



Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

**Facultad de Ciencias Sociales
Escuela Profesional de Sociología**

Servicios de salud de calidad en el Municipio de Huaura, 2025

Tesis

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Sociología

Autoras

Wendy Marisabel Castro Carquin De Lopez

Yassury Yajaira Diaz Barroso

Asesor

Dr. Walter Stalin Gil Quevedo


UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ F. SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DR. WALTER STALIN GIL QUEVEDO
DOCENTE - DNS623

Huacho – Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial – Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Reconocimiento: Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

LICENCIADA

(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020)

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE SOCIOLOGÍA

INFORMACIÓN DE METADATOS

DATOS DEL AUTOR (ES):		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	FECHA DE SUSTENTACIÓN
Castro Carquin De Lopez, Wendy Marisabel	44370499	22/07/2026
Díaz Barroso, Yassury Yajaira	75480802	22/07/2026
DATOS DEL ASESOR:		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CÓDIGO ORCID
Dr. Gil Quevedo, Walter Stalin	32384159	https://orcid.org/0000-0003-4219-6892
DATOS DE LOS MIEMBROS DE JURADOS – PREGRADO/POSGRADO-MAESTRÍA-DOCTORADO:		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CÓDIGO ORCID
Dr. Changa Huertas, Gerardo	15614156	https://orcid.org/0000-0001-6503-7697
M(o). Olaya Maza, Pepe Francisco	15593004	https://orcid.org/0000-0002-8256-3805
M(o). Guillermo Agama, Fernando Francisco	44567639	https://orcid.org/0000-0002-2127-1032

CASTRO CARQUIN DE LOPEZ WENDY MARISABEL ...

SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD EN EL MUNICIPIO DE HUAURA, 2025

 Pregrado - 2026
 Unidad de Investigacion FCSS - 2026
 Facultad de Ciencias Sociales

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::1:3609245696

Fecha de entrega

10 jul 2026, 3:22 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

10 jul 2026, 3:40 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

TESIS_CASTRO_DIAZ.pdf

Tamaño del archivo

1.7 MB

95 páginas

17.883 palabras

108.954 caracteres



Página 2 de 104 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::1:3609245696

20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- ▶ N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 19%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación se lo dedico de manera muy especial a mi esposo, quien confía en mí y me impulsa a continuar día a día sin soltar mi mano.

Así mismo, a mi hija Camila que ha sido mi fuerza y motivo, quien a sus 08 años me enseñó con madurez y complicidad que los grandes retos se asumen en equipo. También a mi hija Luna que es mi fiel compañera.

Todo esfuerzo ha sido, y será por ustedes.

Wendy Marisabel Castro Carquin

A mi querida mamá, Bertila, por ese amor y apoyo incondicional que nunca me faltó y por creer en mí en cada momento de este camino. Ella es la razón de que hoy esté aquí cumpliendo esta meta.

A mis abuelos y tíos Luis y Fidel, por no dejarme sola, estar pendientes de mí en cada momento y darme la mano con lo que hiciera falta. Este logro es tan mío como de ustedes, porque tenerlos cerca fue lo que hizo que todo valiera la pena.

Yassury Yajaira Diaz Barroso

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis docentes por su formación, y por haberme impulsado en este camino con paciencia, exigencia y vocación académica.

A mi familia en general, por entender mis momentos de ausencia, por darme las fuerzas y el soporte emocional para continuar.

A mi colega de sustentación Yassury por ser mi amiga y soporte durante la carrera. Gracias por la confianza y por el apoyo durante los últimos ciclos.

A todos y cada uno de ustedes, mi eterna gratitud.

Wendy Marisabel Castro Carquin

A mi familia, por vivir este proceso conmigo y ser mi soporte a la distancia. Enfrentar esta etapa no fue fácil, pero saber que contaba con ustedes hacía que todo el esfuerzo valiera la pena.

A Wendy, mi compañera y amiga, a quien agradezco la confianza y complicidad; por hacer equipo de verdad, aguantar el estrés, las amanecidas y lograr que este proceso fuera compartido.

Los amigos que encontré en el camino, por hacer que este trayecto fuera más ligero y evitaron que me sintiera sola en una ciudad nueva.

Mis docentes, por el conocimiento brindado en estos años y despertar en mí la formación junto a la vocación académica necesarias para ejercer hoy como socióloga.

Yassury Yajaira Diaz Barroso

RESUMEN

El objetivo fue determinar la calidad de los servicios de salud en el Municipio de Huaura, 2025. Se empleó un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y nivel descriptivo; el estudio fue transversal y utilizó encuesta con cuestionario a una muestra de 100 ciudadanos. Los resultados mostraron que, de manera global, la percepción de la calidad se ubicó mayoritariamente en nivel medio (99%) y en mínima proporción en nivel bajo (1%), sin registros en nivel alto, lo que evidenció un desempeño funcional pero no óptimo de los servicios evaluados. En accesibilidad, la distribución se concentró en nivel medio (71%) y bajo (29%), sugiriendo barreras persistentes de índole geográfica, económica y organizacional. En la calidad de la atención médica, el 86% se ubicó en nivel medio, el 12% en alto y el 2% en bajo, reflejando una atención aceptable, pero con margen para fortalecer la humanización, la oportunidad y la disponibilidad terapéutica. Finalmente, la infraestructura y los recursos fueron valorados en nivel medio por el 86%, en bajo por el 12% y en alto por el 2%, lo que señaló limitaciones materiales que condicionaron la calidad del servicio. En conclusión, el sistema local mostró fortalezas operativas básicas, aunque requirió mejoras sustantivas en accesibilidad, procesos de atención e infraestructura para alcanzar estándares de alta calidad.

Palabras clave: servicios de salud, calidad de la atención, accesibilidad, infraestructura sanitaria.

ABSTRACT

The objective was to determine the quality of health services in the Municipality of Huaura, 2025. A quantitative approach was used, with a non-experimental and descriptive design; the study was cross-sectional and applied a survey with a structured questionnaire to a sample of 100 citizens. The results showed that, overall, 99% of respondents perceived health services at a medium level, while only 1% rated them as low and no responses indicated a high level, revealing a functional but not optimal performance of the system. In terms of accessibility, 71% placed it at a medium level and 29% at a low level, suggesting persistent geographic, economic, and organizational barriers. Regarding the quality of medical care, 86% evaluated it as medium, 12% as high, and 2% as low, reflecting an acceptable service that still required improvements in humanization, timeliness, and treatment availability. As for infrastructure and resources, 86% of respondents rated them as medium, 12% as low, and only 2% as high, evidencing structural deficiencies that limited the quality of care. In conclusion, the local health system showed basic operational strengths but required substantial improvements in accessibility, medical care processes, and infrastructure to achieve high-quality standards.

Keywords: health services, quality of care, accessibility, health infrastructure.

INTRODUCCION

El estudio de los servicios de salud de calidad constituye un campo de creciente interés en la sociología de la salud, dado que articula dimensiones sociales, económicas y políticas vinculadas con el bienestar colectivo y la equidad en el acceso a derechos fundamentales. En el caso del municipio de Huaura, la calidad de los servicios de salud se presentó como un tema central, pues las limitaciones en infraestructura, accesibilidad y atención médica configuraron una problemática que trascendió lo sanitario para convertirse en un asunto de cohesión social y legitimidad institucional. Tal como sostiene la Organización Mundial de la Salud (2000), la calidad de los servicios debe garantizar no solo la ausencia de enfermedad, sino un estado integral de bienestar físico, mental y social, lo que exige sistemas capaces de responder a las expectativas y necesidades de los ciudadanos. En este sentido, teorías como la de Donabedian (1990), que desagregó la calidad en estructura, proceso y resultado, y la de Tanahashi (1978), que analizó la cobertura efectiva a través de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y efectividad, permitieron enmarcar conceptualmente esta investigación.

A nivel internacional, estudios previos evidenciaron deficiencias recurrentes en el acceso y en la satisfacción ciudadana. Gómez (2018) en Santiago de Chile mostró que más del 65% de los usuarios se declaró insatisfecho por los tiempos de espera, mientras que Fernández (2019) en Buenos Aires halló que las limitaciones en la comunicación médico-paciente redujeron la percepción de calidad pese a la disponibilidad de medicamentos. En Quito, Rodríguez (2020) reveló deficiencias de fiabilidad y capacidad de respuesta en los hospitales, mientras que Martínez (2021) en Bolivia señaló que la satisfacción dependía más del trato recibido que de la dotación de equipos. De igual modo, Almeida (2022) en São Paulo destacó que, a pesar de la gratuidad, la sobrecarga del sistema y la insuficiencia de recursos humanos condicionaron negativamente la percepción de los usuarios.

En el ámbito nacional, las investigaciones también reflejaron un panorama de insatisfacción moderada. Huamán (2018) en Huancayo concluyó que los tiempos de espera y las deficiencias administrativas eran las principales limitaciones, aunque se reconoció la calidad profesional del personal de salud. Quispe (2019) en Lima evidenció que la falta de medicamentos y las demoras en la atención afectaban directamente la percepción de calidad, mientras que Cárdenas (2020) en el Hospital Loayza identificó brechas significativas en la capacidad de respuesta, a pesar de que la empatía del personal era valorada positivamente. Por su parte, Mendoza (2021) en Cusco y Ramírez (2022) en Trujillo coincidieron en que la infraestructura deficiente, la escasez de equipos y la demora en la atención limitaban la satisfacción de los usuarios y debilitaban la confianza ciudadana.

En este escenario, se estableció un nicho de investigación al constatar que, a pesar de la existencia de múltiples estudios sobre la calidad de los servicios de salud en contextos urbanos y hospitales de referencia, no se habían desarrollado investigaciones específicas en Huaura, un municipio que combina zonas rurales y urbanas y que enfrenta condiciones socioeconómicas y geográficas particulares. La ausencia de estudios locales representó una brecha importante en la producción de conocimiento, ya que las condiciones de desigualdad territorial, la disponibilidad limitada de recursos y las particularidades culturales de Huaura demandaban un análisis contextualizado de la calidad de los servicios de salud.

Ante esta carencia, la presente investigación ocupó dicho nicho con el propósito de determinar el estado de los servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura en 2025, mediante un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo y diseño no experimental.

El estudio se orientó a describir la accesibilidad a los servicios, la calidad de la atención médica y la infraestructura y recursos de los establecimientos, recogiendo la percepción de 100 ciudadanos seleccionados en la muestra. En los capítulos desarrollados, se abordó en primer lugar el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación social, teórica y

práctica del estudio; posteriormente, en el marco teórico, se revisaron antecedentes internacionales y nacionales y se aplicaron modelos analíticos como el de Donabedian (1990), Tanahashi (1978) y SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988), lo que permitió operacionalizar las dimensiones de estudio. En el capítulo metodológico se precisó el diseño, la población y muestra, así como la técnica de encuesta utilizada. Los resultados, presentados en el capítulo IV, mostraron que el 99% de los encuestados valoró los servicios en un nivel medio y que ninguna dimensión alcanzó niveles óptimos, destacando la accesibilidad como la limitación más crítica (29% en nivel bajo). En la discusión se compararon estos hallazgos con la literatura existente, confirmando patrones de insatisfacción vinculados a factores estructurales y organizacionales. Finalmente, en los capítulos de conclusiones y recomendaciones se propusieron estrategias concretas para superar las deficiencias detectadas, con responsabilidad compartida entre autoridades locales, regionales y nacionales.

ÍNDICE

DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCION	9
ÍNDICE	12
INDICE DE TABLAS	15
INDICE DE FIGURAS.....	16
CAPÍTULO I	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	17
1.2. Formulación del Problema	18
1.2.1 Problema General.....	18
1.2.2 Problemas específicos	18
1.3 Objetivo de la Investigación.....	19
1.3.1 Objetivo General	19
1.3.2 Objetivos Específicos.....	19
1.4 Justificación de la investigación.....	19
1.4.1 Justificación social	19
1.4.2 Justificación teórica.....	20
1.4.3 Justificación práctica.....	22
1.5 Delimitación del estudio	23
1.6 Viabilidad del estudio	23
CAPÍTULO II	25
MARCO TEÓRICO.....	25
2.1 Antecedentes de la investigación	25
2.1.1 Investigaciones internacionales	25

	13
2.1.2 Investigaciones nacionales	27
2.2 Bases Teóricas	29
2.2.2 Teorías sobre las dimensiones del Servicios de Salud de Calidad	39
2.3 Bases Filosóficas.....	47
2.4 Definición de términos Básicos.....	47
CAPÍTULO III.....	51
METODOLOGÍA	51
3.1 Diseño metodológico	51
3.2 Población y muestra	51
3.3 Instrumento de recolección de datos	53
3.4 Técnicas para el procedimiento de la Información	56
3.5 Matriz de consistencia.....	58
CAPÍTULO IV.....	59
RESULTADOS.....	59
4.1 Análisis de resultados.....	59
CAPÍTULO V	63
DISCUSION	63
5.1 Discusión	63
CAPITULO VI.....	71
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	71
6.1 Conclusiones.....	71
6.2 Recomendaciones	72
CAPITULO VII	75
REFERENCIAS BIBILOGRAFICAS.....	75
7.1. Fuentes Documentales	75
7.2. Fuentes Bibliográficas.....	75
7.3. Fuentes Hemerográficas.....	76
7.4. Fuentes Electrónicas	77
ANEXOS	79

ANEXO A.....	80
ANEXO B.....	83

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1</i>	56
<i>Tabla 2</i>	59
<i>Tabla 3</i>	60
<i>Tabla 4</i>	61
<i>Tabla 5</i>	62

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1 Gráfico de la distribución de la Variable General Servicios de Salud</i>	<i>59</i>
<i>Figura 2 Gráfico de la distribución de la Dimensión Accesibilidad a los Servicios.</i>	<i>60</i>
<i>Figura 3 Gráfico de la distribución de la Dimensión Calidad de la Atención Médica.....</i>	<i>61</i>
<i>Figura 4 Gráfico de la distribución de la Dimensión Infraestructura y Recursos de los Establecimientos de Salud</i>	<i>62</i>

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

En el municipio de Huaura, la calidad de los servicios de salud se ha convertido en una de las principales preocupaciones sociales en los últimos años, debido a las limitaciones estructurales, administrativas y humanas que afectan la atención de la población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), el acceso equitativo y la calidad de los servicios constituyen pilares esenciales para garantizar el derecho a la salud, entendida no solo como ausencia de enfermedad, sino como un estado integral de bienestar físico, mental y social (p. 14). Sin embargo, en contextos locales como Huaura, este ideal se enfrenta a múltiples brechas.

En primer lugar, los establecimientos de salud presentan deficiencias en infraestructura y equipamiento. Tanahashi (1978) señala que la cobertura efectiva de los servicios depende de factores como disponibilidad de insumos, accesibilidad y aceptabilidad por parte de los usuarios (p. 296). En Huaura, los hospitales y centros de salud reportan constantes desabastecimientos de medicamentos y carencia de equipos médicos especializados, lo que limita la oportunidad diagnóstica y terapéutica.

Asimismo, la calidad del servicio se ve condicionada por la percepción de los usuarios respecto al trato del personal y la capacidad resolutoria de las instituciones. Doyal y Gough (1991) argumentan que las necesidades humanas básicas incluyen la atención sanitaria oportuna y respetuosa, cuya ausencia genera desconfianza hacia las instituciones del Estado (p. 45). En el caso de Huaura, numerosos testimonios de usuarios reflejan insatisfacción por largos tiempos de espera, trato poco cordial y demoras en la programación de citas.

Otro aspecto problemático es la desigualdad en el acceso a los servicios. Según Aday y Andersen (1974), las barreras económicas, geográficas y organizacionales influyen

directamente en la utilización de los servicios de salud (p. 215). En sectores rurales y periurbanos del municipio de Huaura, la población enfrenta mayores dificultades para trasladarse a los centros de atención, lo que incrementa la inequidad en comparación con quienes viven en zonas urbanas.

Finalmente, es necesario destacar que la percepción de baja calidad en los servicios de salud también tiene repercusiones sociales y políticas. Tal como señalan Osborne y Gaebler (1992), la eficacia de la gestión pública se mide, entre otros aspectos, por la satisfacción de los ciudadanos con los servicios esenciales, donde la salud ocupa un lugar prioritario (p. 17). En Huaura, la persistencia de deficiencias en la atención ha debilitado la confianza ciudadana en las autoridades locales y regionales, lo que pone en riesgo la legitimidad de las políticas públicas en salud.

En este contexto, estudiar los servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura resulta fundamental para identificar las brechas existentes, comprender la percepción ciudadana y plantear alternativas que permitan fortalecer la gestión y garantizar el derecho a la salud de la población en 2025.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cómo se presentan los Servicios de salud de Calidad en el Municipio de Huaura, 2025?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cómo se presenta la Accesibilidad a los Servicios de Salud en el Municipio de Huaura, 2025?

¿Cómo se presenta la Calidad de la Atención Médica en el Municipio de Huaura, 2025?

¿Cómo se presenta la Infraestructura y Recursos de los Establecimientos en el Municipio de Huaura, 2025?

1.3 Objetivo de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar los Servicios de salud de Calidad en el Municipio de Huaura, 2025

1.3.2 Objetivos Específicos

Describir la Accesibilidad a los Servicios de Salud en el Municipio de Huaura, 2025

Describir la Calidad de la Atención Médica en el Municipio de Huaura, 2025

Describir la Infraestructura y Recursos de los Establecimientos en el Municipio de Huaura, 2025

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Justificación social

La investigación sobre los **servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura** se justifica socialmente porque aborda una de las necesidades más fundamentales de la población: el acceso equitativo y eficiente a la atención sanitaria. La salud constituye un derecho humano esencial reconocido por la Constitución Política del Perú y por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), que sostiene que el bienestar de la sociedad depende de la capacidad de los sistemas de salud para responder adecuadamente a las necesidades de sus ciudadanos.

En el caso de Huaura, los servicios de salud enfrentan serias limitaciones en cuanto a infraestructura, equipamiento y recursos humanos, lo que afecta directamente la calidad de vida de miles de personas. La investigación tiene un impacto social relevante porque permite visibilizar las brechas existentes entre lo que establece la normativa sanitaria y las condiciones reales en que se presta el servicio. Este contraste genera desigualdad social, especialmente en

sectores vulnerables de la población, quienes son los más afectados por la deficiente atención médica.

Asimismo, el estudio ofrece un aporte a la participación ciudadana y la gobernanza local, en tanto genera evidencia para que las autoridades municipales, regionales y el Ministerio de Salud adopten medidas correctivas que fortalezcan la gestión del sistema sanitario. Como plantean Osborne y Gaebler (1992), la legitimidad de la administración pública se mide por la capacidad de transformar las necesidades ciudadanas en servicios eficientes; por ello, mejorar la calidad en salud contribuye a reforzar la confianza en las instituciones.

La dimensión social de esta investigación también se relaciona con la equidad. Según Tanahashi (1978), la cobertura de servicios de salud no puede analizarse únicamente en términos de disponibilidad, sino también de acceso real y aceptabilidad por parte de la población. En este sentido, garantizar servicios de salud de calidad en Huaura no solo tiene un impacto en la disminución de enfermedades y mortalidad, sino también en la construcción de una sociedad más justa, cohesionada y resiliente.

Finalmente, los resultados de esta tesis beneficiarán no solo al ámbito académico, al generar conocimiento sobre la gestión de servicios sanitarios locales, sino también al conjunto de la sociedad haurina, ya que contribuirán a proponer soluciones orientadas a fortalecer el bienestar colectivo y a cumplir con los principios de justicia social y derecho universal a la salud.

1.4.2 Justificación teórica

El estudio de los servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura requiere sustentarse en fundamentos teóricos que permitan comprender cómo se construye y evalúa la calidad en la atención sanitaria. En primer lugar, se toma como referencia el marco conceptual de Aday y Andersen (1974), quienes desarrollaron un modelo de acceso a los servicios de salud que relaciona la disponibilidad, la accesibilidad y la utilización de los servicios con las condiciones

socioeconómicas y las percepciones de los usuarios. Este modelo resulta pertinente, ya que en Huaura la problemática de calidad está estrechamente vinculada con el acceso desigual entre sectores urbanos y rurales.

Asimismo, Tanahashi (1978) propone un enfoque analítico que distingue entre disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y efectividad como dimensiones para evaluar la cobertura de servicios de salud. Este marco teórico permite analizar no solo la existencia de infraestructura o recursos humanos, sino también la forma en que la población percibe y utiliza los servicios, lo que resulta fundamental en la investigación sobre Huaura.

Por otra parte, desde la teoría de las **necesidades humanas básicas**, Doyal y Gough (1991) sostienen que el acceso a la atención médica es un componente esencial para el bienestar social y la justicia distributiva. Este enfoque respalda la tesis al reconocer que la falta de servicios de salud de calidad constituye una vulneración de derechos fundamentales y profundiza las brechas de desigualdad en la sociedad.

En relación con la gestión pública, Osborne y Gaebler (1992) plantean que la calidad de los servicios públicos, incluida la salud, depende de la capacidad de los gobiernos para innovar y responder eficazmente a las demandas ciudadanas. Este planteamiento refuerza la necesidad de evaluar la calidad de los servicios de salud en Huaura, en tanto que la eficiencia y efectividad de la administración local se reflejan directamente en la percepción y confianza de la población. Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (**OMS, 2000**) sostiene que los sistemas de salud deben ser evaluados no solo por los recursos que poseen, sino también por su capacidad de generar resultados positivos en la salud de las personas, asegurar la equidad en la atención y garantizar la satisfacción de los usuarios. Estos postulados se convierten en la base teórica que orienta la investigación, dado que permiten analizar la calidad desde una perspectiva integral que combina eficacia, eficiencia y equidad.

En suma, la justificación teórica de esta investigación se apoya en modelos de acceso, teorías de cobertura, marcos de necesidades humanas y enfoques de gestión pública que, en conjunto, ofrecen una base sólida para estudiar los servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura en 2025, aportando a la comprensión de sus limitaciones y a la formulación de propuestas de mejora.

1.4.3 Justificación práctica

La presente investigación tiene una justificación práctica porque busca generar información útil y aplicable para la mejora de los servicios de salud en el municipio de Huaura. En primer lugar, permitirá identificar de manera concreta las fortalezas y debilidades en la atención sanitaria, a partir de la percepción de los usuarios, lo que constituye una herramienta valiosa para la toma de decisiones en los distintos niveles de gestión local y regional.

En el ámbito institucional, los resultados del estudio podrán servir como insumo para que los centros de salud, hospitales y la Dirección Regional de Salud (DIRESA Lima Provincias) formulen planes de mejora enfocados en infraestructura, equipamiento, abastecimiento de medicamentos y capacitación del personal. De este modo, la investigación trasciende el plano académico para convertirse en una guía de acción que oriente políticas públicas y estrategias de gestión.

Además, desde la perspectiva comunitaria, este trabajo práctico busca fortalecer la participación ciudadana, ya que al visibilizar las percepciones de la población se otorga a los usuarios un rol activo en la evaluación del servicio, fomentando la corresponsabilidad en la construcción de un sistema de salud más eficiente y equitativo.

Asimismo, la investigación aporta un valor práctico al ofrecer indicadores concretos sobre calidad de la atención, tiempos de espera, disponibilidad de recursos y satisfacción de los usuarios, aspectos que pueden ser utilizados en futuros procesos de monitoreo y evaluación de políticas sanitarias. Como lo sostiene la Organización Mundial de la Salud (2000), la mejora

continua de los servicios depende de la retroalimentación constante entre la población y las instituciones encargadas de garantizar el derecho a la salud.

Finalmente, este estudio tiene un alcance práctico porque permitirá a las autoridades municipales y regionales de Huaura diseñar programas de intervención más focalizados, basados en evidencia, que contribuyan a disminuir las brechas de desigualdad en el acceso a la atención médica. En consecuencia, los resultados no solo beneficiarán al sector salud, sino también al conjunto de la sociedad haurina, en tanto favorecen la construcción de un sistema más justo, accesible y de calidad.

1.5 Delimitación del estudio

Ámbito Geográfico

El estudio se centrará exclusivamente en el Municipio de Huaura, limitando su aplicabilidad a otras áreas geográficas. Esto permite una investigación más exhaustiva y específica dentro de un contexto local definido.

Periodo Temporal

La investigación se llevará a cabo durante la segunda mitad del año 2025 entre los meses de Julio, a diciembre, lo que implica que los resultados obtenidos reflejarán las condiciones y percepciones particulares de ese período. Cambios en el tiempo pueden no ser capturados por este estudio.

Participantes de los actores sociales

1.6 Viabilidad del estudio

Acceso a los Participantes

Se cuenta con la colaboración y participación de los actores involucrados en la espacialidad del Municipio de Huaura, lo que facilitará el acceso a la muestra necesaria para el estudio.

Recursos Disponibles

Se dispone de los recursos necesarios, tanto humanos como materiales, para llevar a cabo la investigación de manera eficiente y efectiva. Esto incluye el acceso a herramientas de recolección y análisis de datos, así como el apoyo institucional necesario.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

Tenemos a **GÓMEZ, M. (2018)**. *Calidad de los servicios de salud en hospitales públicos de Santiago de Chile*. Universidad de Chile. **Objetivo general:** Evaluar la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud en hospitales públicos de Santiago. **Metodología:** Estudio descriptivo, diseño no experimental; muestra de 350 usuarios encuestados con cuestionario tipo Likert. **Resultados:** El 65% de los usuarios se mostró insatisfecho con los tiempos de espera, el 40% señaló deficiencias en el trato recibido y el 70% reconoció adecuada competencia técnica del personal. **Conclusiones:** La calidad técnica fue aceptable, pero los aspectos de trato humano y oportunidad en la atención requieren mejoras urgentes en los hospitales públicos de Santiago.

FERNÁNDEZ, L. (2019). *Calidad percibida en la atención primaria de salud en Buenos Aires*. Universidad de Buenos Aires. **Objetivo general:** Analizar la calidad percibida en la atención primaria de los centros barriales de Buenos Aires. **Metodología:** Estudio transversal; cuestionarios aplicados a 420 pacientes en centros de atención primaria.

Resultados: El 55% de los pacientes manifestó satisfacción con la disponibilidad de medicamentos, el 48% señaló comunicación deficiente médico-paciente y el 60% expresó insatisfacción con la información sobre tratamientos. **Conclusiones:** La calidad en atención primaria se ve afectada principalmente por la falta de información clara y la comunicación limitada, aunque existe percepción positiva en cuanto a disponibilidad de medicamentos.

RODRÍGUEZ, C. (2020). *Evaluación de la calidad de los servicios de salud en hospitales de Quito*. Universidad Central del Ecuador. **Objetivo general:** Evaluar la calidad de los servicios hospitalarios en Quito utilizando el modelo SERVQUAL. **Metodología:** Investigación cuantitativa; cuestionario SERVQUAL aplicado a 300 usuarios. **Resultados:** El 62% de los pacientes reportó deficiencias en la dimensión de fiabilidad, el 58% en capacidad de respuesta, mientras que un 72% valoró positivamente la empatía del personal. **Conclusiones:** Existen brechas significativas entre expectativas y percepciones, siendo la rapidez y fiabilidad los aspectos más críticos a mejorar en los hospitales de Quito.

MARTÍNEZ, J. (2021). *Satisfacción de los usuarios con los servicios de salud en Santa Cruz de la Sierra*. Universidad Autónoma Gabriel René Moreno (Bolivia). **Objetivo general:** Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios hospitalarios en Santa Cruz. **Metodología:** Estudio descriptivo-correlacional; cuestionarios aplicados a 280 pacientes hospitalizados. **Resultados:** El 68% de los usuarios mostró satisfacción con el trato del personal, el 45% manifestó descontento con la disponibilidad de equipos y el 52% indicó tiempos de espera prolongados. **Conclusiones:** La satisfacción depende en gran medida del trato recibido por el personal, pero la falta de equipos y la demora en la atención reducen la percepción de calidad global.

ALMEIDA, R. (2022). *Percepción de la calidad en los servicios de salud públicos en São Paulo*. Universidade de São Paulo (Brasil). **Objetivo general:** Analizar la percepción de la calidad en los servicios de salud de hospitales públicos de São Paulo. **Metodología:** Estudio mixto; 500 encuestas cuantitativas y 20 entrevistas cualitativas a pacientes. **Resultados:** El 75% de los usuarios valoró positivamente la accesibilidad y gratuidad, el 60% expresó insatisfacción con la demora en la atención y el 55% señaló insuficiencia de personal.

Conclusiones: Aunque los usuarios reconocen la importancia de la gratuidad del sistema, la sobrecarga de demanda y la falta de recursos humanos generan percepciones negativas sobre la calidad.

2.1.2 Investigaciones nacionales

Tenemos a **HUAMÁN, R. (2018)**. *Calidad del servicio de salud en el Hospital Regional de Huancayo* [Tesis de maestría, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Universidad Nacional del Centro del Perú. **Objetivo general:** Evaluar la calidad percibida del servicio de salud en el Hospital Regional de Huancayo. **Metodología:** Estudio descriptivo, diseño no experimental, con aplicación de encuestas a 320 usuarios. **Resultados:** El 60% de los pacientes se mostró insatisfecho con los tiempos de espera, el 45% señaló deficiencias en la atención administrativa y el 70% reconoció buena atención médica. **Conclusiones:** La calidad percibida presenta debilidades en aspectos organizativos y administrativos, aunque la atención profesional médica es valorada positivamente.

QUISPE, M. (2019). *Percepción de la calidad del servicio en el Centro de Salud de San Juan de Miraflores* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. **Objetivo general:** Determinar la percepción de la calidad de los servicios de salud en el Centro de Salud de San Juan de Miraflores. **Metodología:** Estudio cuantitativo, diseño transversal, muestra de 250 usuarios. **Resultados:** El 55% consideró insuficiente la disponibilidad de medicamentos, el 62% manifestó demora en la atención, mientras que el 68% valoró positivamente el trato del personal médico. **Conclusiones:** La percepción de la calidad se ve afectada principalmente por la falta de insumos y la demora en la atención, aunque se destaca la actitud positiva del personal.

CÁRDENAS, P. (2020). *Calidad de los servicios de salud en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza* [Tesis de maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. **Objetivo general:** Analizar la calidad de los servicios de salud en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. **Metodología:** Estudio descriptivo-correlacional; encuestas SERVQUAL a 400 usuarios. **Resultados:** El 58% reportó deficiencias en capacidad de respuesta, el 65% señaló fallas en fiabilidad, mientras que un 72% destacó la empatía del personal. **Conclusiones:** Se identificaron brechas significativas entre expectativas y percepciones, sobre todo en capacidad de respuesta, aunque el factor humano mostró resultados positivos.

MENDOZA, A. (2021). *Satisfacción de los usuarios con la calidad de atención en el Hospital Regional de Cusco* [Tesis de maestría, Universidad Andina del Cusco]. Universidad Andina del Cusco. **Objetivo general:** Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios en relación con la calidad de la atención en el Hospital Regional de Cusco. **Metodología:** Estudio descriptivo; cuestionarios aplicados a 280 pacientes. **Resultados:** El 63% de los pacientes se mostró satisfecho con la atención médica, el 48% expresó insatisfacción con la disponibilidad de equipos, y el 55% reportó tiempos de espera excesivos. **Conclusiones:** La satisfacción depende del trato médico recibido, pero se ve limitada por problemas en infraestructura y recursos.

RAMÍREZ, J. (2022). *Evaluación de la calidad del servicio en el Hospital Regional de Trujillo* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Trujillo]. Universidad Nacional de Trujillo. **Objetivo general:** Evaluar la calidad del servicio de salud en el Hospital Regional de Trujillo utilizando el modelo SERVQUAL. **Metodología:** Estudio cuantitativo, diseño no experimental; encuestas aplicadas a 350 usuarios. **Resultados:** El 70% manifestó

insatisfacción con el tiempo de espera, el 58% señaló problemas en la comunicación médico-paciente y el 65% valoró la atención profesional del personal de salud. **Conclusiones:** La calidad del servicio se ve afectada principalmente por la demora y la comunicación insuficiente, aunque la atención médica es reconocida como eficiente.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Servicios de Salud de Calidad

2.2.1.1 Conceptualización

Los *Servicios de Salud de Calidad* se refiere al conjunto de acciones, procesos y resultados que garantizan a la población una atención sanitaria integral, eficiente, equitativa y centrada en las necesidades del usuario. Este concepto integra dimensiones técnicas, administrativas y humanas, en tanto que los servicios no solo deben resolver los problemas de salud, sino también hacerlo con oportunidad, seguridad, respeto y dignidad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2000), la calidad en salud implica que los servicios sean efectivos, accesibles, seguros, centrados en las personas, equitativos y eficientes (p. 17). Bajo este enfoque, la calidad no se limita a la provisión de infraestructura o recursos humanos, sino que requiere evaluar cómo estos impactan en la experiencia del usuario y en los resultados sanitarios.

Por su parte, Donabedian (1990) conceptualiza la calidad de la atención en salud a partir de tres componentes: *estructura* (recursos físicos, humanos y organizativos), *proceso* (interacción entre personal de salud y pacientes) y *resultado* (efectos en la salud de la población). Este modelo es ampliamente utilizado para evaluar y gestionar la calidad en los servicios sanitarios.

Asimismo, Tanahashi (1978) sostiene que la cobertura y calidad de los servicios dependen de factores como disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y efectividad (p. 296).

Este enfoque permite entender que la calidad no solo depende del servicio ofrecido, sino también de su utilización efectiva por la población.

Finalmente, Aday y Andersen (1974) destacan que la calidad está directamente relacionada con el acceso y la equidad, dado que los servicios de salud de calidad deben garantizar que toda persona, sin distinción socioeconómica o geográfica, pueda recibir atención oportuna y adecuada (p. 210).

En síntesis, la variable *Servicios de Salud de Calidad* se concibe como la capacidad de los sistemas y establecimientos de salud para brindar atención integral, técnica y humanamente adecuada, en condiciones de equidad y eficiencia, asegurando tanto la satisfacción de los usuarios como la mejora de los indicadores de salud en la comunidad.

Teoría de la Estructura–Proceso–Resultado (E-P-R) - Avedis Donabedian 1919-2000

Origen y fundamentación

El médico y académico Avedis Donabedian (1919-2000) publicó en 1966 su artículo *Evaluating the quality of medical care*, considerado fundacional de la evaluación de la calidad en salud. Más tarde, en *The Quality of Care: How Can It Be Assessed?* (1988, pp. 1743-1748) y en compilaciones posteriores (*The Milbank Quarterly*, 2005, pp. 691-729), sistematizó el modelo Estructura–Proceso–Resultado (E-P-R).

Este modelo constituye un marco conceptual universal para medir y mejorar la calidad, aplicable a todo tipo de servicios de salud, desde hospitales complejos hasta postas rurales.

Dimensiones del modelo

a) Estructura

Corresponde a los recursos y condiciones previas necesarios para brindar atención:

Recursos humanos: número, capacitación, estabilidad, distribución.

Infraestructura: establecimientos, equipamiento, suministros, tecnologías de información.

Normativa: protocolos, financiamiento, gobernanza organizacional.

Ejemplo en Huaura (2025): déficit de especialistas en el hospital distrital; postas sin agua segura o sin cadena de frío para vacunas.

b) Proceso

Es el conjunto de actividades efectivas entre proveedores y usuarios:

Aplicación de estándares clínicos (diagnóstico, tratamiento, prevención).

Comunicación con el paciente, respeto, consentimiento informado.

Continuidad de la atención (referencias y contrarreferencias).

Ejemplo en Huaura (2025): control prenatal incompleto; largas colas que retrasan la atención; escasa comunicación intercultural con poblaciones rurales.

c) Resultado

Son los efectos observables en la salud y en la experiencia de los usuarios:

Indicadores clínicos: mortalidad materna/infantil, prevalencia de anemia, complicaciones evitables.

Indicadores percibidos: satisfacción, confianza en el sistema, percepción de seguridad.

Impactos sociales: equidad en acceso, continuidad en tratamientos, reducción de brechas.

Ejemplo en Huaura (2025): persistencia de anemia en niños menores de 3 años; satisfacción baja de pacientes por demoras; aumento de quejas formales ante municipalidad y DIRESA.

Lógica del modelo

El modelo plantea una relación causal:

Estructura adecuada → Procesos efectivos → Resultados positivos.

Cuando la estructura es débil (infraestructura deficiente, pocos médicos), los procesos tienden a fallar (mala atención, diagnósticos tardíos) y los resultados se deterioran (mayor morbilidad, insatisfacción).

Fortalezas del modelo

Claridad y simplicidad: permite organizar indicadores en tres niveles comprensibles.

Flexibilidad: aplicable a diversos contextos (urbano/rural, hospitalario/comunitario).

Comparabilidad: facilita medir progreso temporal o comparaciones entre establecimientos.

Limitaciones y críticas

Se considera lineal y reduccionista, pues no siempre la buena estructura garantiza buenos procesos o resultados.

Originalmente se centró más en el aspecto clínico que en lo social, cultural o político.

No incluye explícitamente la voz del paciente ni factores de equidad; por eso se complementa hoy con otros enfoques (Tanahashi, IOM, SERVQUAL).

Actualizaciones y enfoques complementarios

OMS (2006) adaptó el E-P-R agregando dimensiones de seguridad, dignidad y equidad.

Kruk et al. (2018) lo complementan con la noción de sistemas de salud de alta calidad, que incorporan confianza, transparencia y experiencia digna.

Se ha vinculado con la evaluación de cobertura efectiva (Tanahashi, 1978), mostrando que los procesos no bastan si no se logran resultados reales.

Aplicación práctica en Huaura (2025)

Para tu tesis, el modelo se convierte en una herramienta de operacionalización de la variable “Servicios de salud de calidad”:

Estructura: disponibilidad de RR.HH., equipamiento, medicamentos, presupuesto municipal asignado.

Proceso: cumplimiento de protocolos en CPN, vacunación, atención de emergencias; trato respetuoso; tiempo de espera.

Resultado: disminución de anemia y TBC; satisfacción ciudadana; menor número de quejas; reducción de brechas urbano-rurales.

Interpretación: si Huaura presenta buenos recursos (estructura), pero malos resultados, la investigación debe buscar problemas en el proceso (gestión, supervisión, adherencia a protocolos).

Resultados esperados al aplicar el modelo

Diagnóstico integral: permite evidenciar en qué nivel (estructura, proceso o resultado) están los principales problemas.

Recomendaciones claras: orientar políticas municipales y regionales a fortalecer lo que falla (ejemplo: si los procesos son correctos pero los resultados no mejoran, puede haber problemas sociales/culturales que requieren ajustes).

Base para indicadores: genera un marco metodológico sólido para diseñar cuestionarios, fichas de observación y encuestas de satisfacción.

Teoría de la Cobertura Efectiva – Tanahashi (1978)

Origen y fundamentación

El investigador T. Tanahashi, en su artículo *Health service coverage and its evaluation* publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud (1978, pp. 295–303), propuso un marco analítico para evaluar el desempeño de los servicios de salud en términos de acceso, utilización y efectividad.

Este modelo surge en un contexto donde los países en desarrollo incrementaban la cobertura nominal de sus programas de salud, pero los indicadores poblacionales no mejoraban en la misma magnitud.

Tanahashi plantea que no basta con que el servicio esté disponible, sino que debe llegar con calidad, oportunidad y aceptación, logrando un impacto real en la salud de las personas.

Conceptualización

La cobertura efectiva es el resultado de la interacción entre:

Acceso a los servicios de salud,

Uso adecuado de los mismos, y

Eficacia de la intervención prestada.

En este sentido, mide no solo el número de personas que contactan con el servicio, sino también el beneficio real alcanzado en la población.

Componentes del modelo (Etapas de la cobertura)

Tanahashi desagrega la cobertura en cinco etapas progresivas, cada una representando un “filtro” donde se pierden usuarios:

Disponibilidad de recursos

Relación entre la población y los recursos (infraestructura, personal, insumos).

Ejemplo: número de médicos por cada 10 000 habitantes en Huaura.

Accesibilidad

Grado en que la población puede llegar al servicio (distancia, tiempo, costos).

Ejemplo: tiempo promedio de viaje desde comunidades rurales hacia el hospital distrital.

Aceptabilidad

Disposición de la población a usar el servicio en función de factores culturales, sociales o de confianza.

Ejemplo: mujeres que rechazan controles prenatales por falta de privacidad o trato poco respetuoso.

Contacto (utilización)

Proporción de la población que realmente utiliza los servicios disponibles.

Ejemplo: % de gestantes que asisten al menos a una consulta prenatal.

Cobertura efectiva

Proporción de la población objetivo que recibe la intervención necesaria con la calidad requerida y logra resultados positivos.

Ejemplo: % de niños de 6–11 meses libres de anemia después de recibir suplementación de hierro.

Características y aportes del modelo

Enfoque progresivo: permite identificar dónde se producen las principales pérdidas en la cobertura (cuellos de botella).

Dimensión de calidad: introduce la noción de que no basta con la “cobertura bruta” (contacto), sino que importa la efectividad clínica del servicio.

Flexibilidad: aplicable a diferentes intervenciones: vacunación, control prenatal, tratamiento de enfermedades crónicas.

Valor estratégico: ayuda a priorizar recursos en los niveles donde se concentra la mayor pérdida de efectividad.

Críticas y limitaciones

No incorpora de manera explícita la equidad, aunque se ha adaptado posteriormente con este enfoque.

Puede resultar complejo de medir en contextos con sistemas de información fragmentados.

Requiere indicadores de calidad clínica (ej. hemoglobina controlada), que muchas veces no están disponibles a nivel local.

Actualizaciones del modelo

La OMS y el Banco Mundial han retomado el concepto para medir la cobertura universal en salud (CUS), enfatizando la cobertura efectiva en servicios esenciales.

Kruk et al. (2018) lo integran con la idea de sistemas de salud de alta calidad, destacando que sin calidad no existe cobertura real.

Aplicación a Huaura (2025)

En el Municipio de Huaura, el modelo de Tanahashi puede emplearse para diagnosticar el desempeño de los servicios de salud en relación con la calidad:

Disponibilidad: ¿Cuántos centros de salud cuentan con personal médico estable y con medicamentos esenciales?

Accesibilidad: ¿Qué tan lejos viven las familias rurales de un establecimiento con capacidad resolutive?

Aceptabilidad: ¿Perciben las madres gestantes confianza y respeto en su atención?

Contacto: ¿Qué porcentaje de niños menores de un año recibe al menos un control CRED?

Cobertura efectiva: ¿Qué proporción de esos niños tiene crecimiento y hemoglobina adecuados después de la intervención?

Resultados esperados al aplicar el modelo

Identificación de cuellos de botella: por ejemplo, buena disponibilidad de vacunas, pero baja aceptabilidad por desconfianza.

Priorización de recursos: invertir en mejorar la aceptabilidad y el trato puede tener más impacto que aumentar personal.

Evidencia para políticas locales: mostrar que la cobertura efectiva (impacto real) es baja, aunque la cobertura nominal (contacto) sea alta.

3. Teoría Sociológica de Capitales, Habitus y Campo – Pierre Bourdieu

Origen y fundamentación

Pierre Bourdieu (1930–2002), uno de los sociólogos más influyentes del siglo XX, desarrolló un enfoque relacional para comprender cómo las desigualdades sociales se reproducen en distintos ámbitos de la vida, entre ellos la salud. Sus obras *La distinción* (1979) y *Las formas del capital* (1986) aportan una visión crítica de la manera en que la estructura social condiciona el acceso y la calidad de los servicios.

El planteamiento central es que la vida social está organizada en campos (espacios estructurados de relaciones), en los cuales los actores participan con distintos capitales (recursos) y un habitus (disposiciones aprendidas).

Conceptualización

a) Capitales

Capital económico: ingresos, recursos financieros, seguros de salud.

Capital cultural: nivel educativo, alfabetización en salud, capacidad de comprender información médica.

Capital social: redes de apoyo, contactos dentro del sistema sanitario, vínculos con trabajadores de salud.

Capital simbólico: reconocimiento social, prestigio, estatus que otorga credibilidad a las demandas de atención.

b) Habitus

Conjunto de disposiciones aprendidas que orientan la manera de percibir y actuar. En salud, el habitus influye en la búsqueda de atención, el cumplimiento de tratamientos y la valoración de la calidad.

c) Campo

Espacio de lucha y poder donde distintos actores (Estado, médicos, pacientes, municipalidades, aseguradoras) disputan recursos, legitimidad y reconocimiento. El campo de la salud está atravesado por relaciones desiguales de poder que afectan la calidad percibida y efectiva de los servicios.

Características del modelo sociológico

La calidad de los servicios no se entiende solo como eficacia clínica, sino como un proceso socialmente mediado.

El acceso y la experiencia de la atención dependen del capital acumulado por cada usuario.

El habitus reproduce prácticas: algunos grupos tienden a acudir oportunamente a los servicios, mientras otros (por desconfianza o experiencias negativas previas) los evitan.

El campo sanitario funciona como un espacio jerárquico donde las posiciones sociales condicionan quién recibe atención rápida, respetuosa y efectiva.

Aplicación a Huaura (2025)

Capital económico: familias con mayor ingreso acceden a consultas privadas o exámenes complementarios, mientras las de bajos ingresos dependen del sistema público, con mayor tiempo de espera.

Capital cultural: madres con mayor escolaridad comprenden mejor las recomendaciones en controles prenatales, lo que incrementa su adherencia. En contraste, usuarios con baja alfabetización en salud tienen más riesgo de malentender tratamientos.

Capital social: quienes cuentan con familiares en el sector salud logran agilizar citas o derivaciones.

Habitus: en comunidades rurales, la costumbre de acudir primero a prácticas tradicionales puede retrasar la búsqueda de atención biomédica, condicionando resultados.

Campo: el sistema municipal de salud en Huaura es un campo de poder donde convergen intereses políticos, recursos presupuestales y demandas ciudadanas.

Resultados esperados / implicancias

Se evidenciarán brechas en la percepción y efectividad de la calidad, asociadas al nivel socioeconómico y cultural.

La calidad no será homogénea: ciertos grupos sociales (urbanos, con más capital) experimentarán atención más rápida y comprensible.

El análisis permitirá diseñar intervenciones equitativas: material educativo en lenguaje accesible, mediadores interculturales, y fortalecimiento de redes comunitarias para reducir desigualdades.

Para efectos de políticas públicas, este modelo subraya que la equidad en la calidad requiere considerar no solo indicadores técnicos, sino también la posición social de los usuarios.

2.2.2 Teorías sobre las dimensiones del Servicios de Salud de Calidad

2.2.2.1 Dimensión Accesibilidad a los servicios de salud

Teoría Conductual de Uso de Servicios – Andersen (1995)

1. Origen y evolución del modelo

El modelo conductual de uso de servicios de salud fue inicialmente desarrollado por Ronald M. Andersen en la década de 1960 y reformulado en diversas ocasiones, siendo su versión de 1995 la más utilizada y consolidada (Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?).

La finalidad del modelo es explicar y predecir por qué las personas utilizan los servicios de salud, integrando factores individuales, sociales y del sistema. Ha sido adoptado globalmente como una de las bases teóricas más robustas para evaluar la accesibilidad y equidad en salud.

2. Conceptualización

La accesibilidad se entiende como un proceso multidimensional, donde la utilización de servicios resulta de la interacción de tres categorías de factores:

Factores predisponentes: características demográficas, sociales y creencias en salud que influyen en la predisposición a buscar atención (edad, género, educación, cultura).

Factores habilitadores: condiciones materiales que permiten o limitan el acceso (ingreso, seguro de salud, transporte, disponibilidad de recursos locales).

Necesidad: tanto percibida (síntomas reconocidos por el individuo) como evaluada (diagnóstico médico objetivo).

3. Características del modelo

Integralidad: combina variables sociales, económicas y del sistema.

Predictivo: permite estimar qué grupos usarán más o menos los servicios.

Equitativo: distingue entre factores justificados (necesidad) y no justificados (ingresos, educación) que generan desigualdades.

Flexible: se ha adaptado a contextos de atención primaria, salud materno-infantil, y enfermedades crónicas.

4. Aplicación a Huaura (2025)

Factores predisponentes

Edad y género: las mujeres en edad fértil tienen mayor contacto con servicios por controles prenatales.

Educación: madres con mayor escolaridad asisten con más regularidad a CPN y vacunación infantil.

Creencias culturales: comunidades rurales pueden acudir primero a prácticas tradicionales antes de usar servicios biomédicos.

Factores habilitadores

Ingreso económico: familias con mayores recursos pueden pagar transporte o recurrir a clínicas privadas.

Seguro de salud (SIS): facilita acceso a medicinas y procedimientos, reduciendo barreras económicas.

Disponibilidad local: distancia a postas médicas en Huaura bajo un contexto de dispersión geográfica.

Necesidad

Necesidad percibida: adultos que experimentan síntomas leves pueden postergar atención por creer que “no es grave”.

Necesidad evaluada: diagnósticos de anemia, hipertensión o diabetes detectados en establecimientos, aunque los usuarios no lo perciban.

5. Resultados esperados / implicancias en Huaura

El uso de servicios de salud en Huaura estará condicionado por la interacción de los tres factores: por ejemplo, una mujer con baja escolaridad (predisponente), sin seguro

(habilitador) y con síntomas de riesgo (necesidad percibida) probablemente enfrente más barreras de acceso.

Se identificará que los factores habilitadores (transporte, ingreso, seguro) tienen un peso mayor en el acceso efectivo que los predisponentes.

El modelo permitirá detectar inequidades injustificadas: cuando personas con la misma necesidad objetiva reciben distinta atención por falta de recursos.

Ofrece evidencia para diseñar intervenciones focalizadas, como fortalecer el SIS, mejorar transporte sanitario en zonas rurales o realizar campañas de educación en salud.

6. Fortalezas y críticas del modelo

Fortalezas:

Es el modelo más usado en investigación de accesibilidad en salud.

Permite comparaciones entre países, regiones y grupos sociales.

Incluye la percepción subjetiva de necesidad, lo cual es vital para entender el comportamiento real de los usuarios.

Críticas:

Se centra en factores individuales y puede subestimar determinantes estructurales como políticas públicas o condiciones macroeconómicas.

Requiere abundante información empírica, lo que no siempre está disponible en distritos con sistemas de información débiles.

7. Conexión con la tesis en Huaura

El modelo de Andersen brinda un marco ideal para operacionalizar la dimensión

Accesibilidad:

Predisponentes: edad, género, escolaridad de usuarios en Huaura.

Habilitadores: ingresos, seguro de salud, tiempo/costo de traslado.

Necesidad: diagnóstico objetivo vs. percepción subjetiva de enfermedad.

Al aplicar este marco, tu investigación podrá identificar qué grupos enfrentan mayores barreras de accesibilidad y proponer políticas que mejoren la equidad en el acceso a servicios de salud de calidad en el municipio.

2.2.2.2 Dimensión Calidad de la atención Medica

Teoría SERVQUAL – Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988)

Origen y fundamentación

El modelo SERVQUAL fue desarrollado en la década de 1980 por A. Parasuraman, Valarie Zeithaml y Leonard Berry, con la finalidad de medir la calidad percibida de los servicios a través de la diferencia entre expectativas del cliente y percepciones de la experiencia real.

En el artículo seminal SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality (1988, pp. 12–40), los autores presentan una escala multidimensional que se ha convertido en un referente internacional para evaluar la calidad en diversos sectores, incluido el sanitario.

Conceptualización

La calidad del servicio no se mide únicamente por indicadores técnicos u objetivos, sino por la percepción del usuario, quien evalúa si el servicio cumplió, superó o no alcanzó sus expectativas iniciales.

El modelo SERVQUAL plantea que existe una “brecha de calidad” (gap) entre lo que el usuario espera recibir y lo que realmente experimenta.

Características del modelo

El modelo se estructura en cinco dimensiones:

Tangibles

Aspecto físico de las instalaciones, equipos, señalización y presentación del personal.

En salud: limpieza del consultorio, comodidad de salas de espera, uniformes adecuados.

Fiabilidad (Reliability)

Capacidad de cumplir con lo prometido de manera precisa y consistente.

En salud: que los medicamentos recetados estén disponibles y se entreguen en la dosis correcta.

Capacidad de respuesta (Responsiveness)

Voluntad del personal para ayudar a los usuarios y brindar atención rápida.

En salud: tiempo de espera razonable, rapidez en la atención de emergencias.

Seguridad (Assurance)

Conocimiento y cortesía del personal, así como su capacidad de generar confianza.

En salud: competencia profesional, claridad en la explicación de procedimientos, respeto por la confidencialidad.

Empatía (Empathy)

Atención personalizada y disposición de comprender las necesidades del usuario.

En salud: trato amable, escucha activa, respeto cultural y de género.

Aplicación a Huaaura (2025)

Tangibles: evaluar si los centros de salud cuentan con ambientes limpios, señalización clara y condiciones adecuadas para la espera de pacientes.

Fiabilidad: verificar si los establecimientos cumplen con horarios, entregan medicamentos completos y siguen protocolos clínicos.

Capacidad de respuesta: medir tiempos de espera en consulta externa, farmacia y laboratorio, así como la disponibilidad para atender urgencias.

Seguridad: encuestar a usuarios sobre su nivel de confianza en médicos y enfermeras, claridad de la información recibida y confidencialidad.

Empatía: aplicar escalas de percepción sobre el respeto, amabilidad y trato intercultural en la atención.

Resultados esperados

Identificación de brechas de calidad entre expectativas y experiencias de los usuarios en Huaura.

Evidencia sobre qué dimensiones requieren mayor fortalecimiento: por ejemplo, si los usuarios reportan insatisfacción con tiempos de espera (capacidad de respuesta) o con la disponibilidad de medicamentos (fiabilidad).

Recomendaciones prácticas para la gestión municipal: inversión en infraestructura (tangibles), capacitación en comunicación y empatía, y mejora en sistemas de abastecimiento.

Generación de indicadores comparables que integren tanto la dimensión objetiva (cumplimiento de protocolos) como la subjetiva (satisfacción ciudadana).

Fortalezas y críticas

Fortalezas:

Centrado en la experiencia del usuario.

Modelo ampliamente validado en diferentes contextos, incluyendo salud.

Proporciona indicadores claros para medir satisfacción y calidad percibida.

Críticas:

En salud, no siempre la percepción refleja la calidad técnica (un paciente puede sentirse satisfecho aun si el tratamiento no fue el adecuado).

El modelo mide “brechas” pero no siempre explica sus causas estructurales.

Necesita adaptaciones culturales y lingüísticas para aplicarse en zonas rurales.

Relevancia para la tesis en Huaura

El modelo SERVQUAL es particularmente útil en tu investigación porque:

Permite recoger la voz de los usuarios de los servicios de salud en Huaura.

Ayuda a complementar indicadores clínicos con indicadores de satisfacción y confianza.

Genera una base empírica para formular recomendaciones de mejora en la atención médica desde la percepción ciudadana.

2.2.2.3 Dimensión Infraestructura y Recursos de los Establecimientos

Teoría de Recursos Humanos para la Salud (HRH) – Umbrales de densidad (2000)

Origen y fundamentación

El debate sobre la densidad mínima de recursos humanos para la salud surge con fuerza a inicios de los años 2000, cuando la OMS y The Joint Learning Initiative (JLI) analizaron la relación entre dotación de personal de salud y el logro de metas en salud pública.

El hito es el artículo de Chen et al. (2004) en The Lancet, que estimó que se requerían al menos 2.3 médicos, enfermeras y parteras por cada 1 000 habitantes para alcanzar niveles básicos de cobertura en intervenciones prioritarias (vacunación, atención materna y neonatal).

Este umbral fue recogido luego por la OMS (2006) en el informe Working Together for Health.

Conceptualización

El marco de HRH density thresholds plantea que la calidad y cobertura de la atención médica están condicionadas por:

Cantidad de personal disponible por población.

Distribución (urbana/rural, por niveles de complejidad).

Mezcla de competencias (skill-mix: médicos generales, especialistas, enfermeras, obstetras, técnicos).

Productividad y desempeño, que dependen de incentivos, condiciones laborales y supervisión.

Características del modelo

Umbral mínimo crítico: bajo cierta densidad de personal, es casi imposible garantizar servicios de salud esenciales.

Equidad en la distribución: no basta con tener recursos, importa dónde se ubican.

Calidad técnica y trato humano: se reconoce que los RR.HH. no son solo números, sino competencias y motivación.

Efecto multiplicador: mejores RR.HH. fortalecen otros recursos (equipos, medicamentos) porque permiten su uso adecuado.

Aplicación a Huaaura (2025)

Situación local hipotética

Déficit de médicos especialistas en el hospital distrital.

Alta rotación de obstetras y enfermeras en postas de zonas rurales.

Concentración de profesionales en zonas urbanas (Huacho–Hualmay) y escasez en anexos rurales.

Indicadores sugeridos

Densidad de personal: médicos, enfermeras y obstetras por 10 000 habitantes.

Distribución geográfica: % de postas rurales con personal permanente.

Skill-mix: relación médico/enfermera/obstetra.

Retención y rotación: promedio de meses de permanencia de personal en un establecimiento.

Capacitación continua: % de RR.HH. que recibió actualización en el último año.

Ejemplos prácticos

En Huaaura, si el umbral crítico de la OMS es 23 profesionales de salud por 10 000 hab., se podría medir si los recursos actuales alcanzan o no ese estándar.

La baja densidad y distribución desigual explicaría los tiempos de espera, la sobrecarga del personal, y las quejas de los usuarios.

Resultados esperados / implicancias

Mayor densidad de personal → reducción de mortalidad materna y neonatal.

Mejor distribución rural–urbana → aumento en cobertura de controles prenatales y vacunación.

Capacitación continua → mayor satisfacción usuaria y confianza en diagnósticos.

Reducción de rotación → continuidad de la atención, mejor relación médico–paciente.

En resumen, el modelo predice que la calidad de la atención médica en Huaura depende directamente del nivel y la distribución de RR.HH., además de sus competencias y motivación.

Críticas y debates

El umbral de 2.3 profesionales/1 000 hab. es considerado mínimo; hoy se estima que es insuficiente para enfermedades crónicas y envejecimiento poblacional.

El enfoque numérico puede invisibilizar la calidad del desempeño.

Requiere adaptaciones contextuales: zonas rurales necesitan más personal por la dispersión geográfica.

Relevancia para la tesis en Huaura

Sirve como base empírica para demostrar que la falta de personal impacta en la calidad.

Justifica recomendaciones de política municipal en contratación, incentivos y retención de personal de salud.

Permite diseñar una matriz de indicadores de RR.HH. aplicable en los establecimientos de Huaura.

2.3 Bases Filosóficas

No se ejecuta

2.4 Definición de términos Básicos

1. Servicios de salud

La Organización Mundial de la Salud (2000) señala que “los servicios de salud comprenden todas aquellas actividades organizadas con el objetivo de mejorar, mantener o recuperar la salud de la población” (p. 25).

2. Calidad de la atención en salud

Donabedian (1988) afirma que “la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de lograr los resultados deseados, de acuerdo con el conocimiento profesional actual” (p. 1743).

3. Accesibilidad a los servicios de salud

Para Andersen (1995), la accesibilidad “es la medida en que las características del sistema y de los usuarios permiten o restringen la utilización de los servicios médicos” (p. 2).

4. Cobertura efectiva

Tanahashi (1978) definió la cobertura efectiva como “la proporción de la población que recibe servicios de salud de calidad suficiente para generar un efecto real en su bienestar” (p. 296).

5. Infraestructura en salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) afirma que “la infraestructura de los establecimientos de salud constituye un componente esencial para la seguridad, continuidad y calidad de los servicios” (p. 47).

6. Recursos humanos en salud

Chen et al. (2004) advierten que “no existe salud sin personal sanitario, pues los recursos humanos son el elemento crítico en la prestación de servicios” (p. 1984).

7. Satisfacción del usuario

Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) plantean que “la satisfacción del usuario refleja la diferencia entre las expectativas previas y la percepción del servicio recibido” (p. 20).

8. Equidad en salud

Whitehead (1992) sostiene que “la equidad en salud significa que todas las personas deben tener una oportunidad justa de alcanzar su potencial de salud, sin desventajas injustas” (p. 5).

9. Seguridad del paciente

La OMS (2009) define la seguridad del paciente como “la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención de salud, hasta un mínimo aceptable” (p. 7).

10. Atención primaria en salud (APS)

La OMS (1978), en la Declaración de Alma-Ata, definió la APS como “la asistencia sanitaria esencial, accesible a todos los individuos y familias de la comunidad mediante medios aceptables y con participación plena” (p. 3).

2.5 Formulación de Hipótesis

No se realiza

2.6 Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
SERVICIOS DE SALUD	Accesibilidad a los Servicios de Salud	• Cobertura geográfica de los establecimientos de salud • Disponibilidad de citas médicas • Accesibilidad económica • Horario de atención	1, 2 y 3 4, 5 y 6 7 y 8 9
	Calidad de la Atención Médica	• Trato del personal de salud • Satisfacción con el diagnóstico y tratamiento • Disponibilidad de medicamentos esenciales • Tiempo de espera en sala de atención	10,11 y 12 13,14 y 15 16 y 17 18
	Infraestructura y Recursos de los Establecimientos	• Condiciones de limpieza e higiene • Disponibilidad de equipos médicos básicos y especializados • Estado de las instalaciones físicas • Acceso a servicios complementarios	19, 20 y 21 22, 23 y 24 25 y 26 27

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de investigación

Será Básica. Según Esteban, la investigación básica tiene como propósito fundamental ampliar el conocimiento científico sin centrarse necesariamente en aplicaciones inmediatas o prácticas, priorizando la profundización y comprensión de la realidad (Esteban 2018 p. 27).

3.1.2 Nivel de investigación

Es de nivel descriptivo, donde esta investigación permite analizar y detallar fenómenos específicos a partir de la recopilación de datos, brindando una visión comprensiva de las características del objeto de estudio (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p. 102).

3.1.3 Diseño de investigación

El diseño de la investigación será no experimental y transversal. Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), en un diseño no experimental “no se manipulan variables independientes, sino que se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (p. 151). Asimismo, el estudio es transversal porque la recolección de datos se realizará en un solo momento y en un tiempo único, permitiendo describir las variables en un período determinado (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p. 155).

3.1.4 Enfoque de investigación

El enfoque de investigación será cuantitativo, lo que implica la recolección y análisis de datos numéricos para describir y explicar fenómenos sociales. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p. 5).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población La población para el presente estudio está conformada por 37, 403 ciudadanos, de ambos sexos, del Municipio de Huaura.

3.2.2 Muestra

Cálculo del Tamaño Muestral y Procedimiento Matemático

Aquí se presenta el cálculo del tamaño de muestra para una población finita, aplicado al distrito de Huaura ($N = 37,403$ habitantes). Se muestra el procedimiento matemático paso a paso, el margen de error asociado a $n = 100$ casos, y alternativas de selección.

1. Fórmula para población finita

La fórmula general del tamaño de muestra para población finita es:

$$n = (N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)) / (e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p))$$

2. Despeje del margen de error e cuando n es conocido

Si se fija un tamaño muestral n conocido, el margen de error e se despeja como:

$$e = \sqrt{\{ [Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) \cdot ((N / n) - 1)] / (N - 1) \}}$$

3. Sustitución numérica (Huaura)

Parámetros: $N = 37,403$; $n = 100$; $Z = 1.96$ (95%); $p = 0.5$ (máxima variabilidad).

$$\text{Paso 1: } Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) = 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 = 0.960400$$

$$\text{Paso 2: } (N / n) - 1 = (37403 / 100) - 1 = 373.030000$$

$$\text{Paso 3: Numerador} = 0.960400 \times 373.030000 = 358.258012$$

$$\text{Paso 4: Denominador} = N - 1 = 37403 - 1 = 37402$$

$$\text{Paso 5: } e = \sqrt{(\text{Numerador} / \text{Denominador})} = \sqrt{(358.258012 / 37402)} = 9.787022\%$$

4. Resultado principal

Con $n = 100$, $Z = 1.96$ y $p = 0.5$, el margen de error es $e \approx 9.79\%$.

5. Verificación cruzada: tamaño de muestra si $e = 10\%$

Usando la fórmula original para obtener n dado $e = 0.10$ (10%):

$$n = [N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)] / [e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)]$$

$$\text{Sustituyendo: } n = [37403 \times 0.960400] / [0.0100 \times (37403 - 1) + 0.960400] = 95.80$$

Conclusión: con $e = 10\%$, el tamaño muestral requerido es ≈ 96 ; fijar $n = 100$ implica e ligeramente menor a 10% .

6. Sensibilidad del margen de error por nivel de confianza (mismo $n=100$)

90% ($Z=1.64$): $e \approx 8.19\%$

95% ($Z=1.96$): $e \approx 9.79\%$

99% ($Z=2.58$): $e \approx 12.88\%$

3.3 Instrumento de recolección de datos

Técnica: Encuesta.

La investigación se realizará haciendo uso de una encuesta como técnica de recolección de información en donde se preguntará de manera escrita a un grupo de actores sociales, con el fin de obtener información necesaria para conocer la realidad.

Instrumento:

Cuestionario de elaboración propia de la variable Servicios de Salud de Calidad, donde se planteará preguntas relacionadas a las dimensiones e indicadores para conocer

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO

Denominación	: Cuestionario sobre el Servicios de Salud de Calidad
Autor	: WENDY MARISABEL, CASTRO CARQUIN YASSURY YAJAIRA, DIAZ BARROSO
Objetivo	: Es medir el Impacto Servicios de Salud de Calidad sin importar las diferencias entre culturas de diferentes países, considerando las dimensiones: Accesibilidad a los servicios de calidad, Calidad de la atención Medica, Infraestructura y recursos de los establecimientos.
Alcance	: Ciudadanos del municipio de Huaura. de ambos sexos.
Aplicación	: Individual.
Duración	: 10 - 20 minutos.
Material	: Lapicero y papel bond
Descripción	Está conformada por 27 ítems, cada uno con 5 opciones de respuesta.

Tipificación : El cuestionario consta de tres dimensiones de la variable Impacto de los servicios de salud de calidad.

DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Accesibilidad a los Servicios de Salud	Cobertura geográfica de los establecimientos de salud	1, 2 y 3
	Disponibilidad de citas médicas	4, 5 y 6
	Accesibilidad económica	7 y 8
	Horario de Atención	9
Calidad de la Atención Médica	Trato del personal de salud	10, 11 y 12
	Satisfacción con el diagnóstico y tratamiento	13, 14 y 15
	Disponibilidad de medicamentos esenciales	16 y 17
	Tiempo de espera en sala de atención	18
Infraestructura y Recursos de los Establecimientos	Condiciones de limpieza e higiene	19, 20 y 21
	Disponibilidad de equipos médicos básicos y especializados	22, 23 y 24
	Estado de las instalaciones físicas	25 y 26
	Acceso a servicios complementarios	27

Calificación : Se consideró la escala de Likert

5	Siempre
4	Casi siempre
3	A veces
2	Casi Nunca
1	Nunca

Confiabilidad Se analizará la consistencia interna a través del cálculo del Alpha de Cronbach, que es una medida de la Inter correlación entre los ítems que conforman la escala. Un Alpha de Cronbach superior a 0,92 muy cercano a uno y es aceptable. Espinoza I. e., 2011 .

El instrumento de investigación se validó a través de una prueba piloto para comprobar su consistencia o seguridad, que se aplicó al 20 actores sociales de la población, realizado en un breve espacio de tiempo, para determinar si las preguntas cumplen con la función de recabar la información requerida según los objetivos de la investigación, Para ello se ha aplicado el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, este coeficiente resultó ser $\alpha = 0,92$ un valor muy cercano a uno, es por ello que se llegó a la conclusión que el instrumento es aceptable, confiable, consistente y homogéneo internamente en todos sus ítems

Tabla 1

Confiabilidad alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,92	20

Nota: Elaboración propia.

3.4 Técnicas para el procedimiento de la Información

Luego de obtener el consentimiento y el permiso de la organización, se procederá al levantamiento de datos para efectuar la descripción y análisis de datos obtenidos, respecto a la aplicación de los instrumentos de medición sobre la variable

3.4.1 Codificación de Datos

El primer paso en el procesamiento de la información será la codificación de los datos recopilados. Cada respuesta de los participantes se asignará a un código numérico o categoría correspondiente según las preguntas del cuestionario. Este proceso facilitará el análisis posterior de los datos y la identificación de patrones o tendencias.

3.4.2 Ingresos de datos

Una vez codificados, los datos se ingresarán en una base de datos electrónica utilizando software especializado, como SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) y Excel. Se verificará la precisión de los datos ingresados mediante la revisión cruzada de una muestra aleatoria de respuestas con los formularios originales.

3.4.3 Limpieza de datos

Se trata de la eliminación de datos duplicados, la corrección de entradas erróneas y la identificación de valores atípicos o faltantes.

3.4.4 Análisis descriptivo

En el análisis descriptivo se utilizará la técnica estadística, la cual ayudará a resumir y describir las características principales de un conjunto de datos. Su objetivo principal es proporcionar una visión general de las características básicas de los datos, como su distribución, tendencia central, dispersión y otras propiedades importantes.

3.4.5 Interpretación de los resultados

Se describirán las implicaciones de los hallazgos para la comprensión del fenómeno estudiado y se ofrecerán recomendaciones para futuras investigaciones o intervenciones prácticas basadas en los resultados obtenidos.

3.5 Matriz de consistencia

SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD EN EL MUNICIPIO DE HUAURA, 2025,					
Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Dimensiones e indicadores	Metodología
Problema general: ¿Cómo se presentan los Servicios de salud de Calidad en el Municipio de Huaura, 2025? Problemas específicos: PE1 ¿Cómo se presenta la Accesibilidad a los Servicios de Salud en el Municipio de Huaura, 2025? PE2 ¿Cómo se presenta la Calidad de la Atención Medica en la Municipio de Huaura, 2025? PE3 ¿Cómo se presenta la Infraestructura y Recursos de los Establecimientos en el Municipio de Huaura, 2025?	Objetivo general: Determinar los Servicios de salud de Calidad en el Municipio de Huaura, 2025 Objetivos específicos: O1 Describir la Accesibilidad a los Servicios de Salud en el Municipio de Huaura, 2025 O2 Describir la Calidad de la Atención Medica en la Municipio de Huaura, 2025 O3 Describir la Infraestructura y Recursos de los Establecimientos en el Municipio de Huaura, 2025	Hipótesis general: No se hizo hipótesis Hipótesis específicas No se hizo hipótesis	SERVICIOS DE SALUD	ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD • Cobertura geográfica de los establecimientos de salud • Disponibilidad de citas médicas. • Accesibilidad económica • Horario de atención CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA • Trato del personal de salud • Satisfacción con el diagnóstico y tratamiento recibido • Disponibilidad de medicamentos esenciales • Tiempo de espera en sala de atención INFRAESTUCTURA Y RECURSOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS • Condiciones de limpieza e higiene • Disponibilidad de equipos médicos básicos y especializados • Estado de las instalaciones • Acceso a servicios complementarios	Enfoque: Cuantitativo Tipo: Básico Diseño de investigación: No experimental, corte transversal Nivel: Descriptivo Población: 252,635 ciudadanos Muestra: 100 ciudadanos Criterios de inclusión: hombres y Mujeres Criterios de Exclusión: Hombres y Mujeres que no desean participar Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Tabla 2

Distribución de la Variable General Servicios de Salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	1	1,0	1,0	1,0
	Medio	99	99,0	99,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Elaboración propia.

Con respecto a la tabla 2, los resultados muestran que el 99% de los encuestados perciben los servicios de salud en un nivel medio, mientras que apenas un 1% los califica como bajos, y no se registran percepciones en nivel alto. Este hallazgo refleja que, aunque los servicios de salud son reconocidos como funcionales en cierto grado, no alcanzan estándares óptimos. Predomina una percepción de desempeño regular, lo que evidencia un área crítica de oportunidad para fortalecer la calidad de los servicios en Huaura.

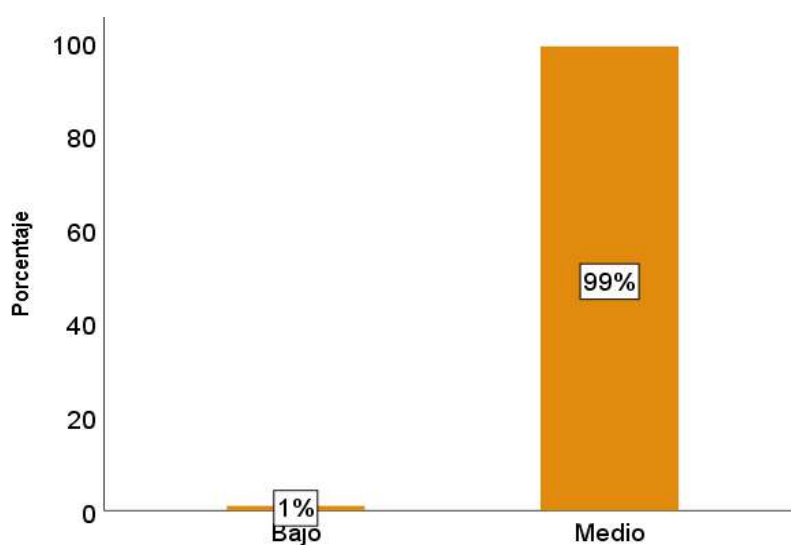


Figura 1 Gráfico de la distribución de la Variable General Servicios de Salud

Tabla 3

Distribución de la Dimensión Accesibilidad a los Servicios de Salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	29	29,0	29,0	29,0
	Medio	71	71,0	71,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Elaboración propia.

En relación con la accesibilidad, el 71% de los encuestados la considera en un nivel medio, mientras que un significativo 29% percibe un nivel bajo. No se evidencian calificaciones altas. Esta distribución revela que existen barreras importantes para el acceso a los servicios de salud, relacionadas con factores geográficos, disponibilidad de citas, horarios y costos. La elevada proporción en el nivel bajo demuestra desigualdad en el acceso, lo que limita el ejercicio pleno del derecho a la salud en el municipio.

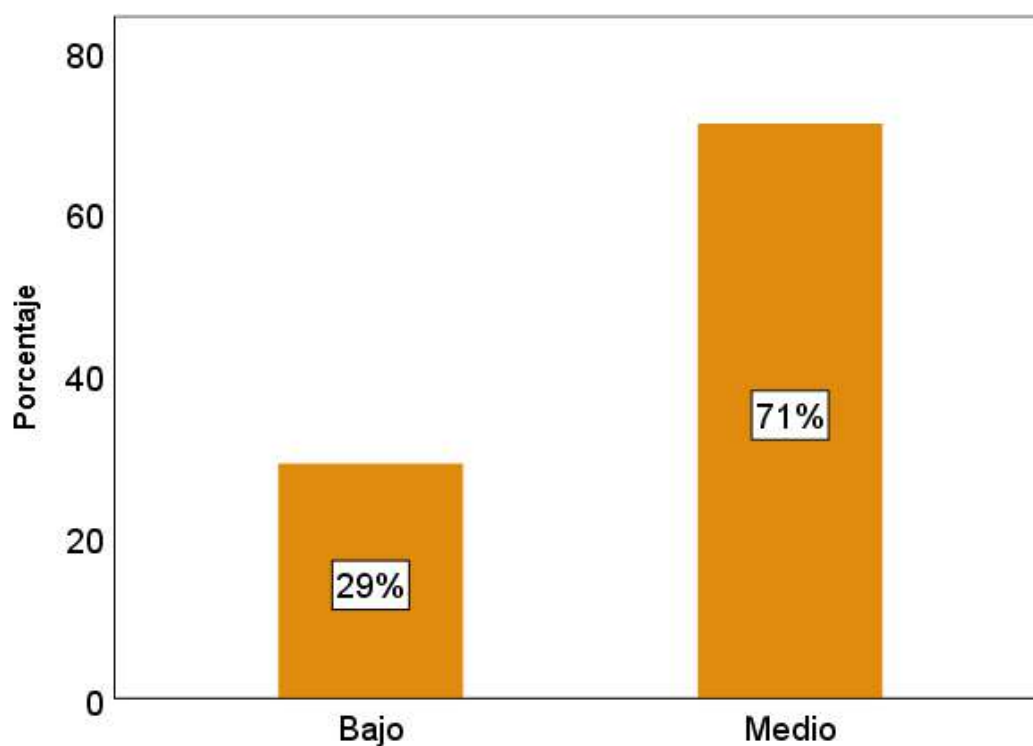


Figura 2 Gráfico de la distribución de la Dimensión Accesibilidad a los Servicios.

Tabla 4

Distribución de la Dimensión Calidad de la Atención Médica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	2	2,0	2,0	2,0
	Medio	86	86,0	86,0	88,0
	Alto	12	12,0	12,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Elaboración propia.

En esta dimensión, el 86% de los encuestados evalúa la calidad en un nivel medio, un 12% la califica como alta, y solo un 2% la considera baja. Esto evidencia que la mayoría percibe una atención aceptable, aunque no sobresaliente, mientras que un sector reducido muestra satisfacción plena con el trato, diagnóstico y disponibilidad de medicamentos. El bajo porcentaje en nivel bajo es alentador, pero la ausencia de una mayoría en nivel alto señala la necesidad de reforzar la humanización, la rapidez en la atención y la confianza en los tratamientos.

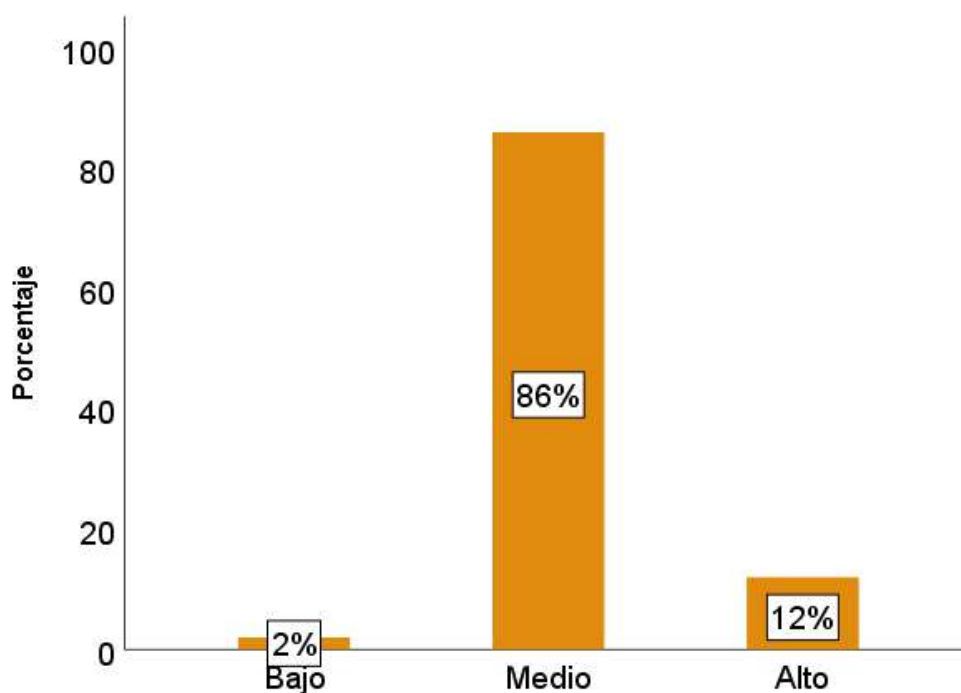


Figura 3 Gráfico de la distribución de la Dimensión Calidad de la Atención Médica.

Tabla 5

Distribución de la Dimensión Infraestructura y Recursos de los Establecimientos de Salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	12	12,0	12,0	12,0
	Medio	86	86,0	86,0	98,0
	Alto	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Elaboración propia.

Los resultados reflejan que el 86% de los encuestados percibe la infraestructura y los recursos en un nivel medio, un 12% en nivel bajo y apenas un 2% en nivel alto. Estos datos ponen en evidencia que las condiciones materiales, como equipamiento, limpieza, instalaciones y servicios complementarios, son reconocidas como aceptables pero insuficientes. El hecho de que menos del 3% valore la infraestructura en nivel alto subraya una deficiencia estructural, lo que se traduce en limitaciones para una atención de calidad.

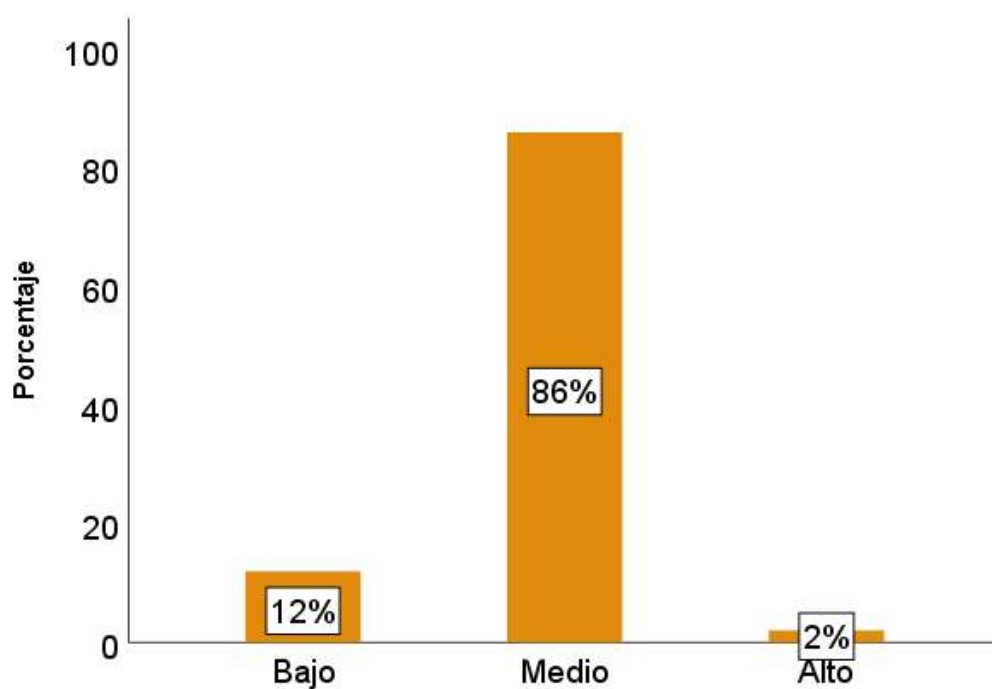


Figura 4 Gráfico de la distribución de la Dimensión Infraestructura y Recursos de los Establecimientos de Salud

CAPÍTULO V

DISCUSION

5.1 Discusión

El estudio sobre los servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura en 2025 se inscribió en un campo ampliamente trabajado por la sociología de la salud, pero con vacíos significativos en el ámbito local. Los antecedentes revisados permitieron constatar que, en distintos contextos latinoamericanos, la percepción de los usuarios respecto a la atención médica se había caracterizado por una combinación de satisfacción moderada en dimensiones específicas y deficiencias recurrentes en aspectos estructurales y de accesibilidad. Por ejemplo, en Santiago de Chile, Gómez (2018) identificó que, si bien la competencia técnica del personal era considerada adecuada, más del 65% de los usuarios manifestó insatisfacción con los tiempos de espera y cerca del 40% señaló deficiencias en el trato humano. Este hallazgo coincidió con lo expuesto por Fernández (2019) en Buenos Aires, donde los problemas de comunicación médico-paciente y la limitada información sobre tratamientos afectaron la percepción de calidad a pesar de la disponibilidad de medicamentos.

En el contexto ecuatoriano, Rodríguez (2020) observó que la brecha entre expectativas y percepciones en hospitales de Quito se explicaba principalmente por la falta de fiabilidad y capacidad de respuesta, aunque la empatía del personal era valorada positivamente. Del mismo modo, en Bolivia, Martínez (2021) evidenció que la satisfacción de los usuarios dependía en gran medida del trato recibido, pero los problemas de infraestructura y equipamiento debilitaban la valoración global. Finalmente, Almeida (2022) en São Paulo subrayó que, a pesar de la gratuidad y accesibilidad, la sobrecarga de demanda y la falta de recursos humanos condicionaban negativamente la percepción ciudadana.

Los estudios nacionales mostraron una tendencia similar. Huamán (2018) en Huancayo y Quispe (2019) en Lima coincidieron en señalar que los tiempos de espera prolongados, la insuficiencia de medicamentos y la deficiencia administrativa representaban las principales limitaciones, aunque la atención médica profesional era mejor valorada. De igual modo, Cárdenas (2020) y Ramírez (2022) identificaron en hospitales de referencia nacional brechas marcadas en la capacidad de respuesta y en la comunicación médico-paciente, aspectos que redujeron la percepción de calidad pese a la empatía del personal. Mendoza (2021), en Cusco, ratificó que la infraestructura y la disponibilidad de equipos seguían siendo limitaciones centrales, condicionando la satisfacción de los usuarios.

En este panorama, el vacío de conocimiento estuvo vinculado a la ausencia de investigaciones recientes y específicas sobre la calidad de los servicios de salud en el municipio de Huaura, una localidad que presenta condiciones estructurales, socioeconómicas y culturales diferenciadas frente a las grandes urbes. Si bien los antecedentes internacionales y nacionales coincidieron en señalar los mismos patrones de insatisfacción en torno a tiempos de espera, recursos insuficientes y trato del personal, se carecía de estudios que caracterizaran estas percepciones en Huaura, donde la inequidad geográfica y la limitada asignación presupuestal representan factores críticos.

El presente estudio, de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y nivel descriptivo, buscó llenar ese vacío de conocimiento al describir el nivel de accesibilidad, la calidad de la atención médica y la disponibilidad de infraestructura y recursos en Huaura durante 2025. A diferencia de los antecedentes centrados en hospitales nacionales o urbanos, esta investigación abordó un municipio intermedio en el que confluyen tanto zonas urbanas como rurales, lo que permitió identificar particularidades relacionadas con la desigualdad en el acceso y la percepción ciudadana sobre la eficacia del sistema. De este modo, el objetivo central fue determinar el estado de los servicios de salud de calidad en Huaura, ofreciendo

evidencia empírica que contribuya tanto al debate académico como a la formulación de políticas locales orientadas a garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad y eficiencia.

Con respecto a los resultados obtenidos en el municipio de Huaura evidenciaron que la percepción global de los servicios de salud se situaba predominantemente en un nivel medio (99%), con apenas un 1% en nivel bajo y sin valoraciones altas. Este hallazgo reflejó una situación crítica: los servicios fueron percibidos como funcionales en términos básicos, pero sin alcanzar estándares óptimos de calidad. Esta valoración resultó convergente con lo señalado por Gómez (2018) en Chile, quien describió que la mayoría de usuarios reconocía competencia técnica en los profesionales, pero mantenía una percepción de insatisfacción por tiempos de espera y trato humano. De igual forma, Quispe (2019) en Lima reportó que la población valoraba positivamente el trato del personal, aunque la insuficiencia de medicamentos y la demora en la atención debilitaban la calidad percibida. Por tanto, en Huaura se repitió este patrón de satisfacción parcial, con predominio de percepciones intermedias y la ausencia de valoraciones altas que reflejaran excelencia en el servicio.

En relación con la accesibilidad, el 71% de los encuestados la percibió en un nivel medio y un 29% en nivel bajo. Este indicador puso en evidencia barreras significativas vinculadas a disponibilidad de citas, horarios de atención, costos y distancia geográfica. La ausencia de valoraciones altas mostró que la accesibilidad seguía siendo un factor crítico que limitaba el ejercicio pleno del derecho a la salud. Esta situación coincidió con lo descrito por Almeida (2022) en São Paulo, donde la sobrecarga del sistema y la falta de recursos humanos generaban percepciones negativas, pese a la gratuidad. Asimismo, Aday y Andersen (1974) ya habían advertido que las barreras económicas y organizacionales condicionan directamente el uso de servicios. En el contexto peruano, Ramírez (2022) en Trujillo encontró que más del 70% de los usuarios manifestaba insatisfacción con el tiempo de espera, lo cual

guarda relación con los resultados de Huaura, donde la accesibilidad fue percibida como deficiente por casi un tercio de los encuestados.

En cuanto a la calidad de la atención médica, el 86% de los encuestados la ubicó en un nivel medio, un 12% en nivel alto y apenas un 2% en nivel bajo. Estos datos reflejaron que la mayoría reconocía un trato aceptable y cierto nivel de satisfacción con los diagnósticos y tratamientos, aunque sin llegar a estándares de excelencia. Este hallazgo guardó similitud con lo reportado por Mendoza (2021) en Cusco, donde el 63% de los pacientes se mostró satisfecho con la atención médica, pero señaló limitaciones en equipos e infraestructura. También se vinculó con lo expuesto por Martínez (2021) en Bolivia, quien observó que la satisfacción dependía fuertemente del trato recibido, aunque las demoras en la atención y la carencia de equipos redujeron la percepción global de calidad. En Huaura, la ligera presencia de usuarios que valoraron la atención como alta (12%) mostró un margen de confianza en el sistema, pero evidenció la necesidad de fortalecer la humanización del servicio y la disponibilidad de medicamentos, aspectos también resaltados por Fernández (2019) en Buenos Aires.

Finalmente, en la dimensión de **infraestructura y recursos de los establecimientos**, el 86% de los usuarios percibió un nivel medio, un 12% bajo y solo un 2% alto. Esta tendencia reveló que las instalaciones y el equipamiento eran aceptables, pero insuficientes para garantizar servicios de alta calidad. La similitud con lo observado por Cárdenas (2020) en el Hospital Loayza y por Huamán (2018) en Huancayo fue evidente: en ambos casos, las deficiencias estructurales y organizativas limitaban el potencial de la atención, pese a que el componente humano fuera valorado de manera positiva. Asimismo, la escasa proporción de usuarios que calificaron la infraestructura en nivel alto en Huaura (2%) reflejó un déficit estructural crítico, coincidente con lo descrito por Rodríguez (2020) en Quito, donde la falta de fiabilidad y la

capacidad de respuesta estuvieron directamente relacionadas con la carencia de recursos materiales.

En síntesis, los resultados de Huaura mostraron un patrón consistente con la evidencia internacional y nacional: los usuarios percibieron la atención médica como funcional pero limitada, con predominio de niveles intermedios en todas las dimensiones. La accesibilidad fue el aspecto más crítico, lo cual reforzó lo señalado por teorías como la de Tanahashi (1978), que destacaba la importancia de la cobertura efectiva en la evaluación de la calidad. Las coincidencias con los antecedentes revelaron que, aunque los problemas de trato humano se habían reducido en comparación con otros contextos, las barreras estructurales y organizacionales continuaron siendo determinantes en la percepción de los servicios de salud. En el desarrollo de esta investigación se presentaron diversas limitaciones que condicionaron el alcance de los resultados.

En primer lugar, la muestra utilizada se limitó a 100 ciudadanos del municipio de Huaura, lo que redujo la posibilidad de obtener una representación estadística más amplia de toda la población. Este tamaño muestral, aunque suficiente para un estudio descriptivo, impidió realizar inferencias más generalizables a otros distritos de la provincia o a contextos urbanos y rurales diferenciados. Asimismo, el margen de error fue relativamente alto, lo cual restringió la precisión de los hallazgos.

En segundo lugar, la recolección de datos se efectuó únicamente a través de encuestas aplicadas en un momento específico durante el año 2025. Este diseño transversal no permitió captar cambios en el tiempo ni considerar variaciones estacionales o coyunturales que pudieran incidir en la percepción ciudadana sobre los servicios de salud. Además, la información se basó en percepciones de los usuarios, lo cual, si bien es fundamental en el estudio de la calidad, no incluyó indicadores clínicos ni administrativos que habrían enriquecido el análisis desde una perspectiva más integral.

Una tercera limitación estuvo relacionada con la disponibilidad de información secundaria sobre el municipio de Huaura. La carencia de estudios previos específicos obligó a comparar los resultados con antecedentes nacionales e internacionales de contextos distintos, lo que dificultó identificar similitudes y diferencias locales con mayor detalle. Finalmente, se reconoció que el instrumento de medición, aun validado y con alta confiabilidad, se centró en tres dimensiones (accesibilidad, calidad de la atención médica e infraestructura), dejando de lado otras variables relevantes como la seguridad del paciente, la continuidad en la atención y la participación comunitaria, que también forman parte de los estándares internacionales de calidad en salud (OMS, 2000).

Con base en estas limitaciones, se recomienda que futuras investigaciones amplíen el tamaño de la muestra para incluir un número mayor de usuarios y, de ser posible, incorporar a profesionales de salud y gestores del sistema, lo que permitirá un análisis comparativo entre percepciones de la población y evaluaciones técnicas de los servicios. Asimismo, los futuros estudios deberán emplear diseños longitudinales que permitan identificar tendencias en el tiempo y establecer vínculos causales entre las condiciones estructurales de los establecimientos y la satisfacción de los usuarios.

Del mismo modo, será necesario que las próximas investigaciones incluyan indicadores clínicos, administrativos y financieros, complementando la percepción ciudadana con datos objetivos sobre desempeño y resultados sanitarios. Esto permitirá generar diagnósticos más robustos que orienten de manera efectiva la toma de decisiones en políticas públicas.

Además, se sugiere que se profundice en el análisis de dimensiones adicionales, como la seguridad del paciente, la equidad en el acceso y el grado de participación de la comunidad en la gestión de la salud, factores que en el futuro contribuirán a una visión más integral y multidimensional de la calidad en Huaura.

A manera de conclusión, la investigación sobre los servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura, 2025, permitió concluir que la percepción ciudadana se situó mayoritariamente en niveles medios, lo que evidenció que los servicios funcionaban en cierto grado, pero sin alcanzar estándares de excelencia. La variable general mostró que el 99% de los encuestados calificó los servicios en un nivel intermedio, sin presencia de evaluaciones altas y con solo un 1% en nivel bajo. Este resultado reflejó una situación de estancamiento en la calidad, donde los usuarios reconocieron un desempeño aceptable, pero claramente insuficiente para garantizar la plena satisfacción y confianza en el sistema sanitario.

Con respecto a la primera dimensión de accesibilidad, se concluyó que persistieron barreras significativas relacionadas con la distancia geográfica, la disponibilidad de citas médicas y los horarios de atención, factores que condicionaron la equidad en el acceso a la salud. La ausencia de calificaciones altas en esta dimensión evidenció que los servicios no lograron superar obstáculos estructurales y organizacionales, situación similar a la reportada en investigaciones nacionales e internacionales (Almeida, 2022; Ramírez, 2022).

En cuanto a la segunda dimensión sobre la calidad de la atención médica, los resultados mostraron que, si bien el 86% de los usuarios la valoró en un nivel medio y un 12% en un nivel alto, las prácticas de humanización, rapidez en la atención y disponibilidad de medicamentos siguieron siendo limitadas. Estos hallazgos coincidieron con lo expuesto por Mendoza (2021) en Cusco y Fernández (2019) en Buenos Aires, donde la confianza en el personal coexistía con la insatisfacción respecto a la información brindada y a la disponibilidad de insumos básicos.

Respecto a la tercera dimensión de infraestructura y los recursos de los establecimientos de salud, se concluyó que el 86% de los usuarios la percibió en un nivel medio, un 12% en nivel bajo y solo un 2% en nivel alto, lo que evidenció deficiencias en equipamiento, mantenimiento de instalaciones y servicios complementarios. Esta tendencia fue convergente

con los hallazgos de Cárdenas (2020) en el Hospital Loayza y Huamán (2018) en Huancayo, quienes también identificaron limitaciones estructurales como un factor crítico que afectaba la percepción global de la calidad.

Por todo lo anterior, los resultados de Huaura confirmaron que la calidad de los servicios de salud no se encontraba en condiciones óptimas y que los problemas observados se alineaban con las tendencias documentadas en otros contextos latinoamericanos: deficiencias en accesibilidad, limitaciones en infraestructura y debilidades en procesos organizativos. Sin embargo, el estudio también reveló un vacío de conocimiento, ya que hasta el momento no se habían documentado con detalle las percepciones de la población Huaurina, lo que significó un aporte relevante al campo sociológico y a la gestión de políticas locales. En consecuencia, se concluyó que garantizar la mejora de los servicios de salud en Huaura requería una intervención integral que combinara inversiones en infraestructura, fortalecimiento de recursos humanos, reducción de tiempos de espera y humanización en el trato, con el objetivo de avanzar hacia un sistema más equitativo, eficiente y centrado en las necesidades de la población.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Conclusión 1

En primer lugar, respecto al objetivo general de determinar los servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura, los resultados demostraron que el 99% de los encuestados percibió la calidad de los servicios en un nivel medio y apenas un 1% en nivel bajo, sin registrarse valoraciones en nivel alto. Este hallazgo evidenció que los servicios funcionaban en un nivel aceptable pero insuficiente, lo que reflejó un desempeño regular sin alcanzar estándares óptimos de calidad. En consecuencia, se concluyó que los servicios de salud en Huaura se encontraban en un estado intermedio, que requería mejoras sustanciales para responder de manera adecuada a las necesidades de la población.

Conclusión 2

En relación con el primer objetivo específico, orientado a describir la accesibilidad a los servicios de salud en Huaura, se concluyó que el 71% de los usuarios la valoró en un nivel medio, mientras que un 29% la calificó como baja. La ausencia de valoraciones altas puso de manifiesto que persistían barreras significativas de acceso, relacionadas con la distancia geográfica, los horarios de atención, la disponibilidad de citas médicas y los costos asociados. Estos resultados indicaron que la accesibilidad representaba una de las principales limitaciones del sistema de salud local, lo que reducía la equidad en el ejercicio del derecho a la atención sanitaria.

Conclusión 3

Respecto al segundo objetivo específico, enfocado en describir la calidad de la atención médica en el municipio, los resultados mostraron que el 86% de los encuestados la percibió

en un nivel medio, el 12% en nivel alto y solo un 2% en nivel bajo. Se concluyó que, si bien la mayoría de los usuarios valoraba la atención como aceptable, la proporción que consideraba la atención como excelente fue reducida, lo que reveló limitaciones en la humanización del trato, la rapidez en la atención y la disponibilidad constante de medicamentos. Estos hallazgos reflejaron que, aunque la confianza en los profesionales de salud estaba presente en un sector de la población, el sistema aún no lograba consolidar altos niveles de satisfacción.

Conclusión 4

En cuanto al tercer objetivo específico, dirigido a describir la infraestructura y los recursos de los establecimientos de salud en Huaura, los datos evidenciaron que el 86% de los encuestados la calificó en un nivel medio, un 12% en nivel bajo y apenas un 2% en nivel alto. Se concluyó que las condiciones materiales de los establecimientos eran aceptables en términos generales, pero insuficientes para garantizar un servicio de calidad integral. La baja proporción de valoraciones en nivel alto puso en evidencia deficiencias en equipamiento, estado de las instalaciones y disponibilidad de servicios complementarios, factores que limitaban el impacto positivo de la atención sanitaria.

6.2 Recomendaciones

Primero. Se recomienda que las autoridades locales del municipio de Huaura, en coordinación con la Dirección Regional de Salud (DIRESA Lima Provincias), prioricen la mejora en la accesibilidad. El hallazgo de que un 29% de los usuarios consideró que el acceso a los servicios era bajo y un 71% lo percibió en nivel medio, reflejó la persistencia de barreras geográficas, económicas y organizacionales. Para superar esta situación, es necesario implementar estrategias de ampliación de horarios de atención, fortalecimiento del primer nivel de salud en zonas rurales, y creación de puestos móviles de atención para comunidades alejadas. El nivel local debe liderar la organización logística, mientras que el nivel regional y

nacional debe garantizar el financiamiento y las políticas normativas que viabilicen estas intervenciones.

Segundo. La calidad de la atención médica, evaluada por un 86% en nivel medio y solo un 12% en nivel alto, requiere ser fortalecida desde la humanización del servicio y la reducción de tiempos de espera. En este sentido, el Ministerio de Salud debe liderar procesos de capacitación continua en comunicación efectiva, trato humanizado y enfoque intercultural para el personal de salud. Asimismo, corresponde a la DIRESA implementar mecanismos de monitoreo y supervisión periódica que aseguren que estas capacitaciones se traduzcan en mejoras tangibles en la atención. Al nivel local, se recomienda fomentar la participación comunitaria en la evaluación de los servicios mediante encuestas periódicas de satisfacción que retroalimenten a los gestores del sistema.

Tercero. La intervención corresponde a la infraestructura y recursos de los establecimientos de salud, que fueron calificados por un 86% en nivel medio y un 12% en nivel bajo, con apenas un 2% en nivel alto. Estos resultados mostraron deficiencias estructurales que limitaban la atención en condiciones de calidad. En este caso, las autoridades nacionales deben garantizar presupuestos específicos destinados a la rehabilitación de instalaciones, adquisición de equipos médicos modernos y mantenimiento preventivo de los establecimientos. El nivel regional debe asegurar la distribución equitativa de los recursos, priorizando zonas rurales y periféricas que presenten mayores índices de exclusión, mientras que el nivel local debe encargarse de la supervisión del uso eficiente de estos recursos y de la vigilancia ciudadana en la ejecución de las obras.

Finalmente, es necesario fortalecer la articulación intergubernamental entre los niveles local, regional y nacional, dado que los problemas detectados no pueden resolverse de manera aislada. Los servicios de salud en Huaura requieren un plan integral que articule infraestructura, recursos humanos y organización de procesos, lo que demanda coordinación

permanente entre municipalidades, DIRESA y Ministerio de Salud. A nivel nacional, corresponde generar políticas que refuercen la equidad en el acceso; a nivel regional, distribuir de manera justa los recursos; y a nivel local, garantizar la ejecución eficiente de las intervenciones.

Por todo lo anterior, se recomienda dar máxima prioridad a la accesibilidad como área crítica, seguida de la calidad de la atención médica y, en tercer lugar, la infraestructura y recursos. La implementación de estas recomendaciones no solo permitirá elevar los niveles de satisfacción ciudadana, sino que también contribuirá a consolidar un sistema de salud más justo, eficiente y equitativo en Huaura, acorde con los principios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (2000) sobre el derecho universal a la salud.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBILOGRAFICAS

7.1. Fuentes Documentales

ALMEIDA, R. (2022). Percepción de la calidad en los servicios de salud públicos en São Paulo [Tesis de doctorado, Universidade de São Paulo]. Universidade de São Paulo.

GÓMEZ, M. (2018). Calidad de los servicios de salud en hospitales públicos de Santiago de Chile [Tesis de maestría, Universidad de Chile]. Universidad de Chile.

FERNÁNDEZ, L. (2019). Calidad percibida en la atención primaria de salud en Buenos Aires [Tesis de licenciatura, Universidad de Buenos Aires]. Universidad de Buenos Aires.

RODRÍGUEZ, C. (2020). Evaluación de la calidad de los servicios de salud en hospitales de Quito [Tesis de maestría, Universidad Central del Ecuador]. Universidad Central del Ecuador.

MARTÍNEZ, J. (2021). Satisfacción de los usuarios con los servicios de salud en Santa Cruz de la Sierra [Tesis de maestría, Universidad Autónoma Gabriel René Moreno]. Universidad Autónoma Gabriel René Moreno.

7.2. Fuentes Bibliográficas

Bourdieu, P. (1979). La distinción: Criterio y bases sociales del gusto. París: Les Éditions de Minuit.

Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). Una invitación a la sociología reflexiva. Chicago: University of Chicago Press.

Doyal, L., & Gough, I. (1991). Una teoría de la necesidad humana. Macmillan Education.

Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). Reinventar el gobierno: Cómo el espíritu emprendedor está transformando el sector público. Addison-Wesley.

7.3. Fuentes Hemerográficas

Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). Un marco para el estudio del acceso a la atención médica. *Investigación de Servicios de Salud*, 9(3), 208–220.

Andersen, R. M. (1995). Revisión del modelo conductual y el acceso a la atención médica: ¿Importa? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.

Bourdieu, P. (1986). Las formas del capital. En J. Richardson (Ed.), *Manual de teoría e investigación para la sociología de la educación* (pp. 241–258). Nueva York: Greenwood.

Chen, L., Evans, T., Anand, S., Boufford, J. I., Brown, H., Chowdhury, M., ...

Wibulpolprasert, S. (2004). Recursos humanos para la salud: Superando la crisis. *The Lancet*, 364(9449), 1984–1990.

Donabedian, A. (2005). Evaluación de la calidad de la atención médica (1966). *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

Donabedian, A. (1990). Exploraciones en la evaluación y el monitoreo de la calidad. Volumen I: La definición de calidad y los enfoques para su evaluación. Health Administration Press.

Donabedian, A. (1988). La calidad de la atención. ¿Cómo puede evaluarse? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ... Pate, M. (2018). Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos de Desarrollo

Sostenible: Hora de una revolución. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252.

[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

Tanahashi, T. (1978). Cobertura de los servicios de salud y su evaluación. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295–303.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: Una escala de múltiples ítems para medir las percepciones de los consumidores sobre la calidad del servicio. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.

Whitehead, M. (1992). Los conceptos y principios de la equidad y la salud. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445.

7.4. Fuentes Electrónicas

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Fortalecimiento de los sistemas locales de salud: Retos y perspectivas. Washington, DC: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Marco conceptual para la clasificación internacional de la seguridad del paciente. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2006). Calidad de la atención: Un proceso para tomar decisiones estratégicas en los sistemas de salud. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2006). Trabajando juntos por la salud: Informe sobre la salud en el mundo 2006. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2000). La salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000: Sistemas de salud, mejorar el desempeño. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata sobre Atención

Primaria en Salud. Alma-Ata: OMS.

Campbell, J., Dussault, G., Buchan, J., Pozo-Martin, F., Guerra Arias, M., Leone, C., ...

Cometto, G. (2013). Una verdad universal: No hay salud sin personal sanitario. Informe del Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud. Recife: OMS

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario de los Servicios de salud de Calidad en el Municipio de Huaura.

Finalidad:

El presente cuestionario es parte del estudio los Servicios de salud de Calidad en el Municipio de Huaura, 2025; para optar por el Título de Licenciado en Sociología, por lo cual agradezco su participación completando el presente cuestionario.

Instrucciones:

Conforme a ello, se presentarán un conjunto de preguntas relacionadas a los Servicios de salud, deberá marcar con X una de las cinco opciones. Sus respuestas serán anónimas y recuerde que no hay respuestas buenas ni malas. Favor de responder con sinceridad todas las preguntas y asegúrese de contestar todos ítems.

5	4	3	2	1
Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca

Datos generales:

1. Sexo

M () F ()

Nº	Ítems	Escala de calificación				
	Variable: Servicios de Salud	5	4	3	2	1
Dimensión 1: Accesibilidad a los Servicios de Salud						

1	¿Puede usted llegar fácilmente a un centro de salud desde su domicilio?					
2	¿El centro de salud más cercano a su vivienda le resulta accesible para acudir cuando lo necesita?					
3	¿Considera que la distancia entre su hogar y el establecimiento de salud es adecuada para atender emergencias?					
4	¿Encuentra disponibilidad de citas médicas cuando necesita atención de salud?					
5	¿Logra obtener una cita médica en un plazo razonable desde que la solicita?					
6	¿Ha tenido que esperar mucho tiempo para recibir atención médica en el centro de salud?					
7	¿Puede pagar sin dificultad los servicios de salud que requiere?					
8	¿Considera que los costos de los servicios de salud son accesibles para usted y su familia?					
9	¿El horario de atención del centro de salud se ajusta a sus necesidades personales o laborales?					
Dimensión 2: Calidad de la Atención Médica						
10	¿El personal de salud le trata con amabilidad durante su atención?					
11	¿Siente que el personal de salud le brinda el respeto que usted merece?					
12	¿El personal de salud responde a sus preguntas o inquietudes de manera clara y paciente?					
13	¿Se siente satisfecho(a) con el diagnóstico proporcionado por el profesional de salud?					

14	¿Confía en la efectividad del tratamiento que le prescribe el personal de salud?					
15	¿Recibe explicaciones comprensibles sobre su diagnóstico y tratamiento?					
16	¿Encuentra disponibles los medicamentos que le receta el médico en el centro de salud?					
17	¿Ha tenido problemas frecuentes por falta de medicamentos esenciales en la farmacia del establecimiento?					
18	¿Considera que el tiempo de espera para ser atendido(a) por el personal de salud es razonable?					
Dimensión 3: Infraestructura y Recursos de los Establecimientos						
19	¿Encuentra los ambientes del centro de salud limpios y ordenados?					
20	¿Los baños del establecimiento se mantienen en buen estado de limpieza durante su visita?					
21	¿Percibe que el personal realiza labores de limpieza regularmente en las áreas comunes?					
22	¿Observa que los equipos médicos necesarios para su atención están disponibles y funcionan correctamente?					
23	¿Le han informado alguna vez que no pueden atenderlo por falta de equipos médicos?					
24	¿Considera que el centro de salud dispone de equipos especializados cuando se requiere?					
25	¿Las instalaciones físicas (paredes, techos, mobiliario) se encuentran en buen estado de conservación?					
26	¿Percibe que el local recibe mantenimiento periódico para garantizar su seguridad y funcionalidad?					
27	¿Puede acceder fácilmente a servicios complementarios como laboratorio, rayos X o farmacia dentro del establecimiento de salud?					

ANEXO B

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

Huacho, 17 de junio del 2025

M(o). Ender Ayala Huaynate

Presente. -

ASUNTO: Solicito el apoyo profesional como experto validando el instrumento de mi tesis.

De mi consideración:

Por la presente, reciba usted nuestro saludo cordial y a la vez comunicarle que vengo desarrollando la tesis denominada, “Servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura, 2025”, para obtener mi título profesional en Sociología de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

En tal sentido, conocedor (a) de su trayectoria profesional y estrecha vinculación en el campo de la investigación, le solicito su colaboración en emitir su JUICIO DE EXPERTO. Para la cual adjunto: Certificado de validación, ficha de validación, matriz de consistencia, ficha técnica del instrumento y cuestionario.

Agradeciéndole por anticipado su gentil colaboración como experto, quedo de usted.

Atentamente,



Castro Carquín, Wendy Marisabel
Bach. Sociología



Diaz Barroso, Yassury Yajaira
Bach. Sociología

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Quien suscribe:

Da constancia que el instrumento de medición denominado “Cuestionario de Servicios de Salud”, a ser utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado: **“Servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura, 2025”**; que tiene por finalidad describir el nivel de Servicios de Salud, elaborado por las Tesisistas Castro Carquín Wendy Marisabel y Diaz Barroso Yassury Yajaira, de la carrera profesional de Sociología, se ha realizado la revisión respectiva, de acuerdo con los documentos a la vista.

En tal sentido, el instrumento de medición cumple con los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables y apto para ser aplicado en el logro de los objetivos propuestos por la investigación.

Huacho, 18 de junio del 2025.



Univ. Nac. José Faustino Sánchez Carrión
Mg. Ender Ayala Huaynatte
DOCENTE

M(o). Ender Ayala Huaynatte

JUEZ EXPERTO

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN JUICIO DE EXPERTOS

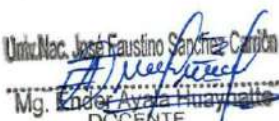
I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres** : Ayala Huaynatte, Ender
- 1.2 Grado académico** : Maestro en Gestión Pública
- 1.3 Institución que labora** : Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión
- 1.4 Título de la Investigación** : “Servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura, 2025”
- 1.5 Autor del instrumento** : Castro Carquin, Wendy Marisabel
Díaz Barroso, Yassury Yajaira
- 1.6 Título profesional** : Lic. en Sociología
- 1.7 Nombre del Instrumento** : Cuestionario de Servicios de Salud

II. ASPECTOS A EVALUAR

N°	PREGUNTAS		
		SI	NO
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X	
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X	
3.	La estructura del instrumento es adecuada	X	
4.	Los ítems del instrumento responden a los objetivos del estudio	X	
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X	
6.	Los ítems son claros y entendibles	X	
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación	X	

Lugar y fecha: Huacho, 18/06/25


 —————
 Mg. Ender Ayala Huaynatte
 DOCENTE

M(o) Ender Ayala Huaynatte
JUEZ EXPERTO

Cargo: Docente de la E. P. Sociología
DNI.: 48639761
Colegiatura: CSP4827

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

Huacho, 17 de junio del 2024

M(a). Mónica Beatriz Juárez López

Presente. -

ASUNTO: Solicito el apoyo profesional como experto validando el instrumento de mi tesis.

De mi consideración:

Por la presente, reciba usted nuestro saludo cordial y a la vez comunicarle que vengo desarrollando la tesis denominada, “Servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura 2025”, para obtener mi título profesional en Sociología de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

En tal sentido, conocedor (a) de su trayectoria profesional y estrecha vinculación en el campo de la investigación, le solicito su colaboración en emitir su JUICIO DE EXPERTO. Para la cual adjunto: Certificado de validación, ficha de validación, matriz de consistencia, ficha técnica del instrumento y cuestionario.

Agradeciéndole por anticipado su gentil colaboración como experto, quedo de usted.

Atentamente,



Castro Carquín, Wendy Marisabel
Bach. Sociología



Díaz Barroso, Yassury Yajaira
Bach. Sociología

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Quien suscribe:

Da constancia que el instrumento de medición denominado “Cuestionario de Servicios de Salud”, a ser utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado: **“Servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura, 2025”**; que tiene por finalidad describir el nivel de Servicios de Salud, elaborado por las Tesisistas Castro Carquín Wendy Marisabel y Díaz Barroso Yassury Yajaira, de la carrera profesional de Sociología, se ha realizado la revisión respectiva, de acuerdo con los documentos a la vista.

En tal sentido, el instrumento de medición cumple con los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables y apto para ser aplicado en el logro de los objetivos propuestos por la investigación.

Huacho, 18 de junio del 2025.



M(a). Mónica Beatriz Juárez López

JUEZ EXPERTO

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres** : Juárez López, Mónica Beatriz
- 1.2 Grado académico** : Maestro en Gestión Pública
- 1.3 Institución que labora** : Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión
- 1.4 Título de la Investigación** : "Servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura, 2025"
- 1.5 Autor del instrumento** : Castro Carquín, Wendy Marisabel
Díaz Barroso, Yassury Yajaira
- 1.6 Título profesional** : Lic. en Sociología
- 1.7 Nombre del Instrumento** : Cuestionario de Servicios de Salud

II. ASPECTOS A EVALUAR

Nº	PREGUNTAS		
		SI	NO
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación		
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio		
3.	La estructura del instrumento es adecuada		
4.	Los ítems del instrumento responden a los objetivos del estudio		
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento		
6.	Los ítems son claros y entendibles		
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación		

Lugar y fecha: Huacho, 18/06/25



M(a). Mónica Beatriz Juárez López
JUEZ EXPERTO
Cargo: Docente de la E. P. Sociología
DNI.: 40813408

Colegiatura: CSP4759

“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

Huacho, 14 de Julio de 2025

Señor (a)

Dr. CHARITO BECERRA VERA

Presente. -

ASUNTO: Solicito el apoyo profesional como experto validando el instrumento de mi tesis.

De mi consideración:

Por la presente, reciba usted nuestro saludo cordial y a la vez comunicarle que vengo desarrollando la tesis denominada, “Servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura, 2025”, para obtener mi título profesional en Sociología de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

En tal sentido, conocedor (a) de su trayectoria profesional y estrecha vinculación en el campo de la investigación, le solicito su colaboración en emitir su JUICIO DE EXPERTO. Para la cual adjunto: Certificado de validación, ficha de validación, matriz de consistencia, ficha técnica del instrumento y cuestionario.

Agradeciéndole por anticipado su gentil colaboración como experto, quedo de usted.

Atentamente,



Castro Carquín, Wendy Marisabel
Bach. Sociología



Diaz Barroso, Yassury Yajaira
Bach. Sociología

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Quien suscribe:

Da constancia que el instrumento de medición denominado “Cuestionario de Servicios de Salud”, a ser utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado: **“Servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura, 2025”**; que tiene por finalidad describir el nivel de Servicios de Salud, elaborado por las Tesistas Castro Carquín Wendy Marisabel y Diaz Barroso Yassury Yajaira, de la carrera profesional de Sociología, se ha realizado la revisión respectiva, de acuerdo con los documentos a la vista.

En tal sentido, el instrumento de medición cumple con los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables y apto para ser aplicado en el logro de los objetivos propuestos por la investigación.

Huacho, 15 de Julio del 2025



M(O).

JUEZ EXPERTO

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres** : **BECERRA VERA, CHARITO**
- 1.2 Grado académico** : Doctorado en Ciencias de la Educación
- 1.3 Institución que labora** : Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión
- 1.4 Título de la Investigación** : "Servicios de salud de calidad en el municipio de Huaura, 2025"
- 1.5 Autor del instrumento** : Castro Carquín, Wendy Marisabel
Díaz Barroso, Yassury Yajaira
- 1.6 Título profesional** : Lic. Trabajo Social
- 1.7 Nombre del Instrumento** : Cuestionario de Servicios de Salud

II. ASPECTOS A EVALUAR

N°	PREGUNTAS	SI	NO
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X	
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X	
3.	La estructura del instrumento es adecuada	X	
4.	Los ítems del instrumento responden a los objetivos del estudio	X	
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X	
6.	Los ítems son claros y entendibles	X	
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación	X	

Lugar y fecha: Huacho 15 Julio 2025



Dr. BECERRA VERA, CHARITO

Cargo: JUEZ EXPERTO

DNI: 28105116

Colegiatura: CTSP

VALIDEZ DE CONTENIDO POR JUECES EXPERTOS

Tabla 2

Resultados de la cuantificación de la validez con el Coeficiente de V de Aiken

Preguntas	Suma de la Calificaciones por Juez Experto	V de Aiken
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	3	1
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	3	1
La estructura del instrumento es adecuada.	3	1
Los ítems del instrumento responden a los objetivos del estudio.	3	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	3	1
Los ítems son claros y entendibles.	3	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	3	1
V de Aiken Total		1

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 2 se observa que las 7 preguntas consultadas a los 3 jueces expertos, quienes valoraron al instrumento con valores altos (valores cercanos a uno dentro del intervalo de 0 a 1), así mismo; se puede concluir que en todas las preguntas se alcanzó el valor de 1 y eso permite tener un instrumento que mide a la variable de investigación según la concordancia de los 3 jueces expertos.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El análisis estadístico con el coeficiente Alfa de Cronbach resulto una alta confiabilidad y homogeneidad en todas las preguntas que posee el cuestionario de Servicios de Salud de Calidad, según los resultados obtenido de la Prueba Piloto aplicado a 20 personas con las mismas características de la población objeto de estudio. Se adjunta el resultado en el SPSS Versión Prueba y la sabana de datos.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,92	20

Sabana de datos:

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Graficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 26 de 28 variables

ID	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	var	var	var	var	
1	1	2	4	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	2	2	2	2	2	4				
2	2	3	3	3	4	4	4	3	4	3	5	5	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3					
3	3	5	4	4	4	4	5	5	5	4	3	2	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	5	5	5	5	5					
4	4	5	4	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3					
5	5	2	2	3	4	4	4	4	3	3	3	2	3	4	3	3	4	2	3	4	4	4	4	2	3	4	6	4				
6	6	2	2	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4					
7	7	2	3	4	5	4	2	3	4	5	4	2	4	4	2	4	3	2	2	5	4	2	5	3	4	3	4	2				
8	8	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	5	5					
9	9	4	4	3	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	3	3	4	5	5	5	5	5	3	3	1	4	4				
10	10	4	5	4	5	5	4	5	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5					
11	11	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	5	5	4					
12	12	2	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4					
13	13	5	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	3	3	2	6	6	6					
14	14	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	5	5	5	4	4	4	4	5	4	5	4					
15	15	3	3	3	4	4	4	3	4	4	5	5	5	5	3	3	4	3	4	4	3	4	4	3	5	5	4	3				
16	16	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	3	4	4	5	4	4	5	4	3	5	4	3	5				
17	17	5	5	5	5	5	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5	3	5	2	4	5	5	5	5	5	4	4					
18	18	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	5	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	5	5	5	5	4				
19	19	4	4	3	5	4	6	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	6	4	6	6					
20	20	2	4	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2	2	4				
21	21	5	4	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3				
22	22	2	2	3	4	4	4	4	3	3	3	2	3	4	3	3	4	2	3	4	4	4	4	2	3	4	5	4				
23	23	2	2	3	3	3	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4				

Vista de datos

Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode ON

[illegible]

Resultado Castro.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

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

Resultado

- Registro
- Frecuencias
 - Título
 - Notas
 - Estadísticos
 - Tabla de frecuencia
 - Título
 - V1 Servicios de Salud (recodificado)
 - D1 Accesibilidad a los Servicios de Salud (recodificado)
 - D2 Calidad de la Atención Médica (recodificado)
 - D3 Infraestructura y Recursos de los Establecimientos (recodificado)
- Gráfico de barras
 - Título
 - V1 Servicios de Salud (recodificado)
 - D1 Accesibilidad a los Servicios de Salud (recodificado)
 - D2 Calidad de la Atención Médica (recodificado)
 - D3 Infraestructura y Recursos de los Establecimientos (recodificado)

Tabla de frecuencia

V1 Servicios de Salud (recodificado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	1	1,0	1,0	1,0
	Medio	99	99,0	99,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

D1 Accesibilidad a los Servicios de Salud (recodificado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	29	29,0	29,0	29,0
	Medio	71	71,0	71,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

D2 Calidad de la Atención Médica (recodificado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	2	2,0	2,0	2,0
	Medio	86	86,0	86,0	88,0
	Alto	12	12,0	12,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

D3 Infraestructura y Recursos de los Establecimientos (recodificado)

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON

