.878, the correlation is significant at the level of 0.05 (bilateral). Being a strong positive correlation.

Keywords: Knowledge, practice, health professionals, accreditation standards.

I. Introducción

1.1 Realidad Problemática

American College of Surgeons elaboro en 1917 la lista de los primeros estándares mínimos que todo hospital ubicado en EEUU deba identificar y de esta manera ya no contar con servicios de salud sin eficiencia. Este procedimiento fue la base para iniciar un proceso sobre acreditación; este es administrado desde 1951 por Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations; mientras que en Canadá desde 1959 es administrado por Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud (Betancourt y Tunjo, 2012).

En 1989 se inician procesos sobre acreditación en Latinoamérica y el Caribe; como una manera de poder brindar calidad a usuarios de servicios del área en salud. En 1989 la Organización Panamericana de la Salud desarrolla Conferencias latinoamericanas, en las cuales se buscaba poder elaborar un modelo de acreditación (Betancourt y Tunjo, 2012).

La primera conferencia es desarrollada 1989, llevándose a cabo en la ciudad de Washington, DC; en esta reunión se contó con la colaboración de muchos países de Latino América; en la que se llegó a la conclusión de que en sus países no buscaban una mejora en la calidad de atención en los hospitales a través de la acreditación. Es por eso se empieza la elaboración del "Manual de Acreditación de Hospitales", este manual se presenta 3 años después mientras se desarrollaba la II Conferencia de América Latina (Betancourt y Tunjo 2012). Este manual ha servido como una referencia básica para que los países de acuerdo a su realidad puedan elaborar los modelos que le sirvan para ser aplicados en los establecimientos de salud y poder tener de esta manera una mejora continua en calidad de atención, donde el mayor beneficiario será siempre el usuario de estos establecimientos.

En el año 1993 se inicia los procesos de acreditación, mediante la conformación de la Comisión Interinstitucional por el Ministerio de Salud; esta comisión tenía como integrantes a representantes de diversas instituciones que componían el sector salud,

así como al Colegio Médico, y de la Asociación Peruana de Hospitales; esta comisión realiza una propuesta que sirve como base para desarrollo del manual de Acreditación de Hospitales y su institucionalización a nivel nacional (Guardia,1996).

En el 2001 se inicia un proceso de reestructuración de la Dirección General de Salud, creándose de esta manera la Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación, dentro de sus funciones la principal era la de conducir y desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que sea aplicado en todo el territorio nacional. Es en el 2002 cuando se constituye la Dirección Ejecutiva de Calidad en salud, buscando apoyo de otros países para elaborar varios procesos permitiendo una atención de calidad; dentro de estos, se elaboran instrumentos que sirven para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios, es a partir de esto que en el 2007 se publica la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo.

En el Perú todo establecimiento de salud debe encontrarse registrado en el Renipress, para posteriormente obtener su categorización de acuerdo a su nivel de complejidad, los mismos que van desde el I1 al III2, este proceso que es obligatoria para que pueda funcionar se realiza en la autoridad sanitaria de su jurisdicción. Posterior a este procedimiento se realiza la Acreditación, siendo este un proceso que nos permite saber si el establecimiento está brindando una atención adecuada a los usuarios.

En la Norma Técnica N° 050 – Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, se consignan estándares que deben cumplir a nivel nacional todo establecimiento de salud de acuerdo a su categorización, de esta manera se puede garantizar que estas instituciones tengan las capacidades necesarias para brindar una atención de calidad a sus usuarios. El proceso de acreditación de acuerdo a la norma se dan en dos fases. La primera fase es la autoevaluación, la misma que debe ser realizada una vez al año todo establecimiento de salud, y cuando se obtenga un puntaje mayor al 85% se procede a realizarse la evaluación externa, la misma que será ejecutado por el comité que designe el

Ministerio de Salud. En el Perú aún ninguna institución ha obtenido la acreditación nacional, porque esta etapa del proceso aún no ha sido instaurada del todo por el Ministerio de Salud, así como por la falta de concientización de la gestión de establecimientos tanto públicos como privadas. Son las clínicas que han obtenido su acreditación Internacional, y muchas otras están implementando áreas de calidad que les permita mejorar en la atención a los usuarios proyectándose a la acreditación nacional.

En varios establecimientos de salud del ámbito privado de nuestra capital, no se está aplicando esta normativa para la acreditación, por lo cual se presentan muchas quejas de los usuarios que acuden a los mismos, así como ha sido uno de las observaciones que se presentan durante las supervisiones de Susalud. En este contexto surge la inquietud de saber cuáles son los factores que nos llevan a este incumplimiento de las normas ya establecidas. Aparentemente una de los factores es la falta de conocimiento de estándares sobre acreditación por los profesionales de salud que trabajan en dichos establecimientos, generándose de esta manera una gran brecha en la aplicación de los mismos, así como debemos evaluar si la gestión por parte de la Dirección Médica aplica de forma adecuada la difusión de estos temas a los profesionales a fin de poder garantizar una atención segura para cada uno de los pacientes que sean atendidos.

1.2 Trabajos previos

Antecedentes Internacionales

Los autores Campos y Matsuda (2016) realizaron un trabajo sobre investigación titulado *Descredenciamiento de la Certificación por acreditación Hospitalaria: Percepción de todo profesional*, cuyo objetivo es conocer como pueden los profesionales percibir la descalificación de la certificación en el hospital donde trabajan. Es un descriptivo-exploratorio, cualitativo. Se analizó como percibían los profesionales el que al hospital les hayan retirado el título de estar acreditados. La muestra por conveniencia incluye a 23 profesionales que se encargaban de la gestión del hospital en mayo del 2014, cuando se realizó el proceso de acreditación. Estos profesionales

dieron respuesta a entrevistas semi-estructuradas, la cual fue grabada, se les pregunto: “Háblame del descredenciamiento de certificación de este hospital”. Se transcribió y se analizaron dichas entrevistas; encontrándose en los resultados un pesar en los trabajadores por haber perdido la certificación de Acreditación. A pesar de esto, los profesionales indicaron que se ha realizado acciones y principios esenciales de acreditación en los servicios, con el fin de favorecer la calidad de la atención.

Los autores Rúa, Torres y Camacho (2015) hicieron un estudio titulado *las Herramientas de auditoría para la gestión de tecnología biomédica*, el mismo que se realizó en Colombia, cuyo objetivo era poder elaborar una herramienta de auditoría que les pueda permitir poder evaluar no solo el cumplimiento de las normas, si no también que al entregar los resultados se puedan realizar recomendaciones de mejora y de esta manera se tendría un proceso que tenga más eficiencia. Su estudio se realizó en tres fases. En la primera se identificaron las necesidades y que se requería para poder elaborar de esta herramienta de auditoría, la misma que se basaría en estándares de habilitación y acreditación. Para lo cual se realizó recopilación de información sobre auditoría de gestión de tecnología en salud, así como también se realizaron entrevistas a profesionales de 5 hospitales ubicados en Medellín sobre los procesos de la tecnología en salud. En la segunda etapa se realizó un análisis mediante la comparación entre las necesidades y los requerimientos obtenidos en la primera fase, estos basados en la norma vigente en ese momento; de esta manera poder diseñar y construir el prototipo. En la última fase de la presente investigación se procede a la realización de la validación de la herramienta ya elaborada a través de del análisis de expertos, para lo cual se realizaron reuniones de expertos con la finalidad de conocer las necesidades y poder ir mejorando la herramienta acorde a la realidad. Al final de la investigación es un experto relacionado en forma directa con el área de ingeniería clínica que se desempeña en un establecimiento que brinda servicios en salud se encarga de evaluar esta herramienta. Se obtuvo como resultado que esta herramienta si brinda resultados tanto cualitativos como cuantitativos que

favorezcan el tomar decisiones, así como retroalimentan en proceso de gestión tecnológica.

El autor Zapata (2014), hizo un estudio titulado *Estándares de Acreditación, derechos de pacientes: revisión y estado actual en Centros de Tratamiento en Drogadicción en Colombia*, cuyo objetivo era conocer cuál era la situación sobre cumplimiento de los estándares sobre derechos de los pacientes y poder de esta manera realizar una referencia comparativa que permita la implementar estándares y criterios sobre acreditación de establecimientos encargados de terapias en dependencia a fármacos, poniendo hincapié en el respeto de la Autonomía de los pacientes. La metodología de la investigación es de un enfoque empírico de tipo descriptivo así como hermenéutico; teniendo como una muestra para el piloto a 21 centros que se encargaban del tratamiento para la dependencia a drogas; en estos se determina cual es la situación en ese momento sobre los estándares antes mencionados. Se procede a evaluar si existe o no relación en las variables a través de una prueba exacta de Fisher con nivel de significancia de 0,05. Paralelamente se hace una revisión sobre la documentación de referencia. Dentro de los resultados obtenidos se tiene que se da en mayor porcentaje información a los familiares de los pacientes en un 95%, a los pacientes solo en un 90 %, mientras que si los pacientes son menores de edad solo brindan información en un 81 %. Dentro de los resultados se evidencia que la religión tanto como la raza no son condiciones que discriminan la atención o acceso al tratamiento, a diferencia de los pacientes con VIH (29%), orientación sexual LGTB (14%) y ser mujer (10 %) que si tienen un acceso limitado al tratamiento. Dentro de los estándares evaluados en el grupo “derecho de los pacientes”; en el presente estudio se encontraron coincidencias entre los sistemas de acreditación de Colombia y the Joint Commission, aunque este último tiene muchos más avances en estos temas. Como conclusión de la presente investigación se tiene que se evidencia logros en los centros evaluados con respecto a los estándares de acreditación, pero se sugiere que aún deben revisarse para poder tener una adaptación a las exigencias internacionales, la realidad de la población con la que se trabaja y el tipo de instituciones.

Los autores Figueiredo, Menezes y Alves (2013), elaboraron un trabajo de investigación con el título *La Influencia de la comunicación en el proceso de acreditación Hospitalario*, cuyo objetivo fue conocer que perspectiva tienen los profesionales con respecto a cuales son los principales obstáculos con respecto a la comunicación en un proceso de acreditación, este estudio es realizado en Brasil. El estudio fue descriptivo de naturaleza cualitativa realizado en un hospital privado, de mediana complejidad de Belo Horizonte. La obtención de los datos fue a través de entrevistas, las mismas que se le realizó como mínimo a un profesional de cada área, de esta manera se pueda abordar a todas las categorías profesionales. La muestra se obtuvo de los sectores hospitalización, Centro Quirúrgico y la Unidad de Cuidados Intensivos, participando en dicho estudio 34 profesionales de salud, teniendo como criterios de inclusión que hayan participado en la primera auditoría que se realizó a este hospital. Dentro de la metodología utilizada está el análisis de contenido, en búsqueda. Se puede concluir en el estudio de que la poca información, no tener objetividad, integridad, claridad cuando se realiza la transferencia del conocimiento genera que no se realicen prestaciones de servicio de salud de calidad. Es muy importante la comunicación en una organización, ya que es un instrumento que permite respaldar con eficiencia los cambios que se pueden producir en una empresa. Si se brinda una información concisa y clara, esto nos puede permitir lograr en forma perenne estándares de calidad.

Los autores Gonzales, Quiñonez y Jimenez (2013), realizaron un trabajo titulado *Conocimiento del personal de salud del Hospital San Rafael de Leticia sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud*, se tiene como objetivo en esta investigación es saber el nivel de conocimiento de todo profesional de salud que trabaja en Hospital San Rafael, ubicado en Leticia, Amazonas, en cuanto a las normas ya establecidas en el decreto 1011 publicado en el 2006, el mismo que sirve como base para elaboración de los estándares utilizados en el Sistema Obligatorio de la Calidad en la Atención en Salud (SOGCS). Este estudio la metodología fue descriptiva y evaluativa, pudiéndose establecer si los profesionales

que trabajan en el hospital conoce esta norma. Para poder obtener esta información se aplicaron encuestas a una muestra que se obtuvo por conveniencia, siendo el total de 75 profesionales. Los resultados nos muestran que los profesionales no conocen este decreto, ya sea porque no toman interés por el tema o porque no hay una capacitación a los profesionales por parte de los encargados de la institución.

Los autores Ribeiro y Wargas de Faria (2012) realizaron un trabajo de investigación titulado *Acreditación como herramienta o política para la organización de los sistemas de salud*, teniendo como objetivo poder analizar la literatura científica que se refiere a la acreditación, todo aquello que nos indique si existe una articulación entre metodología y elaboración de las políticas, utilizadas en organizaciones de sistemas de salud; es de esta manera que se puede problematizar la percepción que se tiene sobre acreditación utilizada como herramienta sobre calidad, esta destituida de intenciones de los gobiernos. El estudio consistió en una revisión integradora de acreditación, con la base de datos LILACS bibliográficas, Scopus y el ISI Web of Knowledge. El primer paso se refirió a la literatura y caracterización abstracta la definición de filtros y criterios de exclusión / la inclusión. El segundo, las lecturas y análisis detallados, el texto completo basado en la selección de los resúmenes. Las bases elegidas permiten captar como esto el debate se ha hecho en diferentes realidades. Los términos elegidos para la búsqueda estaban vinculados a la cosecha de la investigación: el énfasis en la orientación de los gobiernos en la organización de sistemas y calidad. En relación a criterios de inclusión y exclusión, se decidió restringir los resultados de los textos a la aplicación de herramienta y estancia con los que abordó el tema con el fin de contribuir al desarrollo de los sistemas de salud. Filtros creados hicieron posible controlar las discrepancias en los resultados entre las bases. Los resultados de este estudio es que la metodología está próxima a una herramienta de política, donde se tienen constituidas directivas para una organización, que se utilizan para evaluar servicios y sistemas de salud.

Los autores Figueiredo, Menezes y Reis (2011) realizaron un trabajo de investigación titulado *Los Obstáculos para la acreditación Hospitalaria desde la*

Perspectiva de los profesionales de salud de un Hospital Privado, cuyo objetivo fue analizar cuáles son los obstáculos que se pueden presentar durante un proceso de acreditación en hospitales tomando como referencia la opinión del profesional de salud (Brasil). La metodología utilizada es cualitativo, esta investigación se realizó en un hospital privado de Belo Horizonte para lo cual se utilizaron entrevistas semiestructuradas. La muestra por conveniencia incluye a todos los profesionales de salud que estuvieron desde la primera acreditación del hospital (N=20). Los resultados mostraron que los principales obstáculos observados durante el año era el poco compromiso de los profesionales así como la falta del mantenimiento del sistema de calidad. Desde la visión de profesionales de salud que se entrevistaron en esta investigación no hubo continuidad en el trabajo para obtener calidad en la atención. Así como es importante que todo profesional tengan el compromiso de querer eliminar estas barreras y poder obtener una atención excelente y más humanizada a los usuarios.

1.2 Teorías Relacionadas al tema:

Calidad en salud

Poder definir calidad es muy complicado, por la que se puede encontrar muchas definiciones teóricas que no concuerdan con la práctica diaria.

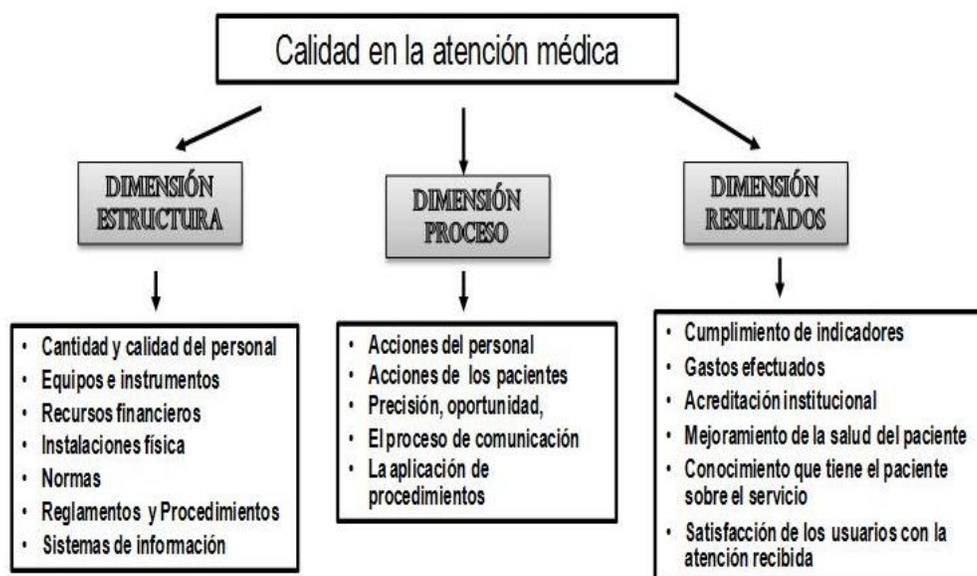
De 1950 a 1970, Deming empleó el Ciclo PHVA en las capacitaciones que dio a los altos directivos de empresas japonesas. Desde esa fecha ha sido utilizado a nivel mundial como un símbolo de mejora continua (García, Quispe y Ruez, 2003).

La Organización Mundial de Salud (OMS) nos dice que la calidad de la asistencia sanitaria es la manera de poder resguardar que todo paciente pueda acceder a servicios diagnósticos y terapéuticos que permiten brindar una atención óptima, de esta manera se pueda lograr resultados reduciendo al mínimo los riesgos iatrogénicos y el paciente se encuentra satisfecho (1985).

La calidad asistencial es la que proporciona un bienestar máximo y completo a los usuarios posterior a evaluar balance entre ganancias, pérdidas que acompañen el proceso en cada una de sus partes (Donabedian, 1980).

De acuerdo al modelo de Donabedian, dimensiones de calidad son la estructura, proceso y resultado, así como todo indicador necesario para evaluarlas. La importancia de la responsabilidad que se debe tener en mejorar toda calidad de atención, es una reflexión después de analizar la relación que existe entre métodos tanto del proceso y el resultado, de esta manera sistematizar los criterios necesarios. Este Modelo de la calidad de la atención de profesionales de salud nos permite describir 3 componentes importantes: a) Indicadores de estructura. Se refiere a los atributos materiales y organizacionales, los profesionales que laboran en la institución, los recursos financieros con los que se cuenta para poder brindar una atención médica. b) Indicadores de proceso. Son todas las acciones que pueden realizar el personal médico o de la institución para brindar una prestación de salud adecuada. c) Los indicadores de resultado. Podemos enmarcar en estos indicadores el nivel de satisfacción de usuarios sobre las prestaciones de salud recibidas. Podemos decir que en este modelo, toda asistencia de calidad brindadas en los servicios tendrá como base un enfoque técnico médico, debido a esto su evaluación será responsabilidad de los profesionales de salud, por lo cual es difícil poder evaluar la perspectiva o opinión de los pacientes (Donabedian, 1966).

Figura 1:
Modelo de calidad de la atención médica



Nota: Torres (2011) a partir de Doanbedian (1966)

Acreditación en salud

Las conductas de la asistencia médica no son de carácter estática, siempre se mantienen en una evolución continua. Por este motivo para poder realizar una evaluación de las mismas debemos considerar los adelantos médicos así como también la realidad de la región o localidad donde se realicen las prestaciones asistenciales, de esta manera no se debe establecer patrones con normas de calidad que no están acordes con la realidad local o regional (Novaes, 1994).

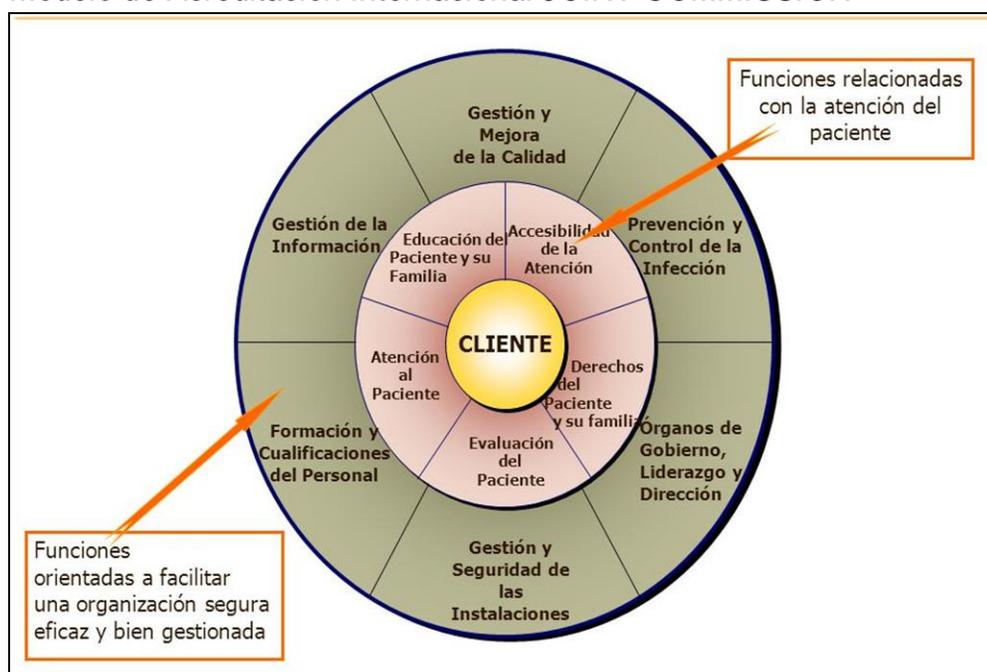
Novaes y Paganini (1994) refirieron que la acreditación es un procedimiento que permite evaluar recursos de una institución, el mismo que se realiza en forma voluntaria, periódica y reservado, en búsqueda de garantizar una atención de calidad teniendo como base los estándares establecidos y aceptados previamente. Los estándares van desde criterios mínimos hasta más elaborados e exigente, los mismos que nos determinara los diversos niveles de satisfacción.

La Joint Commission es una organización que tiene experiencia en el mundo en todo lo que se refiere a la acreditación de establecimientos de salud, esta institución tiene más de 50 años buscando mejorar calidad y seguridad de toda organización sanitaria; hoy en día ya son cerca de 20.000 organizaciones que de manera voluntaria solicitan su acreditación. Esto quiere decir que los centros asistenciales se les reconocen porque cumplen con los niveles óptimos de calidad en las prestaciones que brindan a sus usuarios, basándose en unos estándares ya establecidos, los mismos que derivan de una investigación científica y técnica, que son difundidos al público y las organizaciones.

Durante este proceso de acreditación la información, al evaluar las organizaciones se utiliza la experiencia y la información obtenida para poder actualizar los estándares en forma periódica y poder adecuarlos a los cambios sanitarios que se producen día a día. La Joint Commission International (JCI) se inició en 1996 teniendo la finalidad de mejorar la calidad asistencial a nivel internacional. Para que se pueda aplicar los estándares a nivel internacional, estos deben ser consensuados por un grupo de expertos de diversas partes del mundo para realizar posteriormente pruebas pilotos en Europa, América Latina y Oriente Medio. Este proceso no solo evalúa los estándares de acreditación que se aplica en una institución si no también la revisión de los objetivos relacionadas a la seguridad del paciente, los mismos se actualizarán en forma periódica.

El modelo de Acreditación de la Joint Commission International se basa en las funciones importantes dentro de la organización. Estableciéndose estándares claves de buena práctica para cada área, los mismos que se establecerán como una base para su acreditación. Además, los estándares van a adaptarse a las características específicas de acuerdo al tipo de servicios que brindan.

Figura 2

Modelo de Acreditación Internacional JOINT COMMISSION

Este modelo se centra los estándares en el paciente como que la atención sea accesible y continua, derechos sobre una persona, su familia; evaluación, educación de una persona y su familia. También este modelo cuenta con estándares basados en toda organización como la gestión, mejora en la calidad, prevención y control de infección, órganos de gobierno, liderazgo y decisión; en gestión y seguridad de las instalaciones; formación y cualificación del personal; gestión sobre la información.

Recientemente The Joint Commission Internacional estableció un programa nuevo para la certificación de la atención en patologías específicas. Se puede solicitar la certificación para cualquier establecimiento asistencial que brinde asistencia a alguna de estas patologías independientemente si la organización se encuentre acreditada o no. Este proceso se inicia con la selección de los estándares que van hacer aplicados a cada organización en base a os servicios que prestan en la misma. La certificación de atención a patologías estará basada en el cumplimiento de criterios y estándares que tienen como base el uso adecuado de las guías clínicas así como el enfoque de toda la organización sobre la evaluación y toda actividad de mejora. Los

evaluadores serán siempre profesionales que tengan amplia experiencia en los sectores que se evaluarán y capaces de ofrecer recomendaciones en la mejora.

El Comité de Acreditación estará conformado por los representantes de la Joint Commission Internacional, así como representantes de organizaciones de profesiones médicas, enfermería y administración hospitalaria. Lográndose de esta manera que todos los profesionales se identifiquen con el sistema y participen activamente. Este proceso está basado en el paciente como eje central, evaluándose la calidad asistencial desde que llega el paciente al establecimiento hasta que es dado de alta. Fomenta dentro de la organización la cultura de seguridad del paciente, mediante estándares establecidos reduciéndose el riesgo en los procesos tanto clínicos como asistenciales. También se evalúan los aspectos de gestión mediante un modelo participativo y dinámico que se basa en las mejoras de las prácticas en todo establecimiento sanitarios. Tiene como propósito orientar a la gestión para poder lograr una eficiencia en mejorar las prácticas asistenciales, desde conocer con claridad las responsabilidades que deben tener los encargados de la gestión hasta los procesos más críticos que se pueda encontrar en la organización. Por lo que se considera un instrumento de suma importancia para las mejoras en la organización: desde cómo se prepara la institución para acreditar ya constituye un buen horizonte para su desarrollo. Mediante la acreditación se puede llegar a conocer el diagnóstico de la institución y de esta manera poder elaborar un plan global de calidad. Podemos concluir que la acreditación representa un proyecto de mejora para los integrantes de la organización es catalizador sobre cambios dentro de la institución. Este procedimiento brinda un reconocimiento a nivel internacional sobre el tipo de atención que brinda el establecimiento: toda acreditación brindada por la Joint Commission International avala públicamente que la institución acreditada cuente con requisitos sobre calidad que tenga mayor competencia, por lo que se puede decir que es un reconocimiento del prestigio que adquiere la institución internacionalmente.

Dentro de una evaluación en el tema de calidad se debe considerar siempre cual sería la práctica adecuada que se brinda, a esto se llama criterio; podemos definir

al estándar como la forma más óptima de poder aplicar este criterio en una situación determinada. Los estándares van a fijarse de acuerdo a conocimientos científicos y requisitos sociales del momento. Es importante que se evalúe primero la práctica que realiza la institución actualmente y a partir de aquí compararla con los criterios y estándares que ya se encuentran establecidos, determinando de esta manera si la práctica es deficiente o mejorable, porque se considera una etapa muy importante de la evaluación. Posterior a esto se debe proponer e implantar medidas que permitan corregir de forma eficaz las deficiencias encontradas.

La mejora de la calidad a la que se hace referencia debe ser continua, teniendo como objetivo al paciente, para lo cual su atención será el resultado de varias acciones concretas, para mejorar la calidad podemos lograrlo si englobamos múltiples factores que concurren en el usuario.

Los sistemas de salud tanto a nivel de América Latina como el Caribe han tenido diversas reformas; estos países tienen realidades sociales, económicas y culturales diversas y complejas. Pero todos estos países tienen en común que para la implementación de sus reformas sanitarias lo hacen basándose en sistemas de salud internacionales, que muchas veces no tienen relación con la realidad de estos países y menos aún con las necesidades que presentan sus poblaciones. También podemos ver que logran la participación de los ciudadanos dentro la elaboración de múltiples programas, procesos sanitarios en la promoción de la salud, es necesario para poder tener el éxito de estos programas se debe hacer una relación en forma vertical entre el agente público y las personas, lo cual determina que en Latinoamérica y el Caribe la elaboración de políticas en el área de la salud son realizados a nivel centralizada, no dejan participar a las persona y no se adecua a la realidad local (Betancourt, 2012).

La Federación Latinoamericana de Hospitales, creó un modelo sobre acreditación de hospitales que se adecua a características de cada región, flexible, pudiendo adaptarse de una región a otra (Novaes, 1992).

Este Manual sobre la acreditación en hospitales de Latinoamérica y el Caribe, abarca a cualquier servicio en un hospital general que maneja casos agudos, el objetivo era servir como guía para los diversos países en la elaboración de sus propios manuales que sirvan para poder acreditar sus establecimientos de salud (OPS, 1994).

En Colombia en los años 90, el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, elaboraron el Manual de Acreditación de IPS, para lo cual se tuvo el Manual sobre Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe como referencia. Siendo aplicado como una prueba piloto en 1991 a diferentes instituciones. En 1994 se creó el Consejo nacional de Acreditación, pero no hubo la difusión que se esperaba del manual, y es ya en 2002 que reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, estableciéndose de manera que la acreditación será un procedimiento sistémico, que se aplicara de forma voluntaria y en forma periódica. De esta manera poder demostrar que se cumplen los estándares sobre calidad que superan los requerimientos mínimos que se necesitan para las prestaciones de salud brindadas por estas instituciones. En el 2006 se define a la Calidad de la Atención en Salud, a que se den servicios de salud tanto a usuarios individuales y colectivos; los mismos que deben ser accesible e equitativos, por medio de nivel profesional óptimo, se debe tener en cuenta todo balance que hay entre beneficios, algunos riesgos y costos, de esta manera se logra toda adhesión y satisfacción de todo usuario (Betancourt, 2012).

La Acreditación en nuestro país es un proceso en que se procede a evaluar a una institución sobre la atención sanitaria y determinar de esta manera si cumple con una variedad de requisitos elaborados con el fin de mejorar la calidad asistencial. Este procedimiento implica que se implemente y evalúe en forma continua una serie de estándares definidos previamente, los mismos que se agrupan en macroprocesos.

En el Perú la acreditación tiene sus inicios en 1993, en un contexto que las diversas instituciones del sector salud se habían desarrollado en forma aislada, por lo que había la necesidad de poder garantizar una atención segura y efectiva a los

pacientes que acudían a recibir sus prestaciones de salud. Es aquí que se produce la reunión de la comisión Interinstitucional sectorial para la Acreditación de hospitales; teniendo como finalidad la elaboración del Manual para la acreditación de hospitales, el mismo que se publicó en 1996. Para la elaboración del mismo se tomó como guía al Manual de Acreditación de Hospitales de América Latina y el Caribe, el mismo que fue elaborado por la OPS/OMS y la Federación Latinoamericana de hospitales, este manual fue publicado en 1993 (Manual de Acreditación de Hospitales, 1996).

La aplicación de este manual no fue que se esperaba, solo se obtuvo un bajo número de hospitales que llegaron a obtener la acreditación. Mucho se pudo deber a que el proceso presentó un nivel no esperado de operatividad, el mismo que se expresa como una baja cobertura de establecimientos hospitalarios que cuenten con acreditación; esto pudo ser ocasionado por la falta de recursos que se encargaran de impulsar la aplicación de este manual, la falta de incentivos económico-financieros; así como el hecho de que no se encontraba una ventaja al ser un hospital acreditado, en referencia a los otros que no habían obtenido dicha acreditación. Por esta razón se realiza una actualización de la norma, pero para lo cual se realizó una revisión de las experiencias nacionales como internacionales, así como contar con un equipo de trabajo expertos en la materia. La experiencia mostró que la acreditación en salud ha acompañado la mayoría de los procesos que sirven para la reforma en los sistemas de salud, es una forma de poder garantizar la calidad en todo servicio de salud que se debe brindar a los usuarios. Se obtuvo como producto final la Norma Técnica para la Acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo, el mismo que es publicado en el 2007; esta norma ya es de alcance universal, pues los estándares propuestos abarcan a los diferentes niveles de atención. Esta norma se aplicará a nivel nacional, como un proceso único. En este modelo actual de acreditación se va a incluir dos procesos, el primero es el de la autoevaluación, el mismo que es de carácter obligatorio y será realizado por los profesionales del establecimiento, teniendo en cuenta los estándares que deben de cumplir de acuerdo a su nivel de categorización que tenga la institución, posterior a este se realiza la evaluación externa, voluntario. Al pasar ambas fases, se procederá a acreditar al establecimiento de salud. La norma

tiene la finalidad de poder garantizar a todo paciente y al sistema de salud, para que todo establecimiento de salud y servicio médico de apoyo cuenten con las capacidades necesarias que permitan brindar unas prestaciones de salud de calidad a todos los usuarios en base al cumplimiento de estándares ya establecidos a nivel nacional y de esta manera poder disminuir las fallas atribuibles a los servicios de salud (Norma Técnica N ° 050, 2007)

Durante el proceso de acreditación como se refirió en el párrafo anterior, esta dado por dos fases; la primera es la autoevaluación, con esta se marca el inicio de un proceso, será realizada por los evaluadores internos, se debe realizar por lo menos una vez al año, para lo cual utilizan un listado sobre los estándares de acreditación ya establecidos acordes al nivel o tipo de categorización que tenga el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Cuando se obtiene un puntaje mínimo aprobatorio, el establecimiento puede solicitar la evaluación externa, la autoevaluación se puede realizar las veces necesarias para poder obtener el puntaje requerido. Después se solicitará una evaluación por personal externo, este es realizado por los evaluadores externos, los mismos que son designados por la Comisión Nacional Sectorial de Acreditación de Servicios Médicos de Salud; este equipo debe estar conformado por dos médicos evaluadores de los procesos que se siguen en las prestaciones asistenciales, un evaluador enfermera y dos evaluadores que tengan experiencia en evaluación en procesos de apoyo. Se dice que un establecimiento está acreditado cuando su puntaje es igual o mayor a 85 %. Cuando la evaluación externa lo califique como No Acreditado, tendrán plazos para poder levantar las observaciones. Si el puntaje que se obtiene oscila entre 70% y 85% de cumplimiento de los estándares, se deberá subsanar los criterios que sean observados y solicitar una evaluación externa teniendo como plazo máximo 6 meses; si el puntaje que se obtiene está entre 50% y 70%, tendrán que subsanar sus observaciones, pero el plazo máximo para realizarse otra evaluación externa es de 9 meses. Si los puntajes obtenidos son menos de 50%, los establecimientos deberán subsanar los criterios que sean observados, pero deberán iniciar el realizar otra autoevaluación (Norma Técnica N°050, 2007).

La lista sobre estándares en acreditación para instituciones de salud y servicios médicos de apoyo cuenta con 76 estándares, 361 criterios de evaluación. Y hay una Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, en la que se expone la metodología que se seguirá durante el proceso de acreditación, de esta manera poder determinar los procedimientos para la realización de la autoevaluación y la evaluación externa, por lo tanto, es una guía que ayudara a los evaluadores internos y externos.

A la actualidad todavía no se ha instaurado el proceso de evaluación externa, no habiendo aun instituciones de salud que cuenten con la acreditación nacional, sin embargo, se está haciendo trabajos para implementar la fase de autoevaluación, incluso el Ministerio de Salud, brinda apoyo técnico a las instituciones que ya estén iniciando con este proceso de acreditación. Sin embargo, hay establecimientos de salud privado que ya cuentan con la Acreditación Internacional.

1.4 Formulación del Problema

1.4.1 Problema General:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de estándares de acreditación por profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017?

1.4.2 Problemas Específicos:

Problema específico 1: ¿Cuál es relación entre nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en manejo del riesgo sobre la atención por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña?

Problema específico 2: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención ambulatoria por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña?

Problema específico 3: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención de emergencias por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña?

Problema específico 4: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña?

Problema específico 5: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en admisión y alta por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña?

Problema específico 6: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en referencia y contrarreferencia por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña?

1.5 Justificación del estudio

Hernández (2014) refiere que un estudio debe justificarse mediante la exposición de sus razones. La gran parte de investigaciones tiene un propósito para ser ejecutados el mismo que debe ser significativo y de esta manera justificar la realización de la investigación.

Justificación Teórica

Este trabajo permite determinar el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación por los trabajadores de salud que trabajan en establecimientos del primer nivel del sector privado. Para la presente investigación utilizamos la Norma Técnica N°050 - Norma Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (2007). El poder conocer dicha relación nos ayudara a poder identificar las deficiencias que se puede presentar durante un proceso sobre acreditación de un establecimiento de salud y poder de esta

manera realizar las mejoras continuas para el cumplimiento de los estándares acorde a la categorización del establecimiento de salud. Los profesionales de salud que participan del estudio son los médicos, licenciadas en enfermería, técnicos y tecnólogos; los mismos que interactúan diariamente con los pacientes durante sus atenciones en estos establecimientos.

Justificación Práctica

Los resultados que se obtengan en esta investigación nos permitirán elaborar un Plan Anual de Autoevaluación acorde al establecimiento de Salud, utilizando las recomendaciones como punto de partida para las capacitaciones que se realizarán tanto a los profesionales de salud como la Dirección Médica, beneficiando de esta manera a los pacientes que acuden a recibir prestaciones médicas, ya que se podrá atenciones de calidad a los pacientes.

Justificación Metodológica

Los Instrumentos de medición de conocimiento y cumplimiento de estándares de acreditación es de elaboración propia tomando como base las dimensiones ya establecidas en la norma técnica que se utilizan como guía en la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (2007). Ambos instrumentos para ser validados se han necesitado de 3 jueces. Asu vez se realizará una prueba piloto que permita obtener una confiabilidad de los instrumentos, de esta manera podrán ser usados para estudios posteriores.

Justificación Social

La presente investigación va a beneficiar a los pacientes, ya que si el policlínico cumple con los estándares de acreditación de acuerdo al tipo de categorización que tiene; permite brindar una buena atención a los usuarios, contando con profesionales de salud que estén capacitados en una atención adecuada a los usuarios, salvaguardando la seguridad del paciente. En la actualidad es uno de los pilares de Gestión de la Calidad en el Perú y el mundo. Al poder conocer cuáles son las

deficiencias en el cumplimiento de los estándares de acreditación, se elaborarán estrategias en los que prime las capacitaciones en los niveles que se requieran y poder contra de esta manera con un establecimiento acreditado, que brinde prestaciones de calidad a sus usuarios.

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis General.

Existe relación directa entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

1.6.2 Hipótesis Específicas

Hipótesis específica 1: Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en la Atención Ambulatoria y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis específica 2: Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en la Atención de Emergencia y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis específica 3: Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en la Atención de Apoyo al Diagnóstico - Tratamiento y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis específica 4: Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en el Manejo de riesgo de la atención y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis específica 5: Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en Admisión – Alta y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis específica 6: Existe una relación entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en Referencia -Contrarreferencia y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

1.7 Objetivos

1.7.1. Objetivo General

Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

1.7.2. Objetivos Específicos

Objetivo específico 1: Conocer la relación existente entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en la Atención Ambulatoria y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Objetivo específico 2: Conocer la relación existente entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en la Atención de Emergencia y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Objetivo específico 3: Conocer la relación que existe entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en la Atención de Apoyo al Diagnóstico - Tratamiento y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Objetivo específico 4: Conocer la relación existente entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en el Manejo de riesgo de la atención y su cumplimiento por los profesionales en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Objetivo específico 5: Conocer la relación existente entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en Admisión – Alta y su cumplimiento en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Objetivo específico 6: Conocer la relación existente entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en Referencia -Contrarreferencia y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

II. Metodología

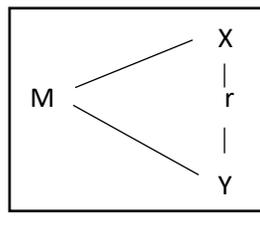
2.1 Diseño de Investigación

2.1.1 Diseño de Estudio

Esta investigación es cuantitativa, porque la recolección de los datos se realizó por medio de encuestas aplicadas a los profesionales de salud, para de esta manera poder sustentar la hipótesis, como base de medición numérica y el posterior análisis para lo cual se usa la estadística, de esta manera poder determinar patrones de comportamiento y probar teorías. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Hay un método deductivo, que inicia con la teoría, continua con la hipótesis y ésta es llevada a prueba. Es decir, es de enfoque cuantitativo y usa metodología hipotética deductiva. Es no experimental, porque no se manipula las variables en esta investigación.

Por último, es Correlacional, tiene como finalidad establecer si existe una relación entre las variables, conocer el grado de asociación de ambas variables en determinado momento, esta correlación deberá ser sustentada con la hipótesis sometida a pruebas (Hernández et al., 2014).



Donde:

M = Muestra

X = Observación de la variable 1.

Y = Observación de la variable 2.

r = Correlación entre dichas variables.

2.1.2 Tipo de Investigación

Es prospectivo de acuerdo al tiempo en que ocurren los hechos y se registra la información (Canales, 2004).

La investigación es transversal: la investigación transversal, es cuando queremos estudiar en un determinado momento las variables, mediante un corte en el tiempo (Canales, 2004).

2.2 Variables, Operacionalización

2.2.1 Variables

Definición Conceptual de la variable conocimiento de los estándares de acreditación

Conocimiento:

En una organización se define como conocimiento a un activo intangible que forma parte de diferentes elementos así como procesos de la institución, puede tener varias formas. Puede ser sometido a varias actividades en gestión, siendo posible que sea movable, tiene probabilidad de poder ser transformado, almacenado y aplicado, pudiéndose transformar en un activo estratégico dentro de la organización. (Segarra, Bou, 2005, p.179)

Acreditación:

Es el proceso en el cual se evalúa los recursos de la institución, de manera voluntaria, en forma periódica y reservada, este procedimiento se realiza a utilizando estándares previamente aceptados, para poder garantizar de esta manera una atención de calidad. Estos estándares van desde mínimo, los mismo que sirven como base hasta más elaborados, por lo que se puede definir diversos niveles de satisfacción. (Novaes, Paganini, 1994)

Estándares: “Son el conjunto de exigencias que surgen en los establecimientos a partir de la necesidad de funcionar de manera armónica los servicios y como parte de una red de establecimientos integrados” (Novaes, Paganini, 1994).

Listado de estándares de Acreditación: son estándares o atributos que se encuentran relacionados con las normativas, criterios de evaluación en función de las actividades que se ofrecen en el establecimiento; sirviendo estos como instrumentos para su evaluación (NT N050-MINSA/DGSP – V - 02, 2007, p. 4).

Definición operacional de la variable conocimiento de los estándares de acreditación

El conocimiento de los estándares sobre acreditación se midió a través de un cuestionario, donde se evaluó las dimensiones de atención ambulatoria, atención de emergencia, manejo del riesgo de la atención, atención y apoyo al diagnóstico y tratamiento, apoyo en el admisión y alta, referencia y contra referencia.

Definición conceptual de la variable cumplimiento de los estándares de acreditación.

La aplicación del conocimiento relacionada con la acreditación como el procedimiento que permite evaluar los recursos de la institución, de manera voluntaria, en forma periódica y debe ser reservada, que tienden a dar garantía que la atención sea de calidad mediante estándares previamente aceptados. “Los estándares pueden ser mínimos o más elaborados y exigentes, definiendo distintos niveles de satisfacción” (Novaes, Paganini, 1994, p.26).

La aplicación del conocimiento de los estándares: Son el conjunto de exigencias que surgen en los establecimientos a partir de la necesidad de funcionar de manera armónica los servicios y como parte de una red que tenga establecimientos integrados (Novaes, Paganini, 1994).

La aplicación del conocimiento del listado de estándares de Acreditación: son atributos que se encuentran relacionados con normativas y los criterios que permitan evaluar de acuerdo a las actividades que realiza el establecimiento; sirviendo estos como instrumentos para su evaluación (NT N050-MINSA/DGSP-V-02, 2007, p. 4).

Definición operacional de la variable cumplimiento de los estándares de acreditación.

El cumplimiento de los estándares de acreditación fue medida mediante el instrumento cuestionario que evaluó las dimensiones de atención ambulatoria, atención de emergencia, manejo del riesgo de la atención, atención y apoyo al diagnóstico y tratamiento, apoyo en el admisión y alta, referencia y contra referencia.

2.2.2 Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variable conocimiento de los estándares de acreditación

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE VALORES	NIVEL
Atención Ambulatoria.	- Gestión de la calidad de atención.	Del 1 al 4		Muy Bueno: 20 a 24 puntos
Atención de Emergencia	- Recurso humano y equipo biomédico.	Del 5 al 8	Correcto: 1	Bueno : 14 a 19 puntos
Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento	- Gestión de Equipos Biomédicos.	Del 9 al 12	Incorrecto: 0	Regular : 7 a 13 puntos
Manejo del riesgo de la atención	- Bioseguridad.	Del 13 al 16		Malo : 0 a 6 puntos
Admisión y Alta	- Gestión de la Historia Clínica	Del 17 al 20		
Referencia y contrarreferencia	- Manejo del traslado de un paciente	Del 21 al 24		

Tabla 2*Operacionalización de la variable cumplimiento de estándares de acreditación*

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE VALORES	NIVEL
Atención Ambulatoria.	- Señalización de la Institución.	Del 1 al 4	- Se realiza al 100% : 4 - Se realiza a un 50 % : 3	Muy Bueno: 81 a 98 puntos
Atención de Emergencia	- Control de recurso humano y/o equipo biomedico.	Del 5 al 8	- Se realiza a veces : 2 - Nunca se realiza : 1 -	Bueno : 62 a 80 puntos Regular : 43 a 61 puntos
Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento	- Mantenimiento de equipo biomedico	Del 9 al 12		Malo : 24 a 42 puntos
Manejo del riesgo de la atención	- Bioseguridad.	Del 13 al 16		
Admisión y Alta	- Gestión de la historia clínica	Del 17 al 20		
Referencia y contrarreferencia	- Manejo del traslado del paciente.	Del 21 al 24		

2.3 Población y Muestra

2.3.1 Población

La población dentro de un estudio estará definido como el conjunto de individuos y objetos de los que queremos conocer alguna información (Canales, 2004).

Esta investigación se realizó en el Policlínico Municipal de Breña, este es establecimiento privado de categoría I3 ubicado en el distrito de Breña, la misma que presta atención a los pacientes desde hace 3 años, de lunes a sábado desde las 8:00 a 20:00 horas. Se brindan atención en consultorio externo de más de 15 especialidades, realizándose solo procedimientos ambulatorios que no requieran una estancia mayor a las 12 horas.

La población que se va a investigar en el actual estudio son los profesionales de salud, los mismos que están constituidos por médicos, enfermeras, tecnólogos médicos y técnicas de enfermería. El policlínico cuenta con un promedio de 70 profesionales de

salud, del sexo femenino y masculino, cuyas edades varían entre los 23 años a los 55 años. Dentro de las áreas que hay en los policlínicos tenemos consultorio externo de las diversas especialidades, laboratorio clínico, Diagnóstico por Imágenes, Tópico de Urgencias y área Administrativa.

En esta investigación la población es de tipo finita, porque se conoce la cantidad de la población, así como las mediciones que se va tomaran en cuenta para determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento de los estándares sobre acreditación y su cumplimiento por los profesionales.

2.3.2 Muestra

Se trata de un parte de la población. Cuando se determina una muestra, nos va a permitir conocer cuáles son las características de una población, por lo que al obtener los resultados de la investigación de esa muestra la podemos generalizar o extrapolar al universo (Canales, 2014).

La muestra consta de 70 profesionales de salud que trabajan en el Policlínico Municipal de Breña. Debido a que la población total es de 70 profesionales de salud, por este motivo la población será la muestra para la presente investigación.

2.4 Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1 Técnica

En este trabajo la técnica para poder obtener información será la encuesta. Esto se realiza mediante la aplicación de procedimientos estandarizados, haciéndole la misma pregunta a varios individuos. En el presente estudio se realizó en el horario de trabajo de los profesionales de salud, con una duración de 25 minutos aproximadamente.

2.4.2 Instrumento

La Encuesta que se utiliza en la presente investigación fue el cuestionario. El mismo que nos permite conocer los conocimientos que tienen los profesionales de salud de los estándares de acreditación que debe cumplir un establecimiento de salud.

Este instrumento está constituido por: Título, Palabras Motivacionales, este cuestionario nos va a permitir conocer nuestras debilidades sobre como se aplican los estándares de la acreditación en nuestra práctica clínica diaria; siendo de importancia porque no solo nos permite garantizar la seguridad del paciente si no también la nuestra. De acuerdo a los resultados podemos elaborar planes de capacitación en estos temas en beneficios de los profesionales de la salud. Se les pida lean atentamente cada una de las indicaciones para el llenado de los cuestionarios. También consta con Datos Generales: en los que estamos tomando la profesión del encuestado, así como el área o servicio donde trabaja.

Se realizan dos cuestionarios, uno por cada una de las variables: Conocimiento de los estándares de acreditación y cumplimiento de estándares de acreditación.

En la variable 1: Conocimiento de los estándares de acreditación se toman 6 dimensiones, cada una de las cuales tienen 4 Items de evaluación, teniendo un total de 24 Items. Las dimensiones tomadas son las siguientes: Atención Ambulatoria, Atención de Emergencia, Atención de Apoyo al Diagnóstico y tratamiento, Manejo del Riesgo de la Atención, Admisión y Alta y Referencia y Contrarreferencia.

En la variable 2: Cumplimiento sobre los estándares de acreditación se toman 6 dimensiones, cada una de las cuales tienen 4 Items de evaluación, teniendo un total de 33Items. Las dimensiones tomadas son las siguientes: Atención Ambulatoria, Atención de Emergencia, Atención de Apoyo al Diagnóstico y tratamiento, Manejo del Riesgo de la Atención, Admisión y Alta, Referencia y Contrarreferencia.

Las preguntas son claras y están determinadas por cada uno de los estándares de

acreditación contenidos en estos macroprocesos de acuerdo al nivel I3 de atención.

Ficha técnica del instrumento 1

Nombre	Cuestionario sobre el conocimiento de los estándares de acreditación	
Autor	Myrian del Pilar Montoya Acuña	
Como se administra	Individual	
Cuánto dura la prueba	15 minutos	
Para que lo utilizamos	Conocer más a fondo sobre el conocimiento de los profesionales de salud respecto a los estándares de acreditación	
Ámbito de aplicación	Policlínico Municipal de Breña	
En la prueba tenemos	24 Ítems	
Se evalúa	6 dimensiones	
Dimensión	Ítem	Valor
Atención Ambulatoria	1,2,3,4	respuesta: correcta 1 incorrecta 0
Atención de Emergencia	5,6,7,8	
Atención de Apoyo al Diagnóstico y tratamiento	9,10,11,12	
Manejo del riesgo de la atención	13,14,15,16	
Admisión y Alta	17,18,19,20	
Referencia y contrareferencia	21,22,23,24	
Resultado	El rango de la variable nivel de conocimiento de los estándares de acreditación	
	Malo	00 - 06
	Regular	07 - 13
	Bueno	14 - 19
	Muy bueno	20 - 24

Ficha técnica del instrumento 2

Nombre	Cuestionario sobre el cumplimiento de los estándares de acreditación	
Autor	Myrian del Pilar Montoya Acuña	
Como se administra	Individual	
Cuánto dura la prueba	15 minutos	
Para que lo utilizamos	Conocer más a fondo sobre el cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud.	
Ámbito de aplicación	Policlínico Municipal de Breña	
En la prueba tenemos	24 Ítems	
Se evalúa	6 dimensiones	
Dimensión	Ítem	Valor
Atención Ambulatoria	1,2,3,4	Se realiza al 100% : 4 Se realiza a un 50%: 3 Se realiza a veces: 2 Nunca se realiza: 1
Atención de Emergencia	5,6,7,8	
Atención de Apoyo al Diagnóstico y tratamiento	9,10,11,12	
Manejo del riesgo de la atención	13,14,15,16	
Admisión y Alta	17,18,19,20	
Referencia y contrareferencia	21,22,23,24	
Resultado	El rango de la variable nivel de conocimiento de los estándares de acreditación	
	Malo	24 - 42
	Regular	43 - 61
	Bueno	62 - 80
	Muy bueno	81 - 98

2.4.3 Validez

Es la forma en que el instrumento puede medir verdaderamente la variable en estudio. Es un proceso muy complejo que todo instrumento debe alcanzar (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, pp.200-201).

Según Hernández, et al. (2014), los instrumentos deberán ser validados por medio de su contenido y constructo.

Validez por contenido. Tiene que representar a la mayoría de los componentes. Para la validez de contenido se contesta la siguiente pregunta: ¿El instrumento mide en forma adecuada las dimensiones más importantes que tiene la variable?

Validez de constructo es cuando se debe exponer como toda medición de la variable puede vincularse de forma congruente con todas las mediciones de otros conceptos que pueden ser relacionados teóricamente. Para la validez de constructo se debe contestar la siguiente pregunta: ¿En el instrumento se ve reflejado el concepto teórico? ¿Cuál es el significado de las puntuaciones que se tienen del instrumento? ¿El instrumento mide el constructo y sus dimensiones? ¿Cómo procede el instrumento? ¿Por qué?

El instrumento del estudio deberá ser sometido a juicio de expertos. Este instrumento tendrá validez a través del juicio de 2 expertos, de los cuales uno será de contenido y uno de constructo.

Tabla 3

Validez del instrumento Conocimiento de los estándares de acreditación, según los expertos

Experto	El instrumento tendrá			Condición final
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Aplicable
Juez 1	Si	Si	Si	Si
Juez 2	Si	Si	Si	Si
Juez 3	Si	Si	Si	Si

Tabla 4

Validez del instrumento Cumplimiento de los estándares de acreditación, según los expertos

Experto	El instrumento presenta			Condiciónfinal
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Aplicable
Juez 1	Si	Si	Si	Si
Juez 2	Si	Si	Si	Si
Juez 3	Si	Si	Si	Si

Perfiles de los Jueces:

Juez 1:

Mg. Magaly Lisset Huaman Ochoa

Médico Anestesiólogo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Magister en Gerencias de Servicios de Salud - Universidad ESAN.

Juez 2:

Mg. Felix Alberto Caycho Valencia

Magister especialista en Gestión de Recursos Humanos

Juez 3:

Dra. Flor de María Sánchez Aguirre

Especialista en Metodología de la Investigación

2.4.4 Confiabilidad

Es el grado en que si aplicamos de forma repetida a la misma persona u objeto nos producirá iguales resultados (Hernández et al.,2013)

A todo instrumento que nos permita medir algo, se le debe calcular la confiabilidad, si son varios instrumentos, este proceso se hará a cada uno de ellos.

Todo instrumento puede tener diversas escalas sobre diversas variables o dimensiones, podemos decir que la fiabilidad es establecida para cada escala.

Según Hernández et al. (2014), refiere:

El coeficiente KR-20 de Kuder y Richardson necesita solo una aplicación del instrumento. Tiene como ventaja la sola aplicación de la medición y luego el cálculo del coeficiente. Los sistemas de estadística (SPSS) los señala y solo los analiza. En cuanto al resultado del coeficiente, varios autores mencionan que para ser fiable debe de estar entre 0.7 y 0.9, aunque no hay consenso general (pp.294-295)

En este estudio se utilizó el Coeficiente Kuder Richardson 20 (KR 20), por ser un estudio cuantitativo, escala de medición ordinal y de ítems dicotómicos; para el primer instrumento sobre conocimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud.

Tabla 5
Confiabilidad de la variable conocimiento de los estándares de acreditación Estadísticos de fiabilidad

KR20	N de elementos
,7	16

En este estudio se utiliza el alfa de Cronbach, para validar el instrumento sobre el cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña.

Tabla 6
Confiabilidad de la variable cumplimiento de los estándares de acreditación Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,85	16

El coeficiente de Alfa de Crombach que se obtuvo es 0,85, el mismo que nos permite afirmar que nuestro instrumento sobre el cumplimiento de los estándares de acreditación es de alta confiabilidad.

2.5 Métodos para analizar los datos

Para el análisis de datos se realizó a través de la estadística descriptiva e inferencial. En el primer caso se aplicó las medidas de tendencia central y la de dispersión, según Hernández, et al., (2014). En este proceso se analizaron primero los indicadores o ítems y luego las variables. Finalmente se realizó la prueba de contrastación de hipótesis.

Estadística Descriptiva

Según Hernández, et al., (2014) se debe proceder a describir todos los datos, valores que se obtengan de cada variable. Se debe señalar la distribución frecuencias de cada variable.

Las medidas de tendencia central serán definidas como los puntos en una distribución obtenida de los valores medios o centrales de la distribución, permitiéndonos ubicarla en la escala de medición de la variable analizada. (Hernández, et al., 2014, pp. 284-285).

Según Hernández, et al., (2014), “las medidas de la variabilidad nos van a indicar la diseminación de los datos en toda escala de medición de la variable; se responde a la siguiente pregunta: ¿Dónde están dispersas las puntuaciones o los valores obtenidos? (pp.287).

Estadística Inferencial:

Según, Hernández, et al., (2014), es parte de la estadística que nos va a permitir contrastar las hipótesis, a partir de la caracterización de las dos variables y estimar parámetros.

Prueba de normalidad

Esta prueba se puede calcular a partir de la hipótesis estadística utilizando el Kolmogorov – Smirnov, para saber si es normal, ya que mide el grado de concordancia que existe entre la distribución de un conjunto de datos y una distribución teórica específica.

Si la distribución se determina como normal se usa el coeficiente de correlación de Pearson. Si se determina como anormal se usará el coeficiente de correlación de Spearman

Prueba de la contrastación de hipótesis.

El nivel de significancia o la probabilidad de aceptar la hipótesis se estima con la letra p.

En el estudio usaremos p igual a 0.05.

Si p es $<$ o igual que 0.05, aceptaremos la hipótesis alterna, si p es $>$ que 0.05 se tendrá que aceptar la hipótesis nula.

Prueba estadística.

Se usa para ver la relación de las variables de estudio.

2.6 Aspectos Éticos

La Declaración de Helsinki fue promulgada por la Asociación Médica Mundial en el año 1964, es el conjunto de principios éticos que sirvan como guía a la comunidad de profesionales de salud y otras personas que trabajan directamente con los seres humanos. A la actualidad es considerada como uno de los documentos de mayor importancia en la ética cuando se investiga con seres humanos.

Cuando queremos trabajar dentro de la investigación médica con material o datos humanos identificables, siempre se debe solicitar consentimiento para poder

recolectar datos, analizarlos, almacenarlos y reutilizar la información. Cuando solicitamos este consentimiento informado no debe haber una relación de dependencia entre el individuo potencial y quien realiza la investigación (DoH, 2008).

III. Resultados

3.1 Estadística Descriptiva

En cuanto al nivel de conocimiento de los estándares de acreditación se encuentra que 44.3% un muy buen nivel de conocimiento, 20 % tiene buen nivel de conocimiento, 20 % tiene regular nivel de conocimiento y 15.7 % tiene mal o pésimo nivel de conocimiento.

Tabla 7

Descripción de frecuencias sobre niveles de conocimiento de los estándares de acreditación por profesionales de salud.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	11	15.7%
Regular	14	20.0%
Bueno	14	20.0%
Muy bueno	31	44.3%
Total	70	100.0%

Figura 3:

Nivel de conocimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud



En cuanto al nivel de conocimiento de estándares en acreditación de la atención ambulatoria se encuentra que el 44.3% un muy buen nivel de conocimiento, 20 % tiene buen nivel de conocimiento, el 15.7% tiene regular nivel de conocimiento y el 20% tiene mal o pésimo nivel de conocimiento.

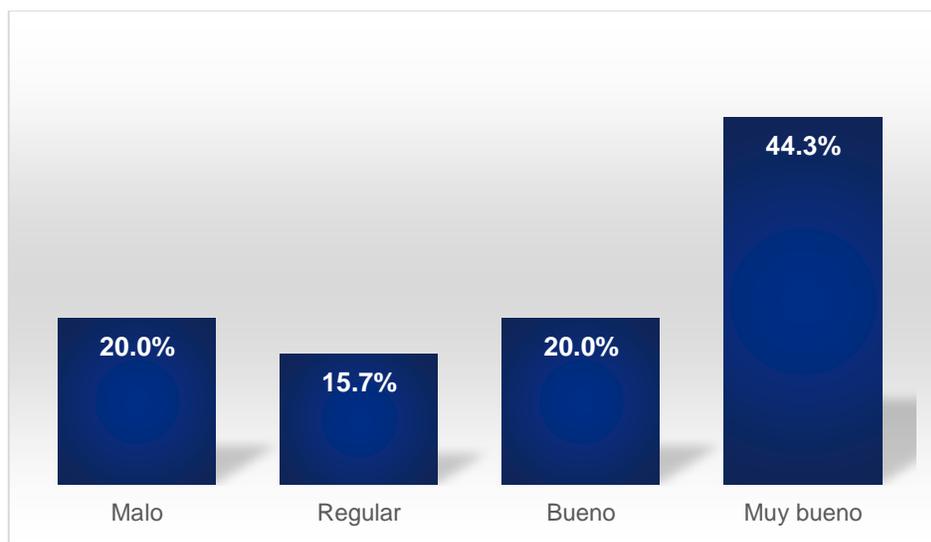
Tabla 8

Descripción de la frecuencia de niveles de conocimiento en atención ambulatoria

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	14	20.0%
Regular	11	15.7%
Bueno	14	20.0%
Muy bueno	31	44.3%
Total	70	100.0%

Figura 4:

Nivel de conocimiento en atención ambulatoria



En cuanto al nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en la atención de emergencia se encuentra que el 21.4% un muy buen nivel de conocimiento, 22.9 % tiene buen nivel de conocimiento, el 20 % tiene regular nivel de conocimiento y el 35.7 % tiene mal o pésimo nivel de conocimiento.

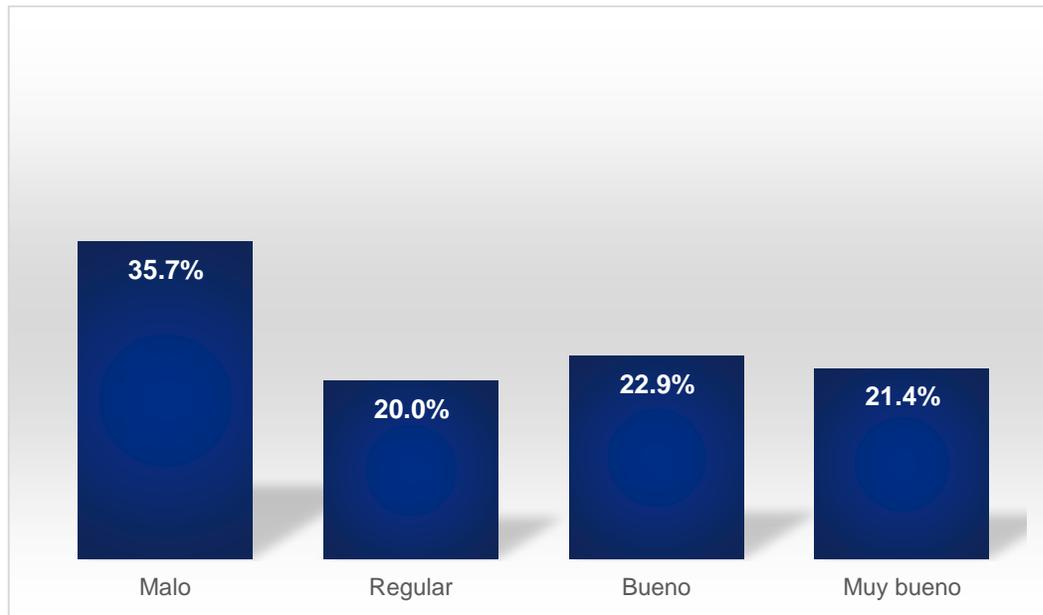
Tabla 9

Descripción de frecuencias de niveles de conocimiento de la atención de emergencia

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.7%
Regular	14	20.0%
Bueno	16	22.9%
Muy bueno	15	21.4%
Total	70	100.0%

Figura 5

Nivel de conocimiento sobre atención de emergencia



En cuanto al nivel de conocimiento de los estándares de acreditación sobre atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento se encuentra que el 20 % un muy buen nivel de conocimiento, 22.9 % tiene buen nivel de conocimiento, el 21.4 % tiene regular nivel de conocimiento y el 35.7 % tiene mal o pésimo nivel de conocimiento.

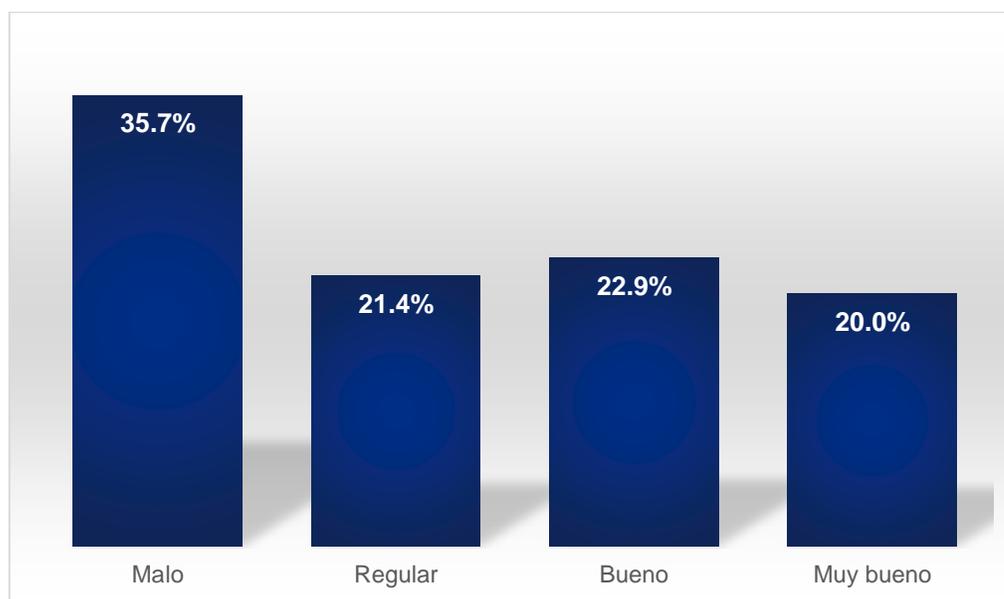
Tabla 10

Descripción de frecuencias de niveles de conocimiento de la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.7%
Regular	15	21.4%
Bueno	16	22.9%
Muy bueno	14	20.0%
Total	70	100.0%

Figura 6

Nivel de conocimiento en atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento



En cuanto al nivel de conocimiento de estándares de acreditación en el manejo del riesgo de la atención se encuentra que el 0 % un muy buen nivel de conocimiento, 44.3 % tiene buen nivel de conocimiento, el 35.7 % tiene regular nivel de conocimiento y el 20 % tiene mal o pésimo nivel de conocimiento.

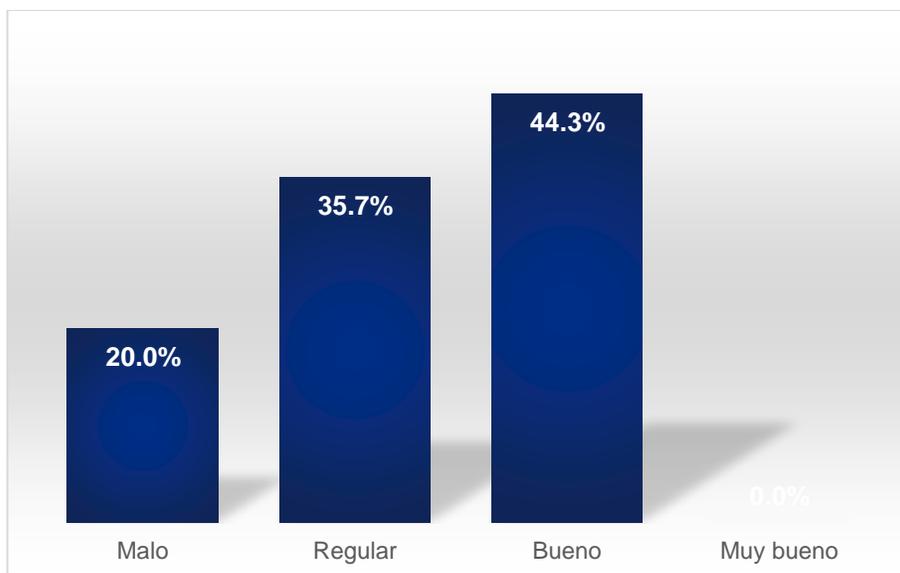
Tabla 11

Descripción de frecuencias de niveles de conocimiento del manejo del riesgo de la atención

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	14	20.0%
Regular	25	35.7%
Bueno	31	44.3%
Muy bueno	0	0.0%
Total	70	100.0%

Figura 7

Nivel de conocimiento de manejo del riesgo de la atención



En cuanto al nivel de conocimiento de estándares de acreditación en la admisión y alta se encuentra que el 0 % un muy buen nivel de conocimiento, 44.3 % tiene buen nivel de conocimiento, el 35.7 % tiene regular nivel de conocimiento y el 20 % tiene mal o pésimo nivel de conocimiento.

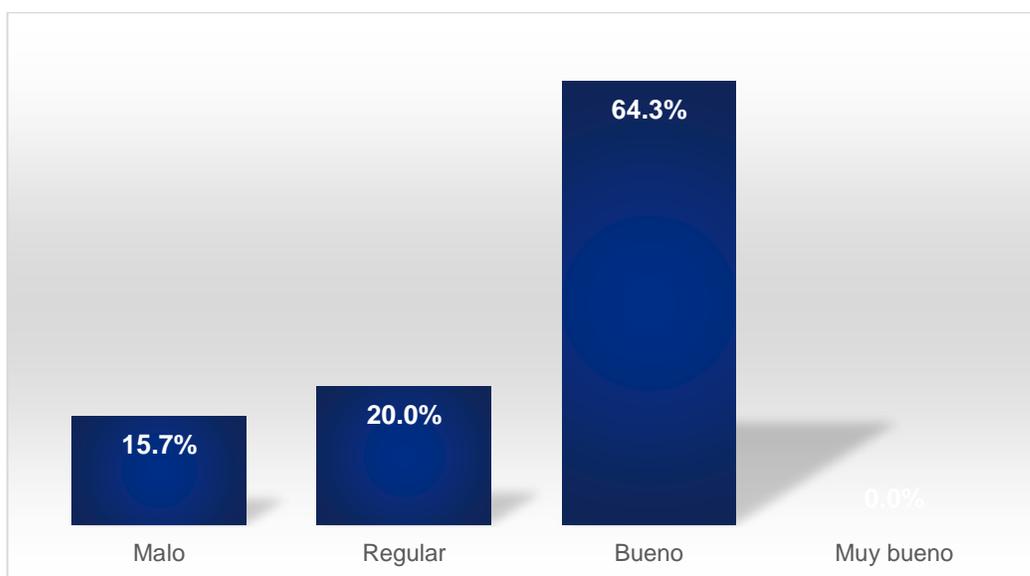
Tabla 12

Descripción de frecuencias de niveles de conocimiento de la admisión y alta

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	11	15.7%
Regular	14	20.0%
Bueno	45	64.3%
Muy bueno	0	0.0%
Total	70	100.0%

Figura 8

Nivel de conocimiento de admisión y alta



En cuanto al nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en la atención de referencia y contrarreferencia se encuentra que el 0 % un muy buen nivel de conocimiento, 64.3 % tiene buen nivel de conocimiento, el 20 % tiene regular nivel de conocimiento y el 15.7 % tiene mal o pésimo nivel de conocimiento.

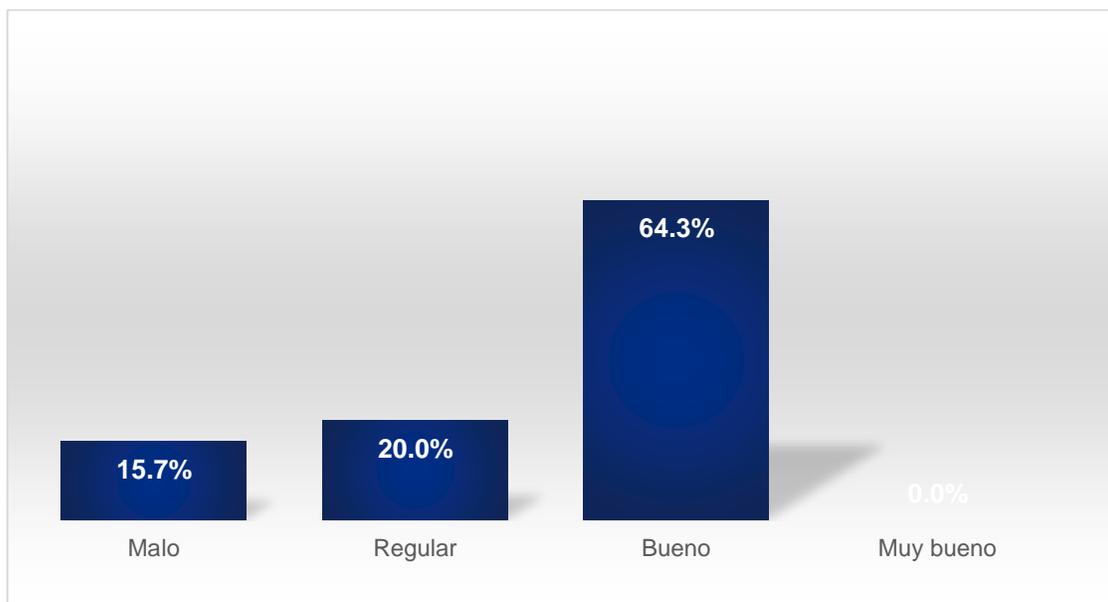
Tabla 13

Descripción de frecuencias de niveles de conocimiento en referencia y contrarreferencia.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	11	15.7%
Regular	14	20.0%
Bueno	45	64.3%
Muy bueno	0	0.0%
Total	70	100.0%

Figura 9

Nivel de conocimiento en referencia y contrarreferencia



En cuanto al nivel de cumplimiento de estándares de acreditación por los profesionales de salud se encuentra que el 64.3 % refiere que hay un muy buen cumplimiento de los estándares dentro de su institución, mientras que el 35.7 % de los profesionales nos indican que no se cumplen los estándares de acreditación en su institución.

Tabla 14

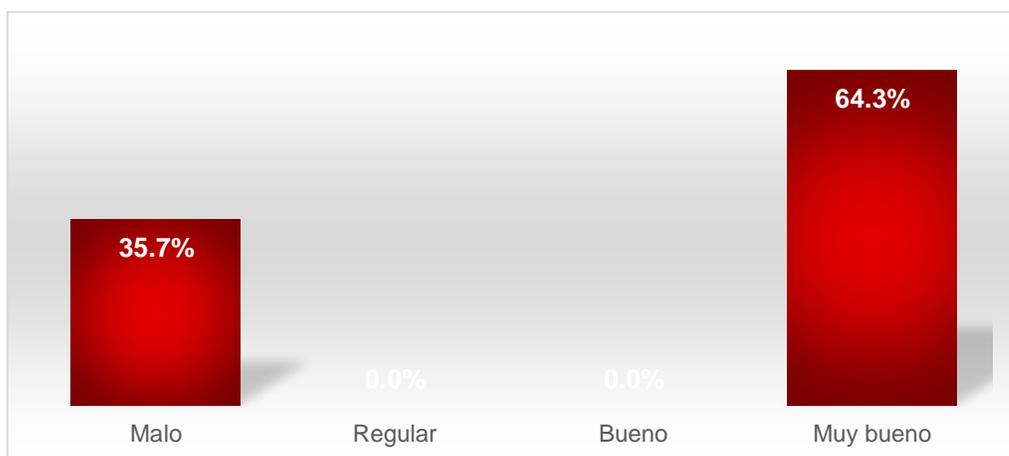
Descripción de frecuencias de niveles del cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud

Nivel de Cumplimiento

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.7%
Regular	0	0.0%
Bueno	0	0.0%
Muy bueno	45	64.3%
Total	70	100.0%

Figura 10

Nivel de cumplimiento de estándares de acreditación



En cuanto al nivel de cumplimiento de estándares de acreditación en la atención ambulatoria se encuentra que el 22.9 % de los profesionales de salud refiere que hay un buen cumplimiento, 41.4% tiene buen nivel de cumplimiento, el 0.0 % tiene regular nivel de cumplimiento y el 35.7 % tiene mal o pésimo nivel de cumplimiento.

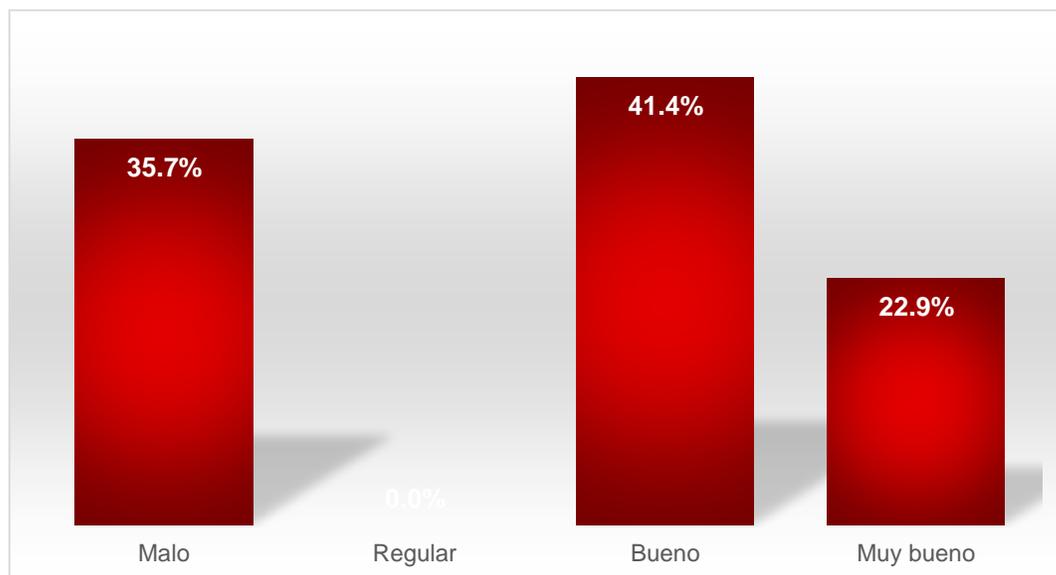
Tabla 15

Descripción de frecuencias de niveles de cumplimiento en la atención ambulatoria

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.7%
Regular	0	0.0%
Bueno	29	41.4%
Muy bueno	16	22.9%
Total	70	100.0%

Figura 11

Nivel de cumplimiento en la atención ambulatoria



En cuanto al nivel de cumplimiento de estándares de acreditación en la atención de emergencia se encuentra que el 42.9 % tienen un muy buen nivel de cumplimiento, 21.4% tiene buen nivel de cumplimiento, el 0.0 % tiene regular nivel de cumplimiento y el 35.7 % tiene mal o pésimo nivel de cumplimiento.

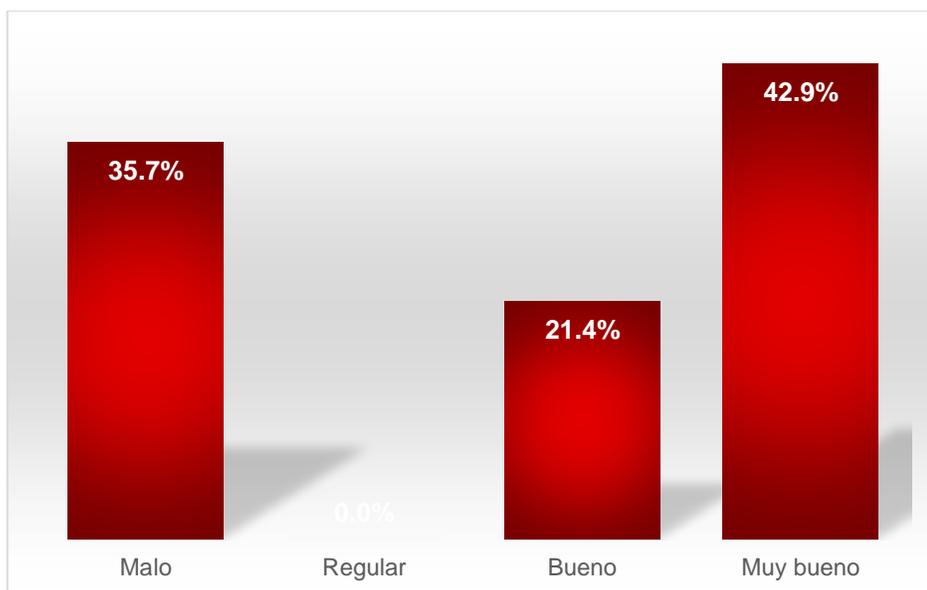
Tabla 16

Descripción de frecuencias de los niveles de cumplimiento en la atención de emergencia

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.7%
Regular	0	0.0%
Bueno	15	21.4%
Muy bueno	30	42.9%
Total	70	100.0%

Figura 12

Nivel de cumplimiento en la atención de emergencia



En cuanto al nivel de cumplimiento de estándares de acreditación en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento se encuentra que el 21.4 % tiene un muy buen nivel de cumplimiento, 42.9 % tiene buen nivel de cumplimiento, el 0.0 % tiene regular nivel de cumplimiento y el 35.7 % tiene mal o pésimo nivel de cumplimiento.

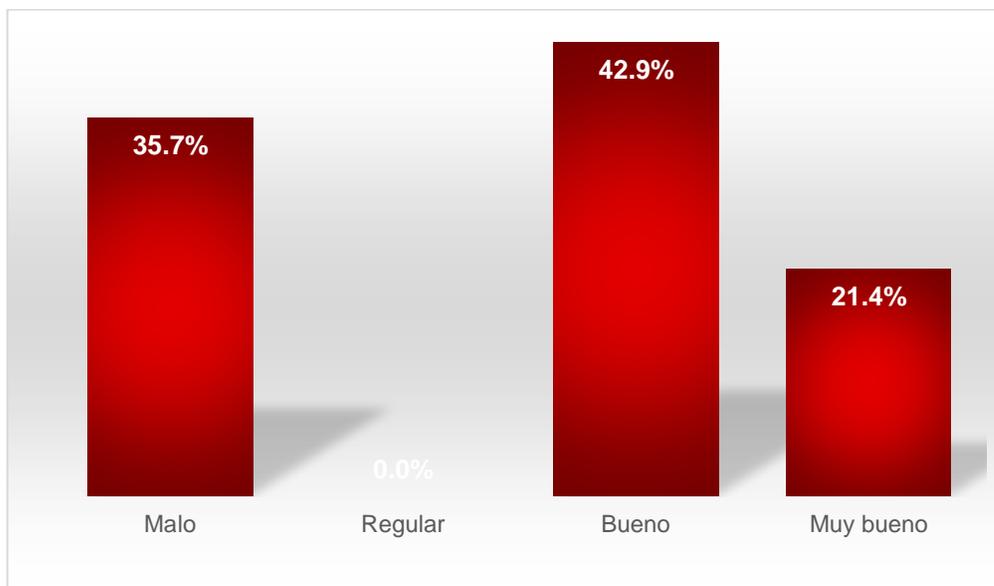
Tabla 17

Descripción de las frecuencias de los niveles de cumplimiento en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.7%
Regular	0	0.0%
Bueno	30	42.9%
Muy bueno	15	21.4%
Total	70	100.0%

Figura 13

Nivel de cumplimiento en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento



En cuanto al nivel de cumplimiento de estándares de acreditación en el manejo del riesgo de la atención se encuentra que el 22.9 % tiene un muy buen nivel de cumplimiento, 41.4 % tiene buen nivel de cumplimiento, el 0.0 % tiene regular nivel de cumplimiento y el 35.7 % tiene mal o pésimo nivel de cumplimiento.

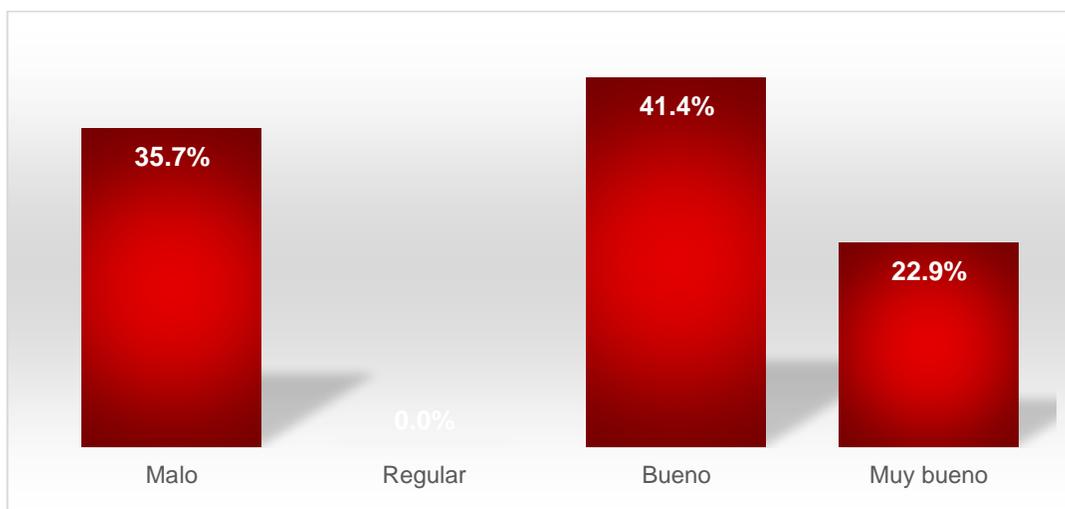
Tabla 18

Descripción de frecuencias de los niveles de cumplimiento en el manejo del riesgo de la atención

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.7%
Regular	0	0.0%
Bueno	29	41.4%
Muy bueno	16	22.9%
Total	70	100.0%

Figura 14

Nivel de cumplimiento en el manejo del riesgo de la atención



En cuanto al nivel de cumplimiento de estándares de acreditación en admisión y alta se encuentra que el 22.9 % un muy buen nivel de cumplimiento, 41.4 % tiene buen nivel de cumplimiento, el 0.0 % tiene regular nivel de cumplimiento y el 35.7 % tiene mal o pésimo nivel de cumplimiento.

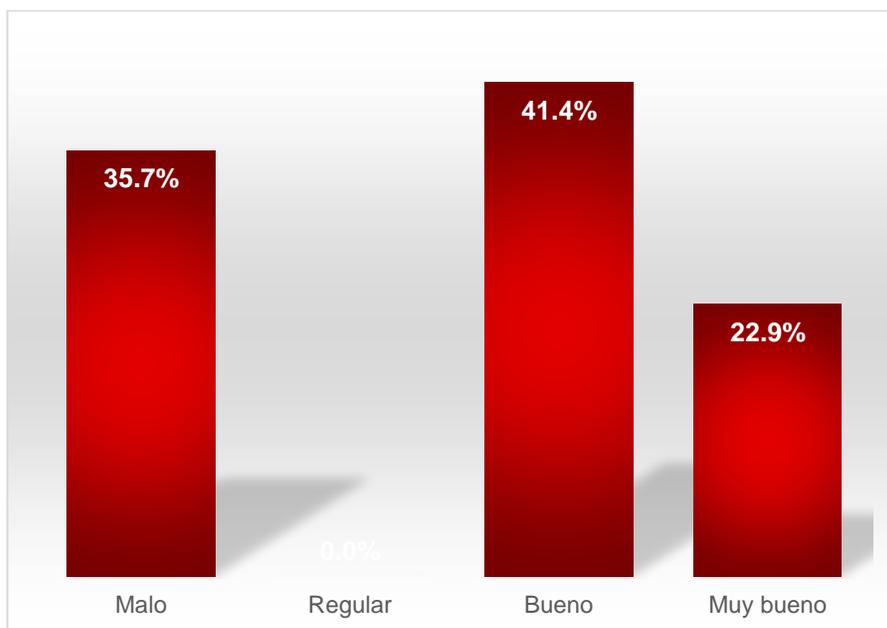
Tabla 19

Descripción de frecuencias de los niveles de cumplimiento en la admisión y alta

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.7%
Regular	0	0.0%
Bueno	29	41.4%
Muy bueno	16	22.9%
Total	70	100.0%

Figura 15

Nivel de cumplimiento en Admisión y Alta



En cuanto al nivel de cumplimiento de estándares de acreditación en referencia y contrarreferencia se encuentra que el 41.4 % un muy buen nivel de cumplimiento, 22.9 % tiene buen nivel de cumplimiento, el 0.0 % tiene regular nivel de cumplimiento y el 35.7 % tiene mal o pésimo nivel de cumplimiento.

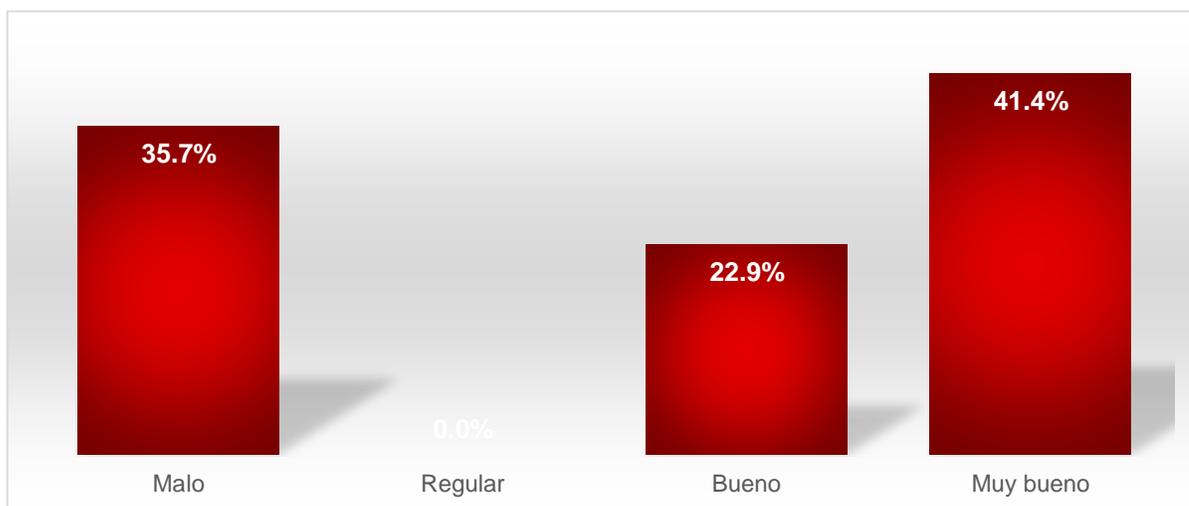
Tabla 20

Descripción de frecuencias de los niveles de cumplimiento de la referencia y contrarreferencia

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.7%
Regular	0	0.0%
Bueno	16	22.9%
Muy bueno	29	41.4%
Total	70	100.0%

Figura 16

Nivel de conocimiento en la referencia y contrarreferencia



3.2 Estadística inferencial

Para la contrastación de hipótesis y la prueba estadística para ver la correlación, se usó el Rho de Spearman.

Existe relación directa entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud del Policlínico Municipal de Breña en el 2017.

Hipótesis nula (H_0): $\rho = 0$, Esto nos indica que no hay relación directa entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña en el 2017.

Hipótesis alterna (H_a): $\rho \neq 0$, Esto nos indica que si hay relación directa entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña en el 2017.

Nivel de confianza 95%

Margen de error: $\alpha = 0,05$ (5%)

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0

$p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna H_a

Tabla 21

Correlación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de estándares de acreditación por los profesionales de salud

			Nivel de conocimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud
Rho de Spearman	Nivel de conocimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	Coeficiente de correlación	1.000	,878**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	70	70
	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	Coeficiente de correlación	,878**	1.000
Sig. (bilateral)		.000	.	
	N	70	70	

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 21, el coeficiente de correlación de Rho de Spearman es 0.878** , con una sig. = 0.000, por lo tanto se procede a rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna; esto quiere decir que existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud

Hipótesis específica 1:

Formulación de hipótesis estadística

Existe relación directa entre el nivel sobre conocimiento de los estándares de acreditación en la Atención Ambulatoria y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis nula (H_0): $\rho = 0$, Esto nos indica que no hay relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención ambulatoria por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis alterna (H_a): $\rho \neq 0$, Esto nos indica que si hay relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención ambulatoria por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Tabla 22

Correlación entre el conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención ambulatoria

			Atención ambulatoria	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud
Rho de Spearman		Coeficiente de correlación	1.000	,878**
	Atención ambulatoria	Sig. (bilateral)	.	.000
		N	70	70
	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	Coeficiente de correlación	,878**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	70	70

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En esta tabla 22, el coeficiente de Rho de Spearman es igual a 0.878** , con una sig. = 0.000, esto nos indica que se rechazaría la hipótesis nula y se procede a aceptar la hipótesis alterna; indicándonos que existe una correlación directa entre las dos variables. Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención ambulatoria por los profesionales de salud.

Hipótesis específica 2:

Formulación de la hipótesis estadística

Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en la Atención de Emergencia y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis nula (H_0): $\rho = 0$, Esto nos indica que no hay relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención de emergencia por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis alterna (H_a): $\rho \neq 0$, Esto nos indica que si hay relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención de emergencia por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Tabla 23

Correlación entre el conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención de emergencia

		Atención de emergencia	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud
Rho de Spearman	Atención de emergencia	Coeficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	,863**
		N	.000
	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	Coeficiente de correlación	70
		Sig. (bilateral)	,863**
		N	.000
			70

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En esta tabla 23, el coeficiente de Rho de Spearman es igual a 0.863** , con una sig. = 0.000, esto nos indica que se rechazaría la hipótesis nula y se procede a aceptar la hipótesis alterna; indicándonos que existe una correlación directa entre las dos variables. Existe relación directa entre nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención de emergencia por los profesionales de salud.

Hipótesis específica 3:

Formulación de la hipótesis estadística

Existe relación directa entre nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en la Atención de Apoyo al Diagnóstico - Tratamiento y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis nula (Ho): $\rho = 0$, Esto nos indica que no hay relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento por los profesionales de salud del Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis alterna (H_a): $\rho \neq 0$, Esto nos indica que si hay relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento por los profesionales de salud el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Tabla 24

Correlación entre el conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento

			Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud
Rho de Spearman	Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento	Coeficiente de correlación	1.000	,863**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	70	70
	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	Coeficiente de correlación	,863**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	70	70

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En esta tabla 24, el coeficiente de Rho de Spearman es igual a 0.863** , con una sig. = 0.000, esto nos indica que se rechazaría la hipótesis nula y se procede a aceptar la hipótesis alterna; indicándonos que existe correlación directa entre las dos variables. Existe relación directa entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento por los profesionales de salud.

Hipótesis específica 4:

Formulación de la hipótesis estadística

Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en el Manejo de riesgo de la atención y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis nula (H_0): $\rho = 0$, Esto nos indica que no hay relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación en el manejo del riesgo por los profesionales de salud del Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis alterna (H_a): $\rho \neq 0$, Esto nos indica que si hay relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación en el manejo del riesgo por los profesionales de salud del Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Tabla 25

Correlación entre el conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en el manejo del riesgo de la atención

			Manejo del riesgo de la atención	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud
Rho de Spearman	Manejo del riesgo de la atención	Coeficiente de correlación	1.000	,338**
		Sig. (bilateral)	.	.004
		N	70	70
	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	Coeficiente de correlación	,338**	1.000
Sig. (bilateral)		.004	.	
	N	70	70	

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En esta tabla 25, el coeficiente de Rho de Spearman es igual a 0.338** , con una sig. = 0.04, esto nos indica que se rechazaría la hipótesis nula y se procede a aceptar la hipótesis alterna; indicándonos que existe una correlación directa entre las dos variables. Existe relación directa entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en el manejo del riesgo de la atención por los profesionales de salud.

Hipótesis específica 5:

Formulación de la hipótesis estadística

Existe elación directa entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en Admisión – Alta y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis nula (H_0): $\rho = 0$, Esto nos indica que no hay relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación en la admisión y alta por los profesionales de salud del Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis alterna (H_a): $\rho \neq 0$, Esto nos indica que si hay relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación en la admisión y alta por los profesionales de salud del Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Tabla 26

Correlación entre el conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la admisión y alta

		Admisión y alta	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud
Rho de Spearman	Admisión y alta	Coeficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	,976**
		N	.
			.000
	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	Coeficiente de correlación	,976**
		Sig. (bilateral)	1.000
		N	.
			.000
			70
			70

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En esta tabla 26, el coeficiente de correlación de Rho de Spearman es igual a 0.976** , con una sig. = 0.000, esto nos indica que se rechazaría la hipótesis nula y se procede a aceptar la hipótesis alterna; indicándonos que existe una correlación directa entre las dos variables. Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la admisión y alta por los profesionales de salud.

Hipótesis específica 6:

Formulación de la hipótesis estadística

Existe relación entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en Referencia -Contrarreferencia y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis nula (H_0): $\rho = 0$, Esto nos indica que no hay relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación en referencia y contrarreferencia por los profesionales de salud del Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Hipótesis alterna (H_a): $\rho \neq 0$, Esto nos indica que si hay relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación en referencia y contrarreferencia por los profesionales de salud del Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.

Tabla 27

Correlación entre el conocimiento y cumplimiento de estándares de acreditación en referencia y contrarreferencia

		Referencia y contrarreferencia	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud
Rho de Spearman	Referencia y contrarreferencia	Coeficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	.030
		N	70
	Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	Coeficiente de correlación	,260*
		Sig. (bilateral)	.030
		N	70

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En esta tabla, el coeficiente de Rho de Spearman es igual a 0.260** , con una sig. = 0.30, esto nos indica que se rechazaría la hipótesis nula y se procede a aceptar la hipótesis alterna; indicándonos que existe una correlación directa entre las dos variables. Existe relación directa entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en la referencia y contrarreferencia de apoyo al diagnóstico y tratamiento por los profesionales de salud.

IV. Discusión

Respecto al nivel sobre conocimientos de estándares de acreditación en todas las dimensiones que tienen que ver con la atención directa de los usuarios se evidencia que el 44.3 % de profesionales del policlínico tuvieron un muy buen nivel de conocimiento, el 20 % de los profesionales tenía un buen nivel de conocimiento, así como el 20 % tuvo regular nivel de conocimiento, el 15.7 % restante de los profesionales tuvo un bajo a mal nivel de conocimiento de estándares de acreditación en sus diversas dimensiones.

Respecto al cumplimiento de estándares sobre acreditación se puede observar que los profesionales del policlínico salud indicaron que en su establecimiento de salud se cumple con un 64.3 % en la aplicación de los estándares de acreditación durante las atenciones diarias a los pacientes que acuden al establecimiento; mientras que otro grupo indico que solo se cumple a un 35.7 % la aplicación de los mismos.

De acuerdo a resultados obtenidos en la presente investigación se puede verificar que hay una relación directa entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de estándares de acreditación por los profesionales de salud que laboran en el Policlínico Municipal de Breña, la correlación es significativa a nivel de 0.05 (bilateral). Esta relación directa demostrada en la presente investigación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud concorda con trabajos anteriores realizados en otros países, como el de Figueiredo, Menezes y Alves (2013), donde se demostró la comunicación influye en los conocimientos en un proceso de acreditación hospitalaria. Los resultados de este estudio evidenciaron sobre la poca información, no hay objetividad, integridad y claridad en la transferencia del conocimiento favorece a que los establecimientos no puedan ser acreditados.

Sobre las hipótesis específicas, existe relación significativa en todas las hipótesis sobre conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en sus 6 dimensiones, siendo las mismas de acuerdo al grado de correlación las siguientes: Admisión y alta; atención ambulatoria, atención en emergencia, apoyo al diagnóstico

y tratamiento; riesgo de la atención, todas estas con una correlación significativa en el nivel 0,01 (bilateral). Siendo sus coeficiente de correlación 0.976, 0.878, 0.863, 0.863 y 0.338 respectivamente. En el caso de la hipótesis específica de referencia y contrarreferencia, la correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral), siendo su coeficiente de correlación de 0.260.

Como se puede observar la correlación es débil con respecto a las referencias y contrarreferencias, así como la atención en el riesgo de la atención. De acuerdo a los resultados de la investigación podemos observar que ambas dimensiones su nivel de conocimiento alcanzado por los profesionales de salud está dentro de un buen nivel, mientras que en el cumplimiento se visualiza que si se muy buenos niveles de aplicación, esto puede ser debido a que el área de gestión del policlínico pone énfasis en la aplicación de estándares sobre acreditación en las diversas áreas. Aunque los porcentajes en esta escala no superaron los 50%.

V. Conclusiones

En esta investigación se concluye:

Primera: Si existe relación directa entre nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud, que trabajan en el Policlínico Municipal de Breña, la correlación es significativa a nivel de 0.05 (bilateral). Siendo una correlación positiva fuerte.

Segunda: La hipótesis específica que tiene el coeficiente de correlación más alto, es la de admisión y alta, siendo este de 0.976. Esto quiere decir que los profesionales del policlínico al tener un buen nivel de conocimiento tienen mayor facilidad de su aplicación en sus actividades asistenciales y administrativas diarias que realizan en su institución.

Tercera: La hipótesis específica de referencia y contrarreferencia tiene el coeficiente de correlación positiva, pero el más bajo y débil, siendo este de 0.260. De acuerdo a los resultados de la investigación, podemos observar que mientras que el nivel de conocimiento ningún profesional estuvo en la escala de un muy buen nivel, en el cumplimiento de estándares sobre acreditación si marcaron un porcentaje 42.4 % en un muy buen nivel. Esto nos indica que el equipo de gestión realiza un buen trabajo en la mira del cumplimiento de todos los estándares, pero al no tener conocimiento en este tema, no se puede llegar a cumplir todos los objetivos trazados.

Cuarta: La hipótesis específica de riesgo de la atención tiene un coeficiente de correlación de 0.338. Esto nos indica que la correlación es débil; los niveles de conocimiento de los profesionales de salud con respecto a los estándares de acreditación que aplican a esta dimensión está acorde con el cumplimiento de los mismos en su práctica clínica de sus actividades diarias.

Quinta: Las demás hipótesis específicas de admisión y alta, atención en emergencia, apoyo al diagnóstico y tratamiento, tienen coeficientes de correlación altos. Podemos observar que los profesionales de salud tienen claro los conocimientos sobre los estándares de acreditación en estas dimensiones, así como aplicarlas en sus actividades diarias que realizan en el Policlínico Municipal de Breña.

Sexta: Es importante que todo profesional de salud conozca bien que sobre los estándares de acreditación que deben cumplirse en cada una de las dimensiones que nos indica la norma técnica de acuerdo al tipo de categorización con la que cuenta el establecimiento; para de esta manera poder tener mayor facilidad en la aplicación y/o cumplimiento de los mismos en sus actividades diarias que realizan durante la atención que brindan a los usuarios que acuden al establecimiento.

VI. Recomendaciones

En la presente investigación se brindan las siguientes recomendaciones:

Primera: Dentro del Plan Anual de capacitación establecido para el establecimiento, se debe incorporar charlas y/o talleres sobre los estándares de acreditación que se deben cumplir en la institución acorde con el tipo de categorización; para de esta manera iniciar el camino hacia la acreditación nacional y/o internacional del establecimiento; para de esta forma poder contar con atenciones de calidad a todos los usuarios.

Segunda: Se deberían realizar supervisiones dentro de todas las áreas del policlínico que brindan atenciones a los pacientes, de esta manera no solo detectar las observaciones que se encuentren si no también dar pautas de mejoras continuas en cada área.

Tercera: Realizar charlas de difusión sobre la implementación de estándares de acreditación, como un trabajo conjunto, entre la parte administrativa y asistencial del establecimiento, de esta manera poder brindar a los usuarios una atención de calidad.

Cuarta: Se debe implementar un sistema adecuado de referencias y contrarreferencias acorde al tipo de categorización; de esta manera poder garantizar la seguridad del paciente que acude al establecimiento.

Quinta: Se debe realizar capacitaciones mensuales sobre temas de bioseguridad que deben cumplirse en las atenciones diarias para poder garantizar la seguridad del paciente, así como la del mismo profesional de salud.

Sexta: Se debe realizar capacitaciones sobre los estándares de acreditación, tanto en su aplicación como la importancia en la seguridad del paciente; de esta forma poder brindar una atención segura y de calidad.

Referencias Bibliográficas

- Betancourt, A, y Tunjo, M. (2012). *Desarrollo de procesos de acreditación en países de Latinoamérica y El Caribe* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Campos, J. y Matsuda, L.(2016). Descredenciamiento de la certificación por la acreditación hospitalaria: Percepción de los profesionales. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1-8.
- Canales, F. (2004). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: Ed. Limusa.
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assesment. *Ann. Arbor, Mich.: Health Administation Press*, 1, 38-40.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-203.
- Figueiredo, B., Meneses, M. y Alves, M. (2013). Influencia de la comunicación en el proceso de acreditación hospitalaria. *Revista Brasileira de Enfermagen*, 66(1), 46-51.
- Figuereido, B., Menezes, M. y Correa, A. (2011). Los Obstáculos para la acreditación hospitalaria desde la perspectiva de los profesionales de salud de un hospital privado. *REME*, 15(2), 259-266.
- Guardia, A. (1996). Garantía de la calidad. *Anales de la Facultad de Medicina*. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/gcalidad.htm
- Gonzales,Y., Quiñones, M. y Jimenez, W. (2013). Conocimiento del personal de salud del Hospital San Rafael de Leticia sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud. *Ciencia Tecnología Salud*, 11(1), 63-77.
- García, M., Quispe, C. y Raez, L. (2003). Mejora continua de la calidad de los procesos. *Industrial data*, 6(1), 89-94.

- Hernández, R., Fernández, J. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F, México: Mc Graw Hill.
- Hilarion, P., Suñol, R., Bañeres, J. y Vallejo, P. (1996). Sistema de Acreditación Joint Commission International – FADA. *Instituto Universitario Avedis Donabedian*
- NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 (Resolución Ministerial 457)(2007). Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo, 2007, 04, Junio.
- Novaes, H. y Paganini, J. (1994). Estandares e Indicadores para la acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe. *OPS/HSS, 94(05)*, 01-134.
- Resolución Ministerial N° 511-96-SA/DM (1996). Manual de Acreditación de Hospitales.
- Rua, A., Torres, D. y Camacho, J. (2015). Herramienta de la auditoría para la gestión de la tecnología médica. *Revista Ingeniería Biomédica, 9(18)*, 103-108.
- Ribeiro, M. y Wargas, T. (2012). Acreditación: herramienta o política para la organización de los sistemas de salud. *Acta Paul Enferm, 25(4)*, 626-631.
- Torres, M. (2011). Modelo de Calidad de la Atención Médica de Avedis Donabedian. Recuperado de <http://infocalser.blogspot.com/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica.html>.
- Zapata, M. (2014). Estándares de acreditación “derecho de pacientes”: revisión y estado actual en Centros de Tratamiento en Drogadicción en Colombia. *Revista Salud Pública, 16(2)*, 232-245.
- Zurita, B. (1996). Calidad de la Atención de la Salud. *Anales de la Facultad de Medicina*. Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/>

VII. Anexos

Anexo 1: ARTICULO CIENTIFICO

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACION DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO

Yo, MYRIAN DEL PILAR MONTOYA ACUÑA, estudiante (), egresado (X), docente (), del Programa. MAESTRIA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI 40609635 con el artículo titulado

“Nivel de conocimiento y cumplimiento de estándares de acreditación por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña, Lima, 2017”

declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría.
- 2) El artículo no ha sido plagiado ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la Revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado, de la Universidad César Vallejo, la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lugar y fecha: Lima, 15 de mayo 2018.

Nombres y apellidos: Myrian del Pilar Montoya Acuña.

TÍTULO

Nivel de conocimiento y cumplimiento de estándares de acreditación por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña, Lima, 2017

AUTOR (A, ES, AS)

Myrian del Pilar Montoya Acuña

RESUMEN

La investigación que lleva por título “Nivel de conocimiento y cumplimiento de estándares de acreditación por profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña, Lima, 2017” tuvo como objetivo general determinar la relación que existe entre el conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud, de esta manera poder desarrollar mecanismos de gestión que ayuden a la acreditación del establecimiento de salud y de esta manera brindar una atención de calidad a los usuarios.

La investigación se realizó bajo el enfoque cuantitativo. El diseño de investigación fue no experimental. Se usa una metodología hipotética deductiva, correlacional, prospectivo, transversal, la muestra estuvo constituida por una población censal de 70 profesionales de salud que laboran en el Policlínico Municipal de Breña. Se aplicó dos cuestionarios, uno sobre conocimiento de los estándares de acreditación, cuyas respuestas son de tipo dicotómicas y otro cuestionario sobre la aplicación de los mismos en el establecimiento de salud en el que trabajan.

Los resultados demostraron que si hay relación entre el nivel de evidencia que existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud que laboran en el Policlínico Municipal de Breña. Siendo el coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.878, la correlación es significativa a nivel de 0.05 (bilateral). Siendo una correlación positiva fuerte.

PALABRAS CLAVE

Conocimiento, práctica, profesionales de salud, estándares de acreditación.

ABSTRACT

The research entitled "Level of knowledge and compliance with accreditation standards by health professionals in the Municipal Polyclinic of Breña, Lima, 2017" had the general objective of determining the relationship between knowledge and compliance with the standards of accreditation by health professionals, in this way to develop management mechanisms that help the accreditation of the health establishment and thus provide quality care to users.

The research was conducted under the quantitative approach. The research design was non-experimental. A deductive, correlational, prospective, cross-sectional hypothetical methodology is used. The sample consisted of a census population of 70 health professionals working in the Breña Municipal Polyclinic. Two questionnaires were applied, one on knowledge of the accreditation standards, whose answers are of a dichotomous type and another questionnaire on the application of the same in the health establishment in which they work.

The results showed that if there is a relationship between the level of evidence that there is a direct relationship between the level of knowledge and compliance with accreditation standards by health professionals working in the Breña Municipal Polyclinic. Being the Rho correlation coefficient of Spearman of 0.878, the correlation is significant at the level of 0.05 (bilateral). Being a strong positive correlation.

KEYWORDS

Keywords: Knowledge, practice, health professionals, accreditation standards.

INTRODUCCIÓN

En el Perú todo establecimiento de salud debe encontrarse registrado en el Renipress, para posteriormente obtener su categorización de acuerdo a su nivel de complejidad, los mismos que van desde el I1 al III2, este proceso que es obligatoria para que pueda funcionar se realiza en la autoridad sanitaria de su jurisdicción. Posterior a este procedimiento se realiza la Acreditación, siendo este un proceso que nos permite saber si el establecimiento está brindando una atención adecuada a los usuarios.

En la Norma Técnica N° 050 – Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, se establecen estándares que deben cumplir a nivel nacional todo establecimiento de salud de acuerdo a su categorización, de esta manera se puede garantizar que estas instituciones tengan las capacidades necesarias para brindar una atención de calidad a sus usuarios. El proceso de acreditación de acuerdo a la norma se dan en dos fases. La primera fase es la autoevaluación, la misma que debe realizarse como mínimo una vez al año en todo establecimiento de salud, y cuando se obtenga un puntaje mayor al 85% se procede a realizarse la evaluación externa, la misma que será ejecutado por el comité que designe el Ministerio de Salud. En el Perú aún ninguna institución ha obtenido la acreditación nacional, porque esta etapa del proceso aún no ha sido instaurada del todo por el Ministerio de Salud, así como por la falta de concientización de la gestión de establecimientos tanto públicos como privadas. Son las clínicas que han obtenido su acreditación Internacional, y muchas otras están implementando áreas de calidad que les permita mejorar en la atención a los usuarios proyectándose a la acreditación nacional.

En los establecimientos del primer nivel de atención en el sector privado en diversos distritos de la capital, no se está aplicando esta normativa para la acreditación, por lo cual se presentan muchas quejas de los usuarios que acuden a los mismos, así como ha sido uno de las observaciones que se presentan durante las supervisiones de Susalud. En este contexto surge la inquietud de saber cuáles son los factores que nos llevan a este incumplimiento de las normas ya establecidas. Aparentemente una de los factores es la falta de conocimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de la salud que laboran en dichos establecimientos, generándose de esta manera una gran brecha en la aplicación de los mismos, así como debemos evaluar si la gestión por parte de la Dirección Médica aplica de forma adecuada la difusión de estos temas a los profesionales a fin de poder garantizar una atención segura para cada uno de los pacientes que sean atendidos.

El presente trabajo de investigación se origina en el Policlínico Municipal de Breña ubicado en el distrito de Breña, es un establecimiento con categoría I3, de acuerdo a las supervisiones internas no se evidencian cumplimientos de las normas ya establecidas para poder realizar prestaciones asistenciales seguras y de calidad a todo paciente. Es por este motivo que se requiere saber sobre el nivel de conocimiento de las normas que nos ayudan a poder aplicarla de forma adecuada.

METODOLOGÍA

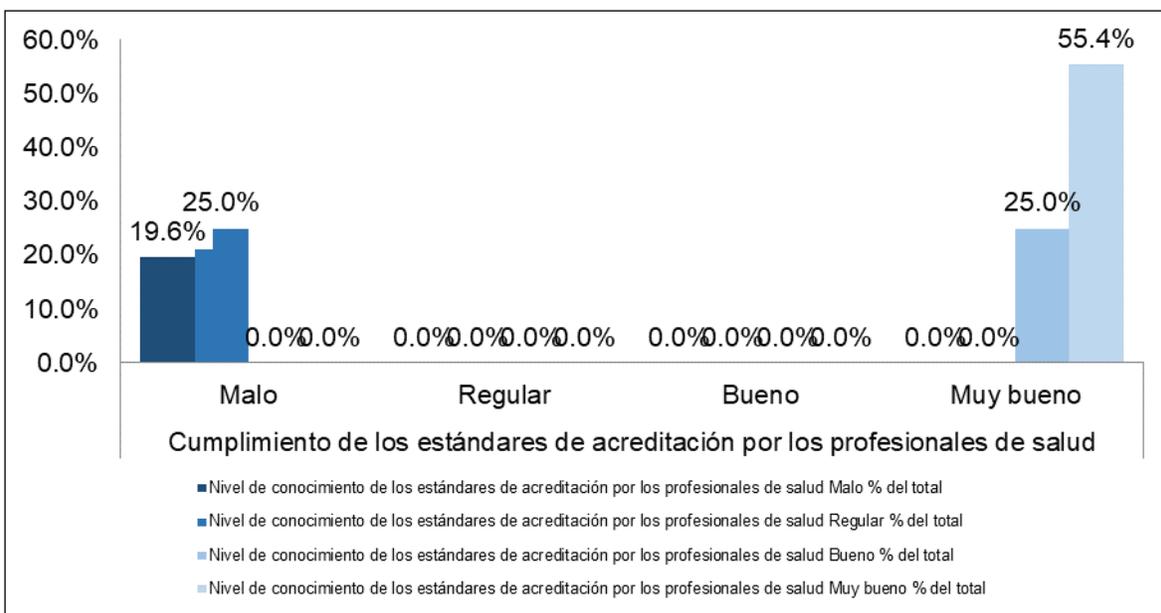
El método usado en el presente estudio de investigación fue la metodología de la ciencia científica básica, considerando el método hipotético deductivo. El diseño que se utilizó fue no experimental, correlacional, transversal que implica establecer la relación que existió en las variables nivel de conocimiento y nivel de cumplimiento.

La población fue de 80 profesionales de la salud que laboran en el Policlínico Municipal de Breña. La muestra está conformada por 70 profesionales de la salud que laboran en el Policlínico Municipal de Breña. Debido a que la población total es de 70 profesionales de salud, por este motivo se tomara a toda la población como la muestra para la presente investigación.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos al analizar la descripción de las dos variables, se observa que del total de encuestados (70), el 55.4% presenta un muy buen nivel de conocimiento y el 55.4% tiene un muy buen nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

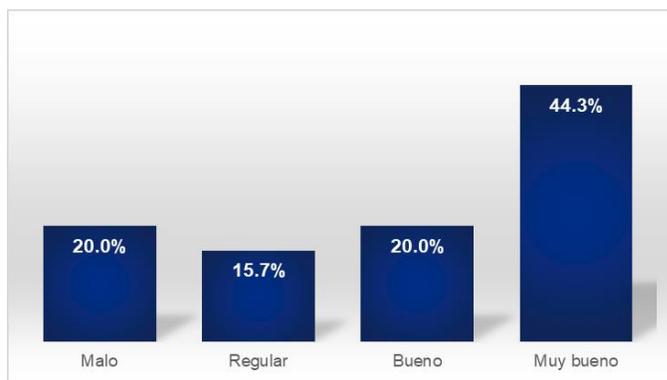
		Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de				Total	
		Malo	Regular	Bueno	Muy bueno		
Nivel de conocimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	Malo	Recuento	11	0	0	0	11
		% dentro de Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	44.0%	0.0%	0.0%	0.0%	19.6%
		% del total	19.6%	0.0%	0.0%	0.0%	19.6%
	Regular	Recuento	14	0	0	0	14
		% dentro de Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	56.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%
		% del total	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%
	Bueno	Recuento	0	0	0	14	14
		% dentro de Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	25.0%
	Muy bueno	Recuento	0	0	0	31	31
		% dentro de Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	55.4%
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	55.4%	55.4%
Total	Recuento	25	0	0	31	56	
	% dentro de Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	% del total	44.6%	0.0%	0.0%	55.4%	100.0%	



Los resultados obtenidos sobre la dimensión de atención ambulatoria, se observa que del total de encuestados (70), el 44.3% presenta un muy buen nivel de conocimiento y el 22.90.3% tiene un muy buen nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

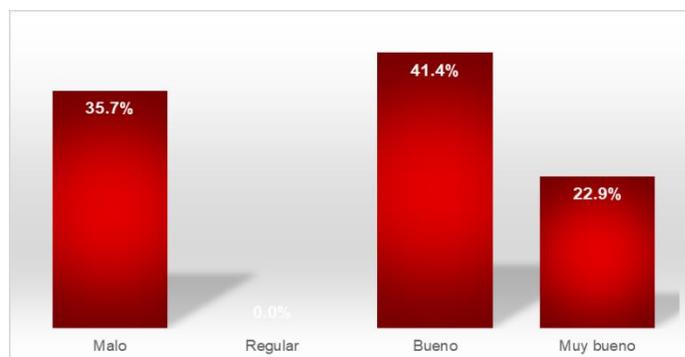
Nivel de conocimiento de Atención Ambulatoria

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	14	20.00%
Regular	11	15.70%
Bueno	14	20.00%
Muy bueno	31	44.30%
Total	70	100.00%



Nivel de cumplimiento de Atención Ambulatoria

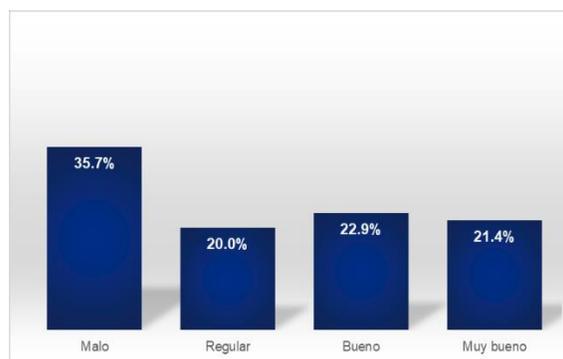
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.70%
Regular	0	0.00%
Bueno	29	41.40%
Muy bueno	16	22.90%
Total	70	100.00%



Los resultados obtenidos sobre la dimensión de atención de emergencia, se observa que del total de encuestados (70), el 21.40% presenta un muy buen nivel de conocimiento y el 42.90% tiene un muy buen nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

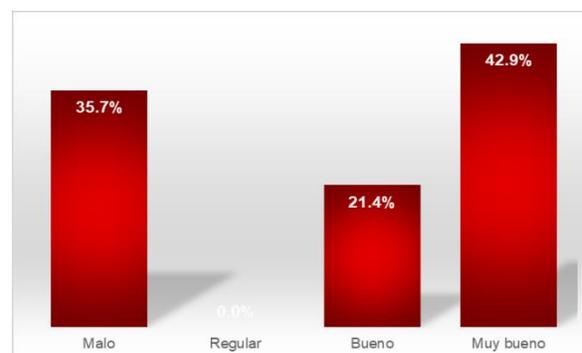
Nivel de cumplimiento de Atención en Emergencia

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.70%
Regular	14	20.00%
Bueno	16	22.90%
Muy bueno	15	21.40%
Total	70	100.00%



Nivel de cumplimiento de Atención de Emergencia

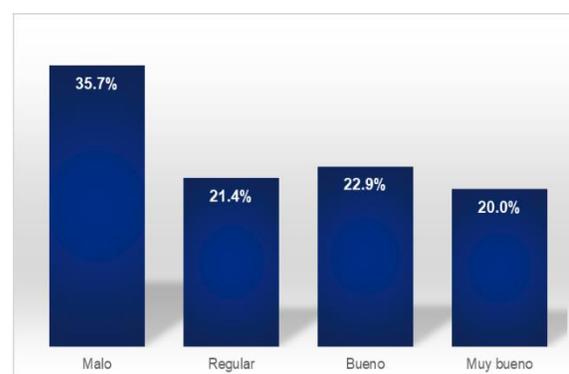
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.70%
Regular	0	0.00%
Bueno	15	21.40%
Muy bueno	30	42.90%
Total	70	100.00%



Los resultados obtenidos sobre la dimensión de la Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, se observa que del total de encuestados (70), el 20% presenta un muy buen nivel de conocimiento y el 21.40% tiene un muy buen nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

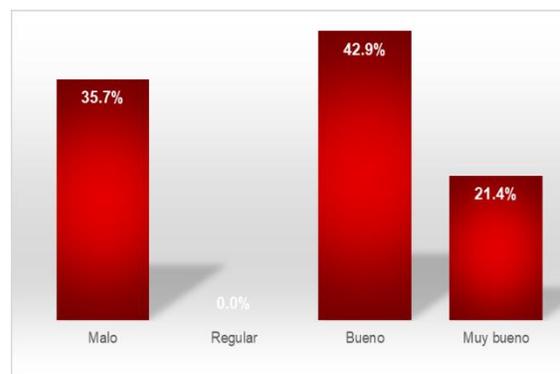
Nivel de conocimiento de la Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.70%
Regular	15	21.40%
Bueno	16	22.90%
Muy bueno	14	20.00%
Total	70	100.00%



Nivel de cumplimiento de la Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

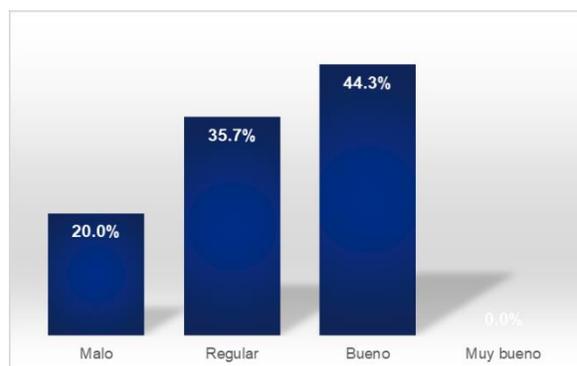
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.70%
Regular	0	0.00%
Bueno	30	42.90%
Muy bueno	15	21.40%
Total	70	100.00%



Los resultados obtenidos sobre la dimensión de Manejo del Riesgo de la Atención, se observa que del total de encuestados (70), el 0% presenta un muy buen nivel de conocimiento y el 22.9% tiene un muy buen nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

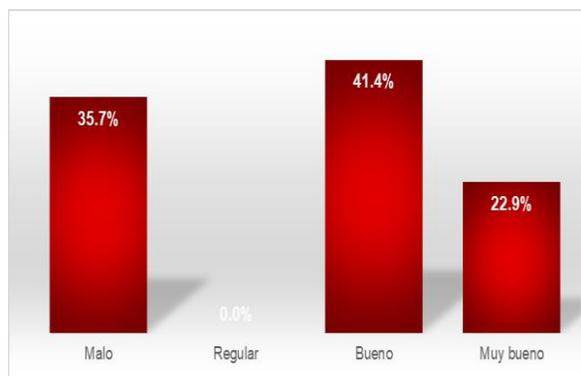
Nivel de conocimiento del Manejo del Riesgo de la Atención

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	14	20.00%
Regular	25	35.70%
Bueno	31	44.30%
Muy bueno	0	0.00%
Total	70	100.00%



Nivel de cumplimiento del Manejo del Riesgo de la Atención

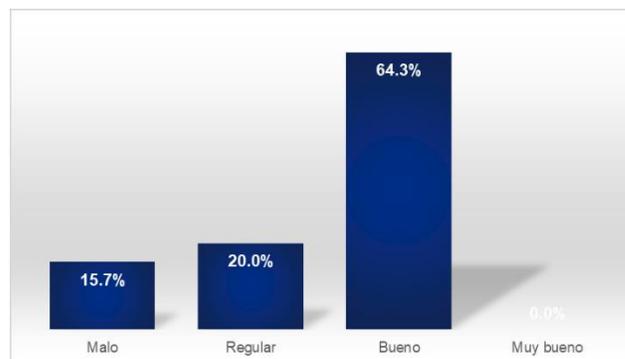
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.70%
Regular	0	0.00%
Bueno	29	41.40%
Muy bueno	16	22.90%
Total	70	100.00%



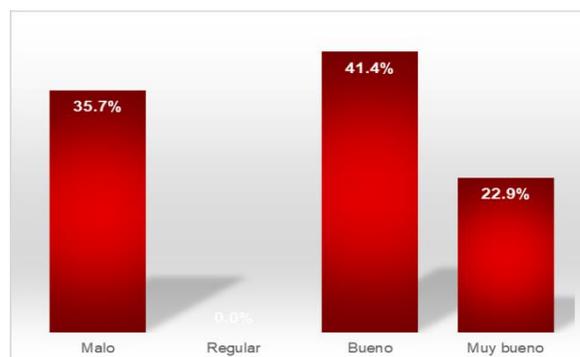
Los resultados obtenidos sobre la dimensión de Admisión y Alta, se observa que del total de encuestados (70), el 0% presenta un muy buen nivel de conocimiento y el 22.9% tiene un muy buen nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

Nivel de conocimiento de la Admisión y Alta

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	11	15.70%
Regular	14	20.00%
Bueno	45	64.30%
Muy bueno	0	0.00%
Total	70	100.00%

**Nivel de cumplimiento de la Admisión y Alta**

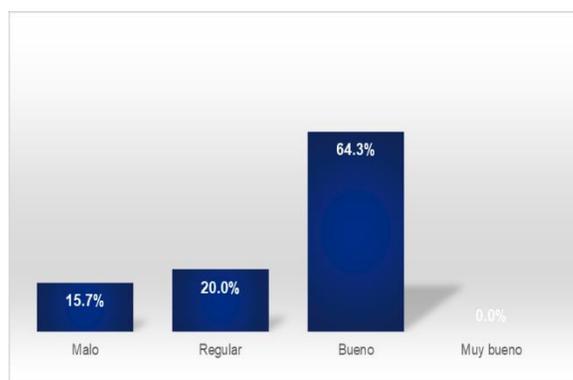
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.70%
Regular	0	0.00%
Bueno	29	41.40%
Muy bueno	16	22.90%
Total	70	100.00%



Los resultados obtenidos sobre la dimensión de Referencia y Contrarreferencia, se observa que del total de encuestados (70), el 0% presenta un muy buen nivel de conocimiento y el 22.9% tiene un muy buen nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

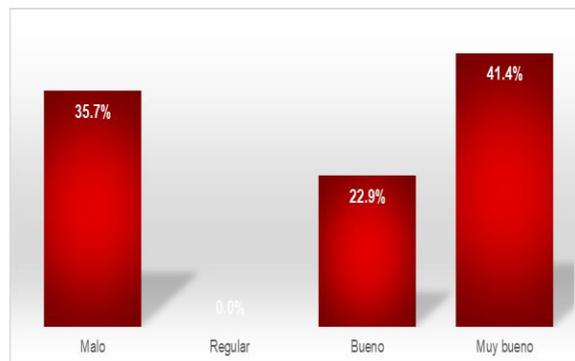
Nivel de conocimiento en referencia y contrarreferencia

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	11	15.70%
Regular	14	20.00%
Bueno	45	64.30%
Muy bueno	0	0.00%
Total	70	100.00%



**Nivel de cumplimiento en referencia y
contrarreferencia**

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Malo	25	35.70%
Regular	0	0.00%
Bueno	16	22.90%
Muy bueno	29	41.40%
Total	70	100.00%



DISCUSIÓN

En cuanto al nivel de conocimientos sobre los estándares de acreditación en todas las dimensiones que tienen que ver con la atención directa de los usuarios se encontró que el 44.3 % de los profesionales de salud tuvieron un muy buen nivel de conocimiento, el 20 % de los profesionales tenía un buen nivel de conocimiento, el 20 % tuvo regular nivel de conocimiento, el 15.7 % restante de los profesionales tuvo un bajo a mal nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en sus diversas dimensiones.

Con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación se puede observar que los profesionales de salud indicaron que en su establecimiento de salud se cumple con un 64.3 % en la aplicación de los estándares de acreditación durante las atenciones diarias a los pacientes que acuden al establecimiento; mientras que otro grupo indico que solo se cumple a un 35.7 % la aplicación de los mismos.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se puede verificar que existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud que laboran en el Policlínico Municipal de Breña, la correlación es significativa a nivel de 0.05 (bilateral). Esta relación directa demostrada en la presente investigación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud concorda con trabajos anteriores realizados en otros países, como el de Figueiredo, Menezes y Alves (2013), donde se demostró la influencia de la comunicación de los conocimientos en un proceso de acreditación hospitalaria. Los resultados de este estudio mostraron que la escasez de información, la falta de objetividad, integridad y

claridad en la transferencia del conocimiento favorece a que los establecimientos no puedan ser acreditados.

Respecto a las hipótesis específicas, existe relación significativa en todas las hipótesis sobre conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación en sus 6 dimensiones, siendo las misma de acuerdo al grado de correlación las siguientes: Admisión y alta; atención ambulatoria, atención en emergencia, apoyo al diagnóstico y tratamiento; riesgo de la atención, todas estas con una correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). Siendo sus coeficiente de correlación 0.976, 0.878, 0.863, 0.863 y 0.338 respectivamente. En el caso de la hipótesis específica de referencia y contrarreferencia, la correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral), siendo su coeficiente de correlación de 0.260.

Como se puede observar la correlación es débil con respecto a las referencias y contrarreferencias, así como la atención en el riesgo de la atención. De acuerdo a los resultados de la investigación podemos observar que ambas dimensiones su nivel de conocimiento alcanzado por los profesionales de salud está dentro de un buen nivel, mientras que en el cumplimiento se visualiza que si se muy buenos niveles de aplicación, esto puede ser debido a que el área de gestión del policlínico pone énfasis en la aplicación de los estándares de acreditación en las diversas áreas. Aunque los porcentajes en esta escala no superaron los 50%.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

Primera: Existe relación directa entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud, que trabajan en el Policlínico Municipal de Breña, la correlación es significativa a nivel de 0.05 (bilateral). Siendo una correlación positiva fuerte.

Segunda: La hipótesis específica que tiene el coeficiente de correlación más alto, es la de admisión y alta, siendo este de 0.976. Esto quiere decir que los profesionales de

salud que laboran en el policlínico al tener un buen nivel de conocimiento tienen mayor facilidad de su aplicación en sus actividades asistenciales y administrativas diarias que realizan en su institución.

Tercera: La hipótesis específica de referencia y contrarreferencia tiene el coeficiente de correlación positiva, pero el más bajo y débil, siendo este de 0.260. De acuerdo a los resultados de la presente investigación, podemos observar que mientras que el nivel de conocimiento ningún profesional estuvo en la escala de un muy buen nivel, en el cumplimiento de los estándares de acreditación si marcaron un porcentaje 42.4 % en un muy buen nivel. Esto nos indica que el equipo de gestión realiza un buen trabajo en la mira del cumplimiento de todos los estándares, pero al no tener conocimiento en este tema, no se puede llegar a cumplir todos los objetivos trazados.

Cuarta: La hipótesis específica de riesgo de la atención tiene un coeficiente de correlación de 0.338. Esto nos indica que la correlación es débil; los niveles de conocimiento de los profesionales de salud con respecto a los estándares de acreditación que aplican a esta dimensión está acorde con el cumplimiento de los mismos en su práctica clínica de sus actividades diarias.

Quinta: Las demás hipótesis específicas de admisión y alta, atención en emergencia, apoyo al diagnóstico y tratamiento, tienen coeficientes de correlación altos. Podemos observar que los profesionales de salud tienen claro los conocimientos sobre los estándares de acreditación en estas dimensiones, así como aplicarlas en sus actividades diarias que realizan en el Policlínico Municipal de Breña.

Sexta: Es importante que los profesionales de salud conozcan bien que sobre los estándares de acreditación que deben cumplirse en cada una de las dimensiones que nos indica la norma técnica de acuerdo al tipo de categorización con la que cuenta el establecimiento; para de esta manera poder tener mayor facilidad en la aplicación y/o cumplimiento de los mismos en sus actividades diarias que realizan durante la atención que brindan a los usuarios que acuden al establecimiento.

REFERENCIAS

- / Betancourt, A, y Tunjo, M. (2012). *Desarrollo de procesos de acreditación en países de Latinoamérica y El Caribe* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Campos, J. y Matsuda, L.(2016). Descredenciamiento de la certificación por la acreditación hospitalaria: Percepción de los profesionales. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1-8.
- Canales, F. (2004). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: Ed. Limusa.
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assesment. *Ann. Arbor, Mich.: Health Administation Press*, 1, 38-40.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-203.
- Figueiredo, B., Meneses, M. y Alves, M. (2013). Influencia de la comunicación en el proceso de acreditación hospitalaria. *Revista Brasileira de Enfermagen*, 66(1), 46-51.
- Figuereido, B., Menezes, M. y Correa, A. (2011). Los Obstáculos para la acreditación hospitalaria desde la perspectiva de los profesionales de salud de un hospital privado. *REME*, 15(2), 259-266.
- Guardia, A. (1996). Garantía de la calidad. *Anales de la Facultad de Medicina*. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/gcalidad.htm
- Gonzales,Y., Quiñones, M. y Jimenez, W. (2013). Conocimiento del personal de salud del Hospital San Rafael de Leticia sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud. *Ciencia Tecnología Salud*, 11(1), 63-77.
- García, M., Quispe, C. y Raez, L. (2003). Mejora continua de la calidad de los procesos. *Industrial data*, 6(1), 89-94.

- Hernández, R., Fernández, J. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F, México: Mc Graw Hill.
- Hilarion, P., Suñol, R., Bañeres, J. y Vallejo, P. (1996). Sistema de Acreditación Joint Commission International – FADA. *Instituto Universitario Avedis Donabedian*
- NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 (Resolución Ministerial 457)(2007). Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo, 2007, 04, Junio.
- Novaes, H. y Paganini, J. (1994). Estandares e Indicadores para la acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe. *OPS/HSS, 94(05)*, 01-134.
- Resolución Ministerial N° 511-96-SA/DM (1996). Manual de Acreditación de Hospitales.
- Rua, A., Torres, D. y Camacho, J. (2015). Herramienta de la auditoría para la gestión de la tecnología médica. *Revista Ingeniería Biomédica, 9(18)*, 103-108.
- Ribeiro, M. y Wargas, T. (2012). Acreditación: herramienta o política para la organización de los sistemas de salud. *Acta Paul Enferm, 25(4)*, 626-631.
- Torres, M. (2011). Modelo de Calidad de la Atención Médica de Avedis Donabedian. Recuperado de <http://infocalser.blogspot.com/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica>.
- Zapata, M. (2014). Estándares de acreditación “derecho de pacientes”: revisión y estado actual en Centros de Tratamiento en Drogadicción en Colombia. *Revista Salud Pública, 16(2)*, 232-245.
- Zurita, B. (1996). Calidad de la Atención de la Salud. *Anales de la Facultad de Medicina*. Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/>

Anexo 2: Matriz de consistencia

<u>MATRIZ DE CONSISTENCIA</u>							
Título: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION POR LOS PROFESIONALES DE SALUD EN EL POLICLINICO MUNICIPAL DE BREÑA LIMA 2017.							
Autor: MYRIAN DEL PILAR MONTOYA ACUÑA							
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
<p>Problema General: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017?</p> <p>Problemas Específicos: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de estándares de acreditación y el cumplimiento en la atención ambulatoria por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de estándares de acreditación y el cumplimiento en la atención de emergencias por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de estándares de acreditación y</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.</p> <p>Objetivos específicos: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de estándares de acreditación en la Atención Ambulatoria y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de estándares de acreditación en la Atención de Emergencia y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de estándares de acreditación en la</p>	<p>Hipótesis general: Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.</p> <p>Hipótesis específicas: 1. Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en la Atención Ambulatoria y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.</p> <p>2. Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en la Atención de Emergencia y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.</p> <p>3. Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento de los</p>	Variable 1: conocimientos de los estándares de acreditación por los profesionales de salud.				
			Dimensiones	Indicadores	ITEMS valore	Escala de	Niveles o rangos
	Atención Ambulatoria.	- Gestión de la calidad de atención.	1,2,3,4	Correcto: 1	Muy Bueno: 20 a 24 puntos		
	Atención de Emergencia	- Recurso humano y equipo biomédico.	5,6,7,8		Bueno : 14 a 19 puntos		
	Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento	- Gestión de Equipos Biomédicos.	9,10,11,12	Incorrecto: 0	Regular : 7 a 13 puntos		
	Manejo del riesgo de la atención	- Bioseguridad	13,14,15,16		Malo : 0 a 6 puntos		
	Admisión y Alta	- Gestión de la Historia Clínica	17,18,19,20				
	Referencia y contrarreferencia	- Manejo del traslado de un paciente	21,22,23,24				

<p>el cumplimiento en la atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de estándares de acreditación y el cumplimiento en el manejo del riesgo de la atención por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de estándares de acreditación y el cumplimiento en admisión y alta por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de estándares de acreditación y el cumplimiento en referencia y contrarreferencia</p>	<p>Atención de Apoyo al Diagnóstico - Tratamiento y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en el Manejo de riesgo de la atención y su cumplimiento por los profesionales en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en Admisión – Alta y su cumplimiento en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en Referencia -Contrarreferencia y su cumplimiento por los profesionales</p>	<p>estándares de acreditación en la Atención de Apoyo al Diagnóstico - Tratamiento y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.</p> <p>4. Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en el Manejo de riesgo de la atención y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.</p> <p>5. Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en Admisión – Alta y su cumplimiento por los profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.</p> <p>6. Existe una relación entre el nivel de conocimiento de los estándares de acreditación en Referencia - Contrarreferencia y su cumplimiento por los</p>	<p>Variable 2: Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud.</p>				
			Dimensiones	Indicadores	ITEMS	Escala de valores	Niveles o rangos
Atención Ambulatoria.	- Señalización de la Institución.	1,2,3,4	- Se realiza al 100% : 4 - Se realiza a un 50 % : 3	Muy Bueno: 81 a 98 puntos			
Atención de Emergencia	- Control de recurso humano y/o equipo biomedico.	5,6,7,8	- Se realiza a veces : 2	Bueno : 62 a 80 puntos			
Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento.	- Mantenimiento de equipo biomedico	9,10,11,12	- Nunca se realiza : 1	Regular : 43 a 61 puntos			
Manejo del riesgo de la atención	- Bioseguridad.	13,14,15,16		Malo : 24 a 42 puntos			
Admisión y Alta		17,18,19,20					
Referencia y contrarreferencia	- Gestión de la historia clínica	21,22,23,24					
	Manejo del traslado del paciente.						

<p>por los profesionales de salud en el Policlínico Municipal de Breña?</p>	<p>de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017. 1.</p>	<p>profesionales de la salud en el Policlínico Municipal de Breña en el año 2017.</p>			-	
<p>Nivel y diseño de investigación</p>	<p>Población y muestra:</p>	<p>Técnicas e instrumentos</p>		<p>Estadística a utilizar</p>		
<p>Nivel: Correlativo Diseño: Cuantitativo, no experimental de corte transversal, correlacional. Método: Encuesta</p>	<p>Población: 70 profesionales de salud del policlínico Municipal de Breña, Lima, 2017. Tipo de muestreo: Tamaño de muestra: 70</p>	<p>Variable 1: Conocimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud. Técnicas: encuesta Instrumentos: Cuestionario Autor: Myrian del Pilar Montoya Acuña Año: 2017 Tiempo: 15 minutos Ambito de aplicación: Profesionales de salud que laboran en el policlínico municipal de Breña Forma de Administración: Directa Variable 2: Cumplimiento de los estándares de acreditación por los profesionales de salud. Técnicas: encuesta Instrumentos: Cuestionario Autor: Myrian del Pilar Montoya Acuña Año: 2017 Tiempo: 15 minutos Ambito de aplicación: Profesionales de salud que laboran en el policlínico municipal de Breña Forma de Administración: Directa</p>		<p>DESCRIPTIVA: Porque identifica y conoce la naturaleza de una situación en la medida en que ella existe durante el tiempo del estudio; por consiguiente no hay administración o control manipulativo o un tratamiento específico. Su propósito básico es: describir cómo se presenta y qué existe con respecto a las variables o condiciones en una situación (Sánchez, 1998:33). INFERENCIAL: La inferencia estadística es una técnica mediante la cual se obtienen generalizaciones o se toman decisiones en base a una información parcial o completa obtenida mediante técnicas descriptivas.</p>		

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONOCIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACIÓN POR LOS PROFESIONALES DE SALUD

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1								
1	Marque la respuesta correcta sobre la información que debe brindar el establecimiento de salud a sus usuarios	✓		✓		✓		
2	¿El personal de salud de donde se debe guiar para el manejo más eficiente de las patologías de los pacientes?	✓		✓		✓		
3	¿Qué debería hacer un paciente para solicitar un informe de sus atenciones?	✓		✓		✓		
4	¿Cuánto es el tiempo máximo para resolver una queja a un paciente?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2								
5	¿Sabe usted cuántas horas debe estar funcionando el servicio de Urgencias en el establecimiento de salud donde trabaja?	✓		✓		✓		
6	Marque usted la alternativa correcta, sobre equipamiento de un Tópico de Urgencias	Si	No	Si	No	Si	No	
7	¿Cómo se llama el lugar donde se le realiza la primera atención a los pacientes, por el personal técnico de enfermería y/o licenciada de Enfermería?	✓		✓		✓		
8	¿En el área de urgencias se maneja una historia clínica diferenciada acorde con la atención brindada?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3								
9	¿Los profesionales de salud que trabajan en el área de Rayos X y/o Laboratorio Clínico, para realizar una atención de que deben guiarse?	✓		✓		✓		
10	¿Cada cuánto tiempo se debe realizar un control de calidad en el servicio de Rayos X?	✓		✓		✓		
11	¿Sabe usted como se deben entregar los resultados de los exámenes realizados en Rayos X y/o Laboratorio Clínico?	✓		✓		✓		
12	¿Los equipos que se utilizan en el área de ayuda al Diagnóstico, se deben calibrar cada cuánto tiempo?	Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 4								
13	Un caso de Tuberculosis diagnosticado por exámenes de ayuda al Diagnóstico en su establecimiento, debe ser notificado a:	✓		✓		✓		
14	Si usted tuviera un accidente con un objeto punzocortante utilizado en un paciente, que debe hacer:	✓		✓		✓		
15	En su establecimiento de salud, los residuos sólidos obtenidos en la atención diaria, se desechan de la siguiente manera:	✓		✓		✓		
16	¿Cuántos tachos mínimo debe haber para el manejo de residuos sólidos en un consultorio externo?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 5								
17	Si un paciente continuador viene a atenderse a consultorio, el personal técnico recoge la historia clínica de:	✓		✓		✓		
18	El registro de sala e ingreso de una historia clínica se hace en:	✓		✓		✓		
19	Cuando un paciente acude al establecimiento por primera vez debe registrarse	✓		✓		✓		

20	¿Cuándo se debe regresar la historia clínica del paciente al área de archivo?	✓		✓		✓	
DIMENSIÓN 6							
21	¿Si un paciente presenta una emergencia médica durante la consulta a donde debe derivarse?	✓		✓		✓	
22	Si su establecimiento de salud cuenta con ambulancia, marque usted con que personal debería contar esa unidad:	✓		✓		✓	
23	Su establecimiento de salud tiene convenio con alguna institución para referir a los pacientes en caso de emergencia?	✓		✓		✓	
24	Para que un paciente pueda ser referido a un establecimiento de salud de mayor resolución el médico debe llenar:	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SUFICIENCIA

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: LIZETH MARGOLY HUSMAN OCHOA DNI: 40774221

Especialidad del validador: MS PERENTE EN SERVICIOS DE SALUD

.....20 de OP del 2017.....



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

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACIÓN POR LOS PROFESIONALES DE SALUD

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	Está publicado en un lugar visible la lista de especialidades que se brindan en el establecimiento de salud en el que trabaja.	✓		✓		✓		
2	Utilizan las guías de prácticas clínicas durante la atención de salud.	✓		✓		✓		
3	Se les brinda información a los pacientes sobre sus atenciones cuando lo solicitan.	✓		✓		✓		
4	Se les brinda información a los pacientes de como presentar una queja.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2							
5	El tópico de urgencias cuenta con un aviso claro que oriente a los pacientes sobre su atención.	✓		✓		✓		
6	En el ambiente de urgencias hay sillas de ruedas para el traslado de los pacientes.	✓	No	✓	No	✓	No	
7	En el ambiente de urgencias hay un personal que derive a los pacientes de acuerdo a su patología.	✓		✓		✓		
8	En el ambiente de urgencias se cuenta con una historia clínica de urgencias en las que se procederá a llenar la atención.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3							
9	El servicio de Rayos X cuenta con manuales de procedimientos.	✓		✓		✓		
10	El servicio de Laboratorio realiza controles de calidad con Laboratorios de referencia.	✓		✓		✓		
11	Los resultados de los exámenes auxiliares se les entregan a los pacientes en los formatos estandarizados por la Institución.	✓		✓		✓		
12	Los equipos han sido calibrados con un tiempo no mayor a seis meses de antigüedad.	✓	No	✓	No	✓	No	
	DIMENSIÓN 4							
13	Existe un sistema de vigilancia epidemiológica en su institución.	✓		✓		✓		
14	Notifican a las autoridades competentes cuando sufres un accidente punzocortante mientras trabajas.	✓		✓		✓		
15	Utilizan tachos con bolsas rojas para la eliminación de residuos biocontaminados.	✓		✓		✓		
16	Hay dos tachos para el manejo de residuos sólidos en todos los consultorios.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 5							
17	En el establecimiento que trabaja hay un área destinada para el archivo de las historias clínicas.	✓		✓		✓		
18	En el establecimiento donde trabaja existe un área para que se registren los pacientes.	✓		✓		✓		
19	Cuando retira una historia clínica de archivo firma un cuaderno donde se registra el número de historia clínica que está llevando	✓		✓		✓		
20	Regresa la historia clínica al culminar el turno de la atención médica.	✓		✓		✓		

DIMENSIÓN 6							
21	El establecimiento de salud donde trabaja ha realizado convenios con hospitales de mayor nivel de complejidad para el traslado de los pacientes.	✓		✓		✓	
22	El establecimiento de salud donde trabaja cuenta con servicio de ambulancia.	✓		✓		✓	
23	El establecimiento de salud cuenta con un formato especial para realizar las referencias de los pacientes.	✓		✓		✓	
24	El personal que se encarga del traslado de los pacientes se encuentra capacitado.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SUFICIENCIA

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: LIZETH MAGALY HUAMAN OCHOA DNI: 40474221

Especialidad del validador: MLG GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

- 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

..... 20 de 09 del 2017



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACIÓN POR LOS PROFESIONALES DE SALUD

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	Está publicado en un lugar visible la lista de especialidades que se brindan en el establecimiento de salud en el que trabaja.	✓		✓		✓		
2	Utilizan las guías de prácticas clínicas durante la atención de salud.	✓		✓		✓		
3	Se les brinda información a los pacientes sobre sus atenciones cuando lo solicitan.	✓		✓		✓		
4	Se les brinda información a los pacientes de como presentar una queja.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2							
5	El tópico de urgencias cuenta con un aviso claro que oriente a los pacientes sobre su atención.	✓		✓		✓		
6	En el ambiente de urgencias hay sillas de ruedas para el traslado de los pacientes.	Si	No	Si	No	Si	No	
7	En el ambiente de urgencias hay un personal que derive a los pacientes de acuerdo a su patología.	✓		✓		✓		
8	En el ambiente de urgencias se cuenta con una historia clínica de urgencias en las que se procederá a llenar la atención.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3							
9	El servicio de Rayos X cuenta con manuales de procedimientos.	✓		✓		✓		
10	El servicio de Laboratorio realiza controles de calidad con Laboratorios de referencia.	✓		✓		✓		
11	Los resultados de los exámenes auxiliares se les entregan a los pacientes en los formatos estandarizados por la Institución.	✓		✓		✓		
12	Los equipos han sido calibrados con un tiempo no mayor a seis meses de antigüedad.	Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 4							
13	Existe un sistema de vigilancia epidemiológica en su institución.	✓		✓		✓		
14	Notifican a las autoridades competentes cuando sufres un accidente punzocortante mientras trabajas.	✓		✓		✓		
15	Utilizan tachos con bolsas rojas para la eliminación de residuos biocontaminados.	✓		✓		✓		
16	Hay dos tachos para el manejo de residuos sólidos en todos los consultorios.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 5							
17	En el establecimiento que trabaja hay un área destinada para el archivo de las historias clínicas.	✓		✓		✓		
18	En el establecimiento donde trabaja existe un área para que se registren los pacientes.	✓		✓		✓		
19	Cuando retira una historia clínica de archivo firma un cuaderno donde se registra el número de historia clínica que está llevando	✓		✓		✓		
20	Regresa la historia clínica al culminar el turno de la atención médica.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 6							

21	El establecimiento de salud donde trabaja ha realizado convenios con hospitales de mayor nivel de complejidad para el traslado de los pacientes.	✓		✓		✓	
22	El establecimiento de salud donde trabaja cuenta con servicio de ambulancia.	✓		✓		✓	
23	El establecimiento de salud cuenta con un formato especial para realizar las referencias de los pacientes.	✓		✓		✓	
24	El personal que se encarga del traslado de los pacientes se encuentra capacitado.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SUFICIENCIA

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

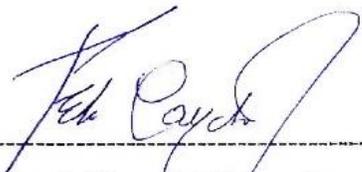
Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: MS. FELIX ALBERTO CAYCHO VALENCIA DNI: 15PP2567

Especialidad del validador: ESPECIALISTA EN GESTION DE RECURSOS HUMANOS

- 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

20 de setiembre del 2017



 Firma del Experto Informante.



ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONOCIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACIÓN POR LOS PROFESIONALES DE SALUD

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1								
1	Marque la respuesta correcta sobre la información que debe brindar el establecimiento de salud a sus usuarios	✓		✓		✓		
2	¿El personal de salud de donde se debe guiar para el manejo más eficiente de las patologías de los pacientes?	✓		✓		✓		
3	¿Qué debería hacer un paciente para solicitar un informe de sus atenciones?	✓		✓		✓		
4	¿Cuánto es el tiempo máximo para resolver una queja a un paciente?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2								
5	¿Sabe usted cuántas horas debe estar funcionando el servicio de Urgencias en el establecimiento de salud donde trabaja?	✓		✓		✓		
6	Marque usted la alternativa correcta, sobre equipamiento de un Tópico de Urgencias	Si	No	Si	No	Si	No	
7	¿Cómo se llama el lugar donde se le realiza la primera atención a los pacientes, por el personal técnico de enfermería y/o licenciada de Enfermería?	✓		✓		✓		
8	¿En el área de urgencias se maneja una historia clínica diferenciada acorde con la atención brindada?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3								
9	¿Los profesionales de salud que trabajan en el área de Rayos X y/o Laboratorio Clínico, para realizar una atención de que deben guiarse ?	✓		✓		✓		
10	¿Cada cuánto tiempo se debe realizar un control de calidad en el servicio de Rayos X?	✓		✓		✓		
11	¿Sabe usted como se deben entregar los resultados de los exámenes realizados en Rayos X y/o Laboratorio Clínico?	✓		✓		✓		
12	¿Los equipos que se utilizan en el área de ayuda al Diagnóstico, se deben calibrar cada cuánto tiempo?	Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 4								
13	Un caso de Tuberculosis diagnosticado por exámenes de ayuda al Diagnóstico en su establecimiento, debe ser notificado a:	✓		✓		✓		
14	Si usted tuviera un accidente con un objeto punzocortante utilizado en un paciente, que debe hacer:	✓		✓		✓		
15	En su establecimiento de salud, los residuos sólidos obtenidos en la atención diaria, se desechan de la siguiente manera:	✓		✓		✓		
16	¿Cuántos tachos mínimo debe haber para el manejo de residuos sólidos en un consultorio externo?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 5								
17	Si un paciente continuador viene a atenderse a consultorio, el personal técnico recoge la historia clínica de:	✓		✓		✓		

18	El registro de salida e ingreso de una historia clínica se hace en:	✓		✓		✓	
19	Cuando un paciente acude al establecimiento por primera vez debe registrarse	✓		✓		✓	
20	¿Cuándo se debe regresar la historia clínica del paciente al área de archivo?	✓		✓		✓	
DIMENSIÓN 6							
21	¿Si un paciente presenta una emergencia médica durante la consulta a donde debe derivarse?	✓		✓		✓	
22	Si su establecimiento de salud cuenta con ambulancia, marque usted con que personal debería contar esa unidad:	✓		✓		✓	
23	Su establecimiento de salud tiene convenio con alguna institución para referir a los pacientes en caso de emergencia?	✓		✓		✓	
24	Para que un paciente pueda ser referido a un establecimiento de salud de mayor resolución el médico debe llenar:	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SUFICIENCIA

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Ms. FELIX ALBERTO CAYCHO VALONCIA DNI: 15PP2567

Especialidad del validador: ESPECIALISTA EN GESTION DE RECURSOS HUMANOS

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

20 de setiembre del 2017



 Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONOCIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACIÓN POR LOS PROFESIONALES DE SALUD

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1								
1	Marque la respuesta correcta sobre la información que debe brindar el establecimiento de salud a sus usuarios	X		X		X		
2	¿El personal de salud de donde se debe guiar para el manejo más eficiente de las patologías de los pacientes?	X		X		X		
3	¿Qué debería hacer un paciente para solicitar un informe de sus atenciones?	X		X		X		
4	¿Cuánto es el tiempo máximo para resolver una queja a un paciente?	X		X		X		
DIMENSIÓN 2								
5	¿Sabe usted cuántas horas debe estar funcionando el servicio de Urgencias en el establecimiento de salud donde trabaja?	X		X		X		
6	Marque usted la alternativa correcta, sobre equipamiento de un Tópico de Urgencias	Si X	No	X Si	No	Si	No	
7	¿Cómo se llama el lugar donde se le realiza la primera atención a los pacientes, por el personal técnico de enfermería y/o licenciada de Enfermería?	X		X		X		
8	¿En el área de urgencias se maneja una historia clínica diferenciada acorde con la atención brindada?	X		X		X		
DIMENSIÓN 3								
9	¿Los profesionales de salud que trabajan en el área de Rayos X y/o Laboratorio Clínico, para realizar una atención de que deben guiarse?	X		X		X		
10	¿Cada cuánto tiempo se debe realizar un control de calidad en el servicio de Rayos X?	X		X		X		
11	¿Sabe usted como se deben entregar los resultados de los exámenes realizados en Rayos X y/o Laboratorio Clínico?	X		X		X		
12	¿Los equipos que se utilizan en el área de ayuda al Diagnóstico, se deben calibrar cada cuánto tiempo?	Si X	No	Si X	No	Si X	No	
DIMENSIÓN 4								
13	Un caso de Tuberculosis diagnosticado por exámenes de ayuda al Diagnóstico en su establecimiento, debe ser notificado a:	X		X		X		
14	Si usted tuviera un accidente con un objeto punzocortante utilizado en un paciente, que debe hacer:	X		X		X		
15	En su establecimiento de salud, los residuos sólidos obtenidos en la atención diaria, se desechan de la siguiente manera:	X		X		X		
16	¿Cuántos tachos mínimo debe haber para el manejo de residuos sólidos en un consultorio externo?	X		X		X		
DIMENSIÓN 5								
17	Si un paciente continuador viene a atenderse a consultorio, el personal técnico recoge la historia clínica de:	X		X		X		
18	El registro de salida e ingreso de una historia clínica se hace en:	X		X		X		
19	Cuando un paciente acude al establecimiento por primera vez debe registrarse	X		X		X		

20	¿Cuándo se debe regresar la historia clínica del paciente al área de archivo?	X	X	X		
DIMENSIÓN 6						
21	¿Si un paciente presenta una emergencia médica durante la consulta a donde debe derivarse?	X	X	X		
22	Si su establecimiento de salud cuenta con ambulancia, marque usted con que personal debería contar esa unidad:	X	X	X		
23	Su establecimiento de salud tiene convenio con alguna institución para referir a los pacientes en caso de emergencia?	X	X	X		
24	Para que un paciente pueda ser referido a un establecimiento de salud de mayor resolución el médico debe llenar:	X	X	X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SUFICIENCIA

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

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg: SANCHEZ Melina Flor de María DNI: 09104523

Especialidad del validador: METODOLÓGICO

20 de 09 del 2017

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


Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACIÓN POR LOS PROFESIONALES DE SALUD

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	Está publicado en un lugar visible la lista de especialidades que se brindan en el establecimiento de salud en el que trabaja.	X		X		✓		
2	Utilizan las guías de prácticas clínicas durante la atención de salud.	X		✓		✓		
3	Se les brinda información a los pacientes sobre sus atenciones cuando lo solicitan.	X		✓		✓		
4	Se les brinda información a los pacientes de como presentar una queja.	X		✓		X		
	DIMENSIÓN 2							
5	El tópico de urgencias cuenta con un aviso claro que oriente a los pacientes sobre su atención.	X		X		X		
6	En el ambiente de urgencias hay sillas de ruedas para el traslado de los pacientes.	Si	No	Si	No	Si	No	
7	En el ambiente de urgencias hay un personal que derive a los pacientes de acuerdo a su patología.	X		✓		✓		
8	En el ambiente de urgencias se cuenta con una historia clínica de urgencias en las que se procederá a llenar la atención.	X		X		✓		
	DIMENSIÓN 3							
9	El servicio de Rayos X cuenta con manuales de procedimientos.	X		X		X		
10	El servicio de Laboratorio realiza controles de calidad con Laboratorios de referencia.	X		X		✓		
11	Los resultados de los exámenes auxiliares se les entregan a los pacientes en los formatos estandarizados por la Institución.	X		X		X		
12	Los equipos han sido calibrados con un tiempo no mayor a seis meses de antigüedad.	Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 4							
13	Existe un sistema de vigilancia epidemiológica en su institución.	X		X		X		
14	Notifican a las autoridades competentes cuando sufres un accidente punzocortante mientras trabajas.	X		X		✓		
15	Utilizan tachos con bolsas rojas para la eliminación de residuos biocontaminados.	X		X		X		
16	Hay dos tachos para el manejo de residuos sólidos en todos los consultorios.	X		X		✓		
	DIMENSIÓN 5							
17	En el establecimiento que trabaja hay un área destinada para el archivo de las historias clínicas.	X		X		X		
18	En el establecimiento donde trabaja existe un área para que se registren los pacientes.	X		X		X		
19	Cuando retira una historia clínica de archivo firma un cuaderno donde se registra el número de historia clínica que está llevando	X		✓		X		
20	Regresa la historia clínica al culminar el turno de la atención médica.	X		X		X		

DIMENSIÓN 6							
21	El establecimiento de salud donde trabaja ha realizado convenios con hospitales de mayor nivel de complejidad para el traslado de los pacientes.	X		X		X	
22	El establecimiento de salud donde trabaja cuenta con servicio de ambulancia.	X		X		X	
23	El establecimiento de salud cuenta con un formato especial para realizar las referencias de los pacientes.	X		X		X	
24	El personal que se encarga del traslado de los pacientes se encuentra capacitado.	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador ^{Dr/ Mg:} SANCHEZ Acuña Flor de María DNI: 09104533

Especialidad del validador: METODOLOGO

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

20 de 09 del 2017


 Firma del Experto Informante.



Anexo 4:

I. Instrumento para medir la variable 1

Cuestionario sobre conocimiento de estándares de acreditación por los profesionales de salud del Policlínico Municipal de Breña

Introducción: este cuestionario nos va a permitir conocer nuestras debilidades en la aplicación de los estándares de acreditación en nuestra práctica clínica diaria; siendo de importancia porque no solo nos permite garantizar la seguridad del paciente si no también la nuestra. De acuerdo a los resultados podemos elaborar planes de capacitación en estos temas en beneficios de los profesionales de la salud. Este cuestionario es anónimo, y solo será usado para fines académicos. Por este motivo se les pida lean atentamente cada una de las indicaciones para el llenado de los cuestionarios.

DATOS GENERALES:

FECHA: ____ / ____ / ____

Sexo : Masculino () Femenino ()

Grupo Ocupacional: a. Técnica de Enfermería () **Servicio:** f. Consulta Externa ()
 b. Profesionales de Salud () g. Urgencias ()
 h. Laboratorio ()
 i. Rayos X ()
 j. Administración () Lea atentamente

cada una de las preguntas y marque la alternativa que usted crea conveniente de acuerdo a su apreciación en cada una de las preguntas:

-
1. Marque la respuesta correcta sobre la información que debe brindar el establecimiento de salud a sus usuarios:
 - a. Horario de los médicos en la puerta de cada consultorio.
 - b. Las especialidades que brindan atención médica en directorios colocados por piso.
 - c. Horarios de las especialidades en un lugar visible al ingreso del establecimiento.
 - d. Todas las anteriores.
 2. ¿El personal de salud de donde se debe guiar para el manejo más eficiente de las patologías de los pacientes?
 - a. Internet.
 - b. Libros médicos con actualizaciones mayores a 10 años.
 - c. Guías de prácticas clínicas de cada especialidad.
 - d. Ninguna de las anteriores.
 3. ¿Qué debería hacer un paciente para solicitar un informe de sus atenciones?
 - a. Solicitar información verbal al personal técnico de enfermería.
 - b. Llamar por teléfono al establecimiento de salud.

- c. Solicitar un informe médico a la Dirección Médica.
 - d. Ninguna de las anteriores.
4. ¿Cuánto es el tiempo máximo para resolverle una queja a un paciente?
- a. 10 días
 - b. 20 días
 - c. 30 días
 - d. De acuerdo al tipo de queja que haga el paciente.
5. ¿Sabes usted cuántas horas debe estar funcionando el servicio de Urgencias en el establecimiento de salud donde trabaja?
- a. 8 horas
 - b. 10 horas
 - c. 24 horas
 - d. El horario en el que atiende el establecimiento de salud.
6. Marque usted la alternativa correcta, sobre equipamiento de un tópico de Urgencias.
- a. Escritorio y sillas
 - b. Camillas
 - c. Silla de ruedas, balón de oxígeno
 - d. Todas las anteriores.
7. ¿Cómo se llama el lugar donde se le realiza la primera atención a los pacientes, por el personal técnico de enfermería y/o licenciada de enfermería?
- a. Informes
 - b. Caja
 - c. Admisión
 - d. Triage
8. ¿En el área de urgencias se maneja una historia clínica diferenciada acorde con la atención brindada?
- a. Se utiliza la misma historia clínica que de consulta externa.
 - b. No se utiliza historia clínica.
 - c. Se utiliza hoja de referencia.
 - d. Se utiliza una historia clínica especial para el área de Urgencias.
9. ¿Los profesionales de salud que trabajan en el área de Rayos X y/o Laboratorio Clínico, para realizar una atención de que deben guiarse?
- a. Guías de prácticas clínicas.
 - b. Manual de procedimientos.
 - c. No necesitan guiarse de ningún documento pre establecido.
 - d. Ninguna de las anteriores.
10. ¿Cada cuánto tiempo se debe realizar un control de calidad en el servicio de Rayos X?
- a. Una vez al año.
 - b. Cada 8 meses
 - c. Cada 6 meses.
 - d. Cada 3 meses.

11. ¿Sabe usted como se deben entregar los resultados de los exámenes realizados en Rayos X y/o Laboratorio Clínico?
- En forma verbal
 - En una receta médica
 - En un formato establecido por el establecimiento de salud.
 - Ninguna de las anteriores.
12. ¿Los equipos que se utilizan en el área de ayuda al Diagnóstico, se deben calibrar cada cuánto tiempo?
- Cada 3 meses
 - Cada 5 meses
 - Cada 6 meses
 - No deben calibrarse
13. Un caso de tuberculosis diagnosticado por exámenes de ayuda al diagnóstico en su establecimiento, debe ser notificado a:
- Al paciente
 - A los familiares del paciente
 - Al paciente y al MINSA.
 - Esperar que el paciente acuda a recoger sus resultados.
14. Si usted tuviera un accidente con un objeto punzocortante utilizado en un paciente, que debe hacer:
- Acudir a un hospital.
 - Desinfectar la zona afectada
 - Acudir a la Dirección Médica a notificar el accidente
 - B más c
15. En su establecimiento de salud, los residuos sólidos obtenidos en la atención diaria, se desechan de la siguiente manera:
- Se lleva a un área para ser separados de los residuos comunes de los biocontaminados
 - Los residuos comunes son eliminados por la limpieza municipal
 - Los residuos biocontaminados son eliminados por una empresa.
 - B más c
16. ¿Cuántos tachos mínimos debe haber para el manejo de residuos sólidos en un consultorio externo?
- 1
 - 2
 - 4
 - 3
17. Si un paciente continuador viene atenderse a consultorio, el personal técnico recoge la historia clínica de:
- Informes
 - Caja
 - Admisión

- d. Archivo
18. El registro de salida e ingreso de una historia clínica se hace en:
- No se realiza ningún registro.
 - Se registra en un cuaderno ubicado en archivo
 - Se registra en un cuaderno ubicado en Admisión.
 - Ninguna de las anteriores.
19. Cuando un paciente acude al establecimiento por primera vez debe registrarse en:
- Informes
 - Caja
 - Admisión
 - En el consultorio donde se va atender.
20. ¿Cuándo se debe regresar la historia clínica del paciente al área de archivo?
- Terminado el turno de la atención.
 - Dos días después de la atención.
 - Cuando el paciente solicite una nueva atención médica.
 - Ninguna de las anteriores.
21. ¿Si un paciente presenta una emergencia médica durante la consulta a donde debe derivarse?
- Que vaya por sus propios medios a otro establecimiento de salud.
 - Se le brinda la atención en el consultorio
 - Se le deriva al tópico de urgencias del establecimiento.
 - Es atendido en el tópico de urgencias y de ser requerido trasladarlo a un establecimiento de salud de mayor resolución.
22. Si su establecimiento de salud cuenta con ambulancia, marque usted con que personal debería contar esa unidad:
- Licenciada de Enfermería
 - Médico Cirujano
 - Técnica de Enfermería.
 - Los profesionales son acorde al tipo de categorización de la ambulancia.
23. Su establecimiento de salud tiene convenio con alguna institución para referir a los pacientes en caso de emergencia?
- No se nos ha informado.
 - No atendemos emergencia.
 - Los pacientes son llevados por la ambulancia al hospital más cercano.
 - Si debería tenerlo, pero aun no cuentan con un convenio.
24. Para que un paciente pueda ser referido a un establecimiento de salud de mayor resolución el médico debe llenar:
- Una receta médica con sus indicaciones.
 - Una historia clínica de urgencias.
 - No debe llenar ningún formato.
 - Una hoja de referencias.



II. Instrumento para medir la variable 2

Cuestionario sobre cumplimiento de estándares de acreditación por los profesionales de salud. Este cuestionario nos va a permitir conocer nuestras debilidades en la aplicación de los estándares de acreditación en nuestra práctica clínica diaria; siendo de importancia porque no solo nos permite garantizar la seguridad del paciente si no también la nuestra.

De acuerdo a los resultados podemos elaborar planes de capacitación en estos temas en beneficios de los profesionales de la salud. Por este motivo se les pida lean atentamente cada una de las indicaciones para el llenado de los cuestionarios.

DATOS GENERALES:

FECHA: ____ / ____ / ____

Sexo : Masculino () Femenino ()

Grupo Ocupacional: a. Técnica de Enfermería () **Servicio:** f. Consulta Externa ()
 b. Profesionales de Salud () g. Urgencias ()
 h. Laboratorio ()
 i. Rayos X ()
 j. Administración ()

El puntaje y la clave de la respuesta a cada afirmación se asignarán de acuerdo a la siguiente tabla:

CODIGO	Cumplimiento:
4	Si se realiza al 100%
3	Se realiza a un 50%
2	Se realiza a veces
1	Nunca se realiza

Lea atentamente cada una de las preguntas y coloque una (X) en el puntaje que usted crea conveniente de acuerdo a su apreciación en cada punto:

Preg.	Que apreciación tiene sobre los estándares de acreditación?	PUNTAJE			
Atención Ambulatoria					
1	Está publicado en un lugar visible la lista de especialidades que se brindan en el establecimiento de salud en el que trabaja.	4	3	2	1
2	Utilizan las guías de prácticas clínicas durante la atención de salud.	4	3	2	1

3	Se les brinda información a los pacientes sobre sus atenciones cuando lo solicitan.	4	3	2	1
4	Se les brinda información a los pacientes de como presentar una queja.	4	3	2	1
Atención de Emergencia					
5	El tópico de urgencias cuenta con un aviso claro que oriente a los pacientes sobre su atención.	4	3	2	1
6	En el ambiente de urgencias hay sillas de ruedas para el traslado de los pacientes.	4	3	2	1
7	En el ambiente de urgencias hay un personal que derive a los pacientes de acuerdo a su patología.	4	3	2	1
8	En el ambiente de urgencias se cuenta con una historia clínica de urgencias en las que se procederá a llenar la atención.	4	3	2	1
Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento					
9	El servicio de Rayos X cuenta con manuales de procedimientos.	4	3	2	1
10	El servicio de Laboratorio realiza controles de calidad con Laboratorios de referencia.	4	3	2	1
11	Los resultados de los exámenes auxiliares se les entregan a los pacientes en los formatos estandarizados por la Institución.	4	3	2	1
12	Los equipos han sido calibrados con un tiempo no mayor a seis meses de antigüedad.	4	3	2	1
Manejo del riesgo de la atención					
13	Existe un sistema de vigilancia epidemiológica en su institución.	4	3	2	1
14	Notifican a las autoridades competentes cuando sufres un accidente punzocortante mientras trabajas.	4	3	2	1
15	Utilizan tachos con bolsas rojas para la eliminación de residuos biocontaminados.	4	3	2	1
16	Hay dos tachos para el manejo de residuos sólidos en todos los consultorios.	4	3	2	1
Admisión y Alta					
17	En el establecimiento que trabaja hay un área destinada para el archivo de las historias clínicas.	4	3	2	1
18	En el establecimiento donde trabaja existe un área para que se registren los pacientes.	4	3	2	1

19	Cuando retira una historia clínica de archivo firma un cuaderno donde se registra el número de historia clínica que está llevando	4	3	2	1
20	Regresa la historia clínica al culminar el turno de la atención médica.	4	3	2	1
Referencia y Contrarreferencia					
21	El establecimiento de salud donde trabaja ha realizado convenios con hospitales de mayor nivel de complejidad para el traslado de los pacientes.	4	3	2	1
22	El establecimiento de salud donde trabaja cuenta con servicio de ambulancia.	4	3	2	1
23	El establecimiento de salud cuenta con un formato especial para realizar las referencias de los pacientes.	4	3	2	1
24	El personal que se encarga del traslado de los pacientes se encuentra capacitado.	4	3	2	1

Anexo 5:

BASE DE DATOS DE VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO

E	ATENCIÓN AMBULATORIA				ATENCIÓN DE EMERGENCIA				ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y				MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN				ADMISIÓN Y ALTA				REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA				T				
1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	11	
2	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	13	
3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	19
4	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	12
5	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	13
6	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	16
7	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	14
8	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
9	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	14
10	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	15
11	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	15
12	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	17
13	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	15
14	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	17
15	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	10
16	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8
17	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	12
18	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	9
19	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	13
20	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	19
21	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	17
22	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	18
23	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	15
24	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	14
25	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	15
26	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	15	
27	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	14
28	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	8
29	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	14
30	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	18
31	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	15	
32	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	20
33	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	9
34	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	18	
35	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	15	
36	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	16	
37	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
38	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	15
39	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	18
40	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
41	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	15
42	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	20
43	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	12
44	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	14
45	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	15
46	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	15
47	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	17
48	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
49	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	19
50	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	17
51	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	20
52	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	19
53	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	17
54	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	20
55	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	10
56	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	13
57	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	13
58	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	12
59	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	15
60	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	15
61	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	13
62	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	17
63	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	20
64	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	15
65	0	1	1	1	0	1	1																						

BASE DE DATOS DE VARIABLE NIVEL DE CUMPLIMIENTO

E	ATENCIÓN AMBULATORIA				ATENCIÓN DE EMERGENCIA				ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO				MANEJO DEL RIESGO DE AL ATENCIÓN				ADMISIÓN Y ALTA				REFERENCIA Y CONTRAREF				T
1	4	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	1	2	3	3	4	3	4	2	1	2	2	3	60
2	4	1	3	3	2	4	3	1	3	3	2	3	1	1	2	4	4	2	4	3	1	1	3	3	61
3	4	2	2	3	2	4	2	2	3	2	3	2	1	2	3	3	4	3	3	2	2	1	2	2	59
4	4	2	3	2	2	3	1	1	2	3	2	3	1	1	3	4	4	2	4	3	1	2	1	3	57
5	4	2	2	2	3	4	2	1	3	2	3	2	1	2	3	3	4	3	3	2	1	1	2	3	58
6	3	1	3	3	1	3	3	1	2	3	2	3	1	1	4	3	4	3	4	3	1	1	3	2	58
7	3	1	3	2	1	4	2	2	3	2	3	2	1	2	4	3	4	3	3	2	1	1	2	3	57
8	3	1	3	3	1	3	3	2	2	2	2	3	2	1	2	4	4	3	4	3	2	1	3	2	59
9	3	1	2	2	1	4	1	2	3	2	3	2	1	2	3	3	4	3	4	2	2	1	3	3	57
10	3	1	3	3	2	3	2	2	4	2	2	2	1	1	4	3	4	2	3	3	2	1	2	2	57
11	4	1	2	2	3	4	3	2	4	2	3	3	1	2	4	3	3	3	4	2	1	1	2	3	62
12	4	2	3	3	1	4	2	1	4	2	3	2	2	1	2	3	3	2	3	3	2	1	3	3	59
13	4	2	3	3	2	3	1	2	4	3	3	2	2	1	3	3	3	3	3	2	1	2	1	2	58
14	4	2	2	2	2	3	2	2	4	2	2	3	1	2	4	3	4	2	3	4	2	2	2	3	62
15	4	2	3	2	1	3	3	2	3	3	3	2	2	2	4	3	4	3	3	3	2	2	2	2	63
16	3	2	2	2	2	4	3	1	4	2	2	3	2	1	4	2	4	2	3	3	2	2	3	3	61
17	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	4	4	3	4	3	1	2	2	2	62
18	3	2	3	2	3	4	2	2	3	2	2	3	1	1	4	4	4	3	3	2	1	1	3	3	61
19	3	2	2	2	2	3	2	1	3	2	3	2	2	2	4	4	4	3	4	2	2	1	1	4	60
20	3	1	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	1	2	4	3	4	3	3	2	1	1	2	3	57
21	4	1	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	4	3	4	3	4	2	1	1	3	4	64
22	4	1	3	4	1	4	1	1	3	3	3	3	1	2	4	4	3	3	3	2	1	2	2	3	61
23	4	1	3	4	2	4	2	1	3	3	2	2	2	2	4	3	3	3	4	1	2	1	2	2	60
24	4	1	3	3	1	4	3	1	3	3	3	3	1	2	3	4	4	2	3	4	3	1	2	4	65
25	4	1	3	3	2	3	1	1	3	3	2	2	2	2	4	3	4	3	3	4	4	2	2	4	65
26	4	1	3	2	2	3	2	2	4	3	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	1	2	4	71
27	3	1	3	2	1	3	3	2	3	3	2	2	2	1	4	4	4	4	3	4	4	2	1	3	64
28	3	1	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	2	1	4	2	68
29	3	1	3	2	1	3	1	2	3	3	2	2	1	1	4	4	3	3	3	2	1	2	3	2	55
30	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2	4	3	3	4	4	3	1	1	1	2	61
31	3	2	2	3	3	3	3	1	3	3	2	2	1	1	3	3	4	3	3	2	1	2	2	2	57
32	3	2	2	3	1	3	2	2	4	2	3	3	2	2	3	3	4	4	3	3	2	1	3	2	62
33	3	2	2	4	2	4	3	2	3	3	2	2	1	1	3	3	4	3	3	2	1	2	2	2	59
34	4	1	2	3	3	4	1	2	4	2	3	3	2	2	3	4	4	4	3	3	1	1	1	2	62
35	4	1	3	3	2	4	2	1	3	3	3	2	1	2	3	4	3	3	3	2	2	1	2	2	59
36	4	1	2	4	1	3	2	2	4	2	2	3	2	1	3	3	4	4	3	3	1	1	4	3	62
37	4	1	3	2	2	4	3	1	3	3	2	2	1	2	3	3	4	3	3	2	1	1	3	3	59
38	4	1	3	2	3	4	2	2	4	2	2	4	2	1	4	4	4	4	3	3	1	1	2	2	64
39	4	1	3	2	2	3	3	1	3	3	3	4	1	2	4	3	4	3	3	2	1	2	1	3	61
40	3	1	2	2	1	4	2	2	4	2	2	4	2	1	4	4	4	4	3	3	2	2	2	3	63
41	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3	2	4	1	2	4	4	4	3	3	2	3	2	3	3	66
42	4	2	2	2	3	4	3	2	4	3	3	2	2	1	4	4	4	4	4	3	1	2	3	3	69
43	3	2	3	2	1	3	2	2	3	2	2	3	1	2	3	4	4	2	4	2	1	2	2	3	58
44	4	2	3	3	2	4	3	2	3	3	3	2	2	1	4	4	3	3	4	3	2	2	2	2	66
45	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	1	2	2	4	4	3	4	2	1	1	1	3	59
46	4	2	3	3	3	4	3	2	3	2	3	2	2	1	2	3	3	3	4	2	3	1	1	2	61
47	3	2	2	3	2	4	2	2	2	3	2	3	1	2	2	3	4	3	4	2	1	2	2	3	59
48	4	2	3	4	1	4	3	2	2	2	3	2	2	1	3	3	4	4	4	3	2	1	1	2	62
49	3	2	3	4	2	3	2	2	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	4	3	1	2	2	3	61
50	3	1	2	4	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	4	4	4	3	1	1	2	1	60
51	3	1	3	2	2	4	3	2	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	4	2	2	1	2	1	57
52	3	1	2	2	1	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	4	3	4	3	2	2	2	1	56
53	3	1	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	1	2	3	3	4	3	4	2	2	1	2	1	58
54	3	1	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	4	4	4	3	4	3	2	1	2	3	62
55	3	1	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	1	1	4	3	4	3	4	2	1	1	1	2	56
56	3	2	2	2	1	3	2	2	3	2	3	2	2	1	4	4	4	3	4	3	1	1	2	1	59
57	4	2	3	2	3	4	2	1	2	3	3	3	1	2	3	3	3	3	4	3	2	2	2	1	61
58	3	2	2	3	2	3	3	1	3	2	2	2	2	1	4	4	4	3	4	3	2	2	2	2	61
59	4	2	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	1	2	4	4	3	4	4	2	2	2	3	1	65
60	3	2	2	3	1	3	2	2	3	2	2	2	2	1	4	4	4	4	3	2	1	2	3	2	59
61	3	2	3	3	2	4	3	2	3	3	2	2	1	2	4	4	4	4	4	2	2	2	3	3	67
62	3	1	2	2	3	3	1	2	3	2	2	2	2	1	4	4	4	2	3	3	2	2	2	1	56
63	4	1	3	3	3	4	1	2	2	3	3	3	1	2	4	4	4	2	4	3	2	2	3	2	65
64	4	1	2	2	2	3	1	2	3	2	2	3	2	2	3	3	4	3	3	3	1	2	2	3	58
65	4	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	1	1	3	3	4	3	4	2	2	2	3	2	63
66	3	2	2	2	2	4	3	1	3	2	2	3	2	2	4	3	3	3	3	2	1	2	2	1	57
67	3	2	3	3	1	3	2	2	3	3	2	3	1	1	4	3	4	3	3	2	1	3	2	2	59
68	3	2	2	3	1	4	3	1	3	2	2	3	2	2	4	3	4	3	3	3	2	1	2	1	59
69	3	1	3	2	1	3	2	2	3	3	2	3	1	1	4	3	4	4	3	3	3	2	3	2	61
70	3	1	2	4	1	4	3	2	3	2	3	3	2	2	4	2	4	4	3	3	3	2	2	1	63