



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y CALIDAD DE
SERVICIO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE
LA MICRORED DE SALUD CHICLAYO, 2024**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO
DE MAESTRA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Autora:

**Bach. Fernández Tarrillo Leydy Mekinley
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5081-2125>**

Asesor:

**PhD. Quispe Gutierrez Antonio Marty
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2100-7423>**

Línea de Investigación:

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la
comunidad para el desarrollo de la sociedad**

Sublínea de investigación:

Acceso y cobertura de los sistemas de atención sanitaria

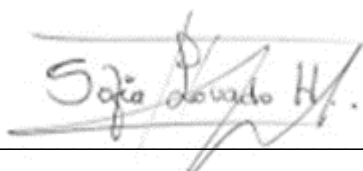
**Pimentel – Perú
2024**

**GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y CALIDAD DE SERVICIO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SALUD CHICLAYO, 2024**

APROBACIÓN DE LA TESIS



Dra. Patricia del Rocio Chávarry Ysla
Presidente del jurado de tesis



Dra. Sofia Sabina Lavado Huarcaya
Secretaria del jurado de tesis



Dr. Quispe Gutierrez Antonio Marty
Vocal del jurado de tesis

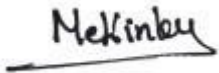
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien suscribe la **DECLARACIÓN JURADA**, soy **egresada** del Programa de Estudios de **Maestría en Gerencia de Servicios de Salud** de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaro bajo juramento que soy autor del trabajo titulado:

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y CALIDAD DE SERVICIO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SALUD CHICLAYO, 2024

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

FERNÁNDEZ TARRILLO LEYDY MEKINLEY	DNI: 76914729	
--	----------------------	---

Pimentel, 18 de diciembre del 2024

REPORTE DE SIMILITUD TURNITIN






10% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 4%  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.

Derechos Reservados - Copyright
Dirección de Tecnologías de la Información
Desarrollo de Sistemas
eSeuss@uss.edu.pe

DEDICATORIA

A mis queridos padres y hermanos que día a día me apoyan a seguir adelante.

A mi tía Raquel por acompañarme y estar pendiente de mis estudios.

A mi estimado amigo el Dr. Morales que siempre me incentiva a seguir adelante en la investigación.

La autora

AGRADECIMIENTO

A mi querida hermana Rosa Thalía Fernández Tarrillo y a mi estimado amigo el Dr. Abel Ciro Córdova Chapoñan, por brindarme apoyo y compañía en el transcurso de la maestría.

A mis amigas, Karen, Elizabeth y Yanina, que siempre me incentivaron a culminar mis estudios.

RESUMEN

El objetivo de investigación fue determinar la asociación entre la gestión administrativa (GA) y la calidad de servicio (CS) en pacientes con tuberculosis (TBC) de la Microred de Salud Chiclayo. El estudio fue transversal en el cual se encuestó a todos los pacientes con TBC de la Microred de Salud Chiclayo con el objeto de caracterizar la CS y su asociación con el nivel de GA. Para ello se utilizó un modelo de regresión lineal multivariado. El nivel de GA percibida por los pacientes con TBC de la Microred de Salud Chiclayo fue caracterizado como “Bajo” y la CS como “Bueno” en el 71% y 80%, respectivamente. Al analizar la correlación entre GA y CS se encontró una correlación positiva y significativa ($\rho = 0,563$; valor $p < 0,001$), lo cual fue confirmado por el modelo de regresión lineal bivariado ($\beta = 1,59$; Intervalo de confianza [IC] al 95%: 1,16 a 2,02) y multivariado ($\beta_a = 1,54$; IC 95%: 1,06 a 2,02), este último ajustado por género, edad y centro de salud. Se concluyó que los pacientes con TBC de la Microred de Salud Chiclayo perciben en su mayoría una GA de nivel “Bajo” y una CS “Bueno”, encontrándose una asociación significativa y positiva entre ambas, independientemente del género, grupo etario y centros de salud. Adicionalmente, se encontró que la CS se asoció a las dimensiones de GA organización, integración, dirección y control, todas con una asociación positiva y significativa, con la única excepción de la dimensión planificación.

Palabras clave: Gestión administrativa, calidad de servicio, tuberculosis, atención primaria.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the association between administrative management (AM) and service quality (SQ) in tuberculosis (TBC) patients in the Chiclayo Health Micronetwork. The study was cross-sectional in which all TBC patients in the Chiclayo Health Micronetwork were surveyed in order to characterize the SQ and its association with the level of AM. For this purpose, a multivariate linear regression model was used. The level of AM perceived by TBC patients in the Chiclayo Health Micronetwork was characterized as “Low” and SQ as “Good” in 71% and 80%, respectively. When analyzing the correlation between GA and quality of service a positive and significant correlation was found ($\rho = 0.563$; p value < 0.001), which was confirmed by the bivariate linear regression model ($\beta = 1.59$; 95% confidence interval [CI]: 1.16 to 2.02) and multivariate ($\beta_a = 1.54$; 95% CI: 1.06 to 2.02), the latter adjusted by gender, age and health center. It was concluded that TBC patients in the Chiclayo Health Micronetwork mostly perceive a “Low” level of AM and a “Good” level of SQ, with a significant and positive association between the two, regardless of gender, age group and health centers. Additionally, it was found that SQ was associated with the AM dimensions of organization, integration, direction and control, all with a positive and significant association, with the only exception of the planning dimension.

Keywords: Administrative management, quality of service, tuberculosis, primary care.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
APROBACIÓN DEL JURADO	ii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	iii
REPORTE DE SIMILITUD TURNITIN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	ix
ÍNDICE DE TABLAS	x
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Realidad problemática	11
1.3. Justificación e importancia del estudio	13
1.4. Objetivos	14
II. MARCO METODOLÓGICO	23
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	24
2.5. Procedimientos de análisis de datos	25
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	26
3.1. Resultados según objetivos	26
3.2. Discusión de resultados	31
IV. CONCLUSIONES	39
V. RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS	40
ANEXOS	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de los pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo	
26	
Tabla 2. Nivel de gestión administrativa y calidad de servicio	27
Tabla 3. Puntajes de gestión administrativa	28
Tabla 4. Puntajes de calidad de servicio	29
Tabla 5. Correlación de la gestión administrativa y la calidad de servicio	30
Tabla 6. Análisis de regresión bivariado lineal y multivariado de la calidad de servicio	30

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Realidad problemática

La gestión administrativa (GA) y la calidad del servicio (CS) son pilares fundamentales que afectan directamente la eficiencia operativa y la satisfacción del paciente en el sector salud (1). En particular, en el área de tuberculosis (TBC), ya que la gestión y el servicio que se brinda a los pacientes con este tipo de patología influye directamente en el tratamiento y posterior recuperación de los pacientes (2).

A nivel mundial, la TBC ha sido la causa de 1,3 millones decesos, de los cuales 167,000 personas estaban coinfectadas con el VIH (3). En América, en el 2021 se notificaron 215,116 casos de TBC, con una estimación de muerte de 32,000 personas, siendo los determinantes más importantes la coinfección con el VIH, tener bajos recursos económicos, la malnutrición, el consumo exagerado de tabaco y la diabetes (4).

En Perú, durante el período 2018–2022, se registraron 151,329 casos de TBC, de los cuales el 82,4% correspondieron a TBC pulmonar. De estos casos, el 64% eran varones y el 80% tenía entre 15 y 59 años (5). Además, en 2021 se reportó que el abandono del tratamiento para la TBC sensible fue del 5%, lo que representa un riesgo significativo para el bienestar del paciente, su familia y la comunidad (6).

Según el Ministerio de Salud, la región de Lambayeque presenta un alto nivel de riesgo de TBC. En 2022, se reportaron una tasa de mortalidad de 3,3, una tasa de morbilidad de 63,4 y una tasa de incidencia de 60,8 por cada 100,000 habitantes (7). Además, en 2021, la tasa de abandono del tratamiento fue del 6,9%, lo que genera un aumento en el número de contagios y contribuye a la mayor resistencia del microorganismo a los medicamentos (8). Esta enfermedad es especialmente prevalente en los distritos céntricos como son: La victoria, JLO y Chiclayo (9).

Una gestión efectiva implica la integración de estrategias entre todos los miembros de salud y la puesta en marcha de políticas que ayuden a poner fin a la comúnmente llamada peste blanca. Conocer la GA de la Microred de Salud Chiclayo radica en ver si esta influye o no en la CS brindado al paciente con TBC. La CS en diversas organizaciones determina que tan satisfechos se encuentran ante el servicio recibido donde son atendidos; sin embargo, la falta de estrategias gerenciales, presupuestos y profesionales con contratos temporales, generan insatisfacción en el paciente (10).

Pacientes vulnerables como aquellos que padecen de la TBC, requieren que el proceso administrativo sea claro y bien ejecutado, que garantice un correcto tratamiento y, por ende, genere un buen servicio a los pacientes. Un estudio realizado en Etiopia, ha demostrado que los trabajadores no están capacitados en el servicio de TBC, que existe carencia de insumos en el laboratorio, un nivel bajo de sistemas de incentivos y de gestión participativa; adicionado a ello, existe desconocimiento sobre la estrategia de búsqueda de casos y seguimiento de pacientes con TBC (11).

Por otro lado, en instituciones de salud al suroeste de China, existen deficiencias en el control y dirección de las áreas de TBC. Observándose que los informes y registros de este tipo de pacientes se encuentran incompletos. Los investigadores sugieren una mejora en la calidad de vigilancia que se brinda a la parte operativa y administrativa de la TBC (12).

En Lambayeque se observa que hay deficiencias en las funciones del proceso administrativo, generando frecuentemente quejas de los pacientes y desprestigio de los centros de salud. También estas deficiencias, pueden observarse en el incremento del número de abandonos del tratamiento anti-TBC (13), resistencia del microorganismo a los antimicrobianos y consecuentemente aumento del número de contagios (14).

Estudios en la región mencionan que trabajadores y pacientes están insatisfechos con la atención recibida en hospitales, esto debido a deficiencias en la planificación, problemas de comunicación, mala gestión y corrupción (15). Asimismo, otro estudio en Ferreñafe, reportó que el nivel de GA y atención al paciente fue deficiente con un 58% y 48%, respectivamente, concluyendo que la planificación, organización, liderazgo y dirección tienen una asociación significativa con la CS (16).

En resumen, en estas líneas se aborda la asociación entre la GA y la CS bajo la percepción de pacientes. Los resultados obtenidos revelan una asociación significativa entre las variables, demostrando que una gestión eficiente puede mejorar los resultados en la atención de los usuarios. Estos resultados no solo validan la hipótesis planteada, sino que también abren nuevas perspectivas para la implementación de estrategias que optimizan la CS en el sector salud.

I.2. Formulación del Problema

¿Existe asociación entre la gestión administrativa y la calidad de servicio en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024?

I.3. Justificación e importancia del estudio

La investigación es crucial para mejorar la atención y el manejo de la TBC, optimizando el uso de recursos y fortaleciendo el sistema de atención primaria. También aumenta la confianza de población a los servicios de salud, garantiza un correcto manejo de la enfermedad y contribuye a disminuir su incidencia.

El aporte metodológico y práctico considera que las encuestas servirán de guía para futuras investigaciones que buscan evaluar la percepción de la CS en pacientes con TBC, así como la eficiencia de la GA.

El aporte social es que se contribuye en el bienestar de la población lambayecana, al reducir el estigma asociado a la enfermedad y al fortalecer la confianza en el primer nivel de atención.

La Novedad científica está basada en conocer la GA bajo la mirada del paciente con TBC, lo cual permite enriquecer el conocimiento científico sobre el manejo de enfermedades infecciosas y ofrece herramientas prácticas y teóricas para enfrentar desafíos similares en otros contextos.

I.4. Objetivos

I.4.1. Objetivos General

- Determinar la asociación entre la gestión administrativa y la calidad de servicio en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024.

I.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar la asociación de la gestión administrativa con la calidad de servicio según género, edad y centro de salud en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024.
- Caracterizar a los pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024.
- Caracterizar el nivel de gestión administrativa y la calidad de servicio ofrecido a los pacientes con TBC de la Microred de Salud Chiclayo, 2024.
- Determinar la asociación de las dimensiones de organización, planificación, integración, dirección y control con la calidad de servicio en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024.

I.5. Hipótesis

- **Hipótesis nula:** No existe asociación estadísticamente significativa entre la gestión administrativa y la calidad de servicio en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024.
- **Hipótesis alterna:** Sí existe asociación estadísticamente significativa entre la gestión administrativa y la calidad de servicio en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024.

I.6. Trabajos previos

En un centro de emergencias en Ecuador, se analizó la GA y la CS. Los resultados mostraron que el 47% de los encuestados no estaba satisfecho con el tiempo de espera, mientras que el 27% estaba muy conforme con el servicio en el área de tratamiento. Además, el 60% expresó su desacuerdo con el tiempo de atención. Se observó que una GA adecuada contribuye a un servicio de mayor calidad para los pacientes. Sin embargo, también se identificó un desconocimiento por parte de los trabajadores sobre las características de la institución (17).

En el noroeste de Etiopía, se investigó la CS en pacientes con TBC utilizando el modelo de calidad de Donabedian. En cuanto al componente estructural, se encontró que el 60% de los servicios ofrecidos eran de calidad media. En relación al componente de proceso, se identificó una deficiencia en la documentación escrita de medicamentos, la respuesta bacteriológica y las reacciones adversas a los medicamentos. Además, en el componente de resultados, el 67% de los pacientes se mostraron insatisfechos. En general, se concluyó que los pacientes con TBC experimentaban un nivel de satisfacción deficiente (18).

En Etiopía se evaluó la CS en pacientes con TBC utilizando el modelo de calidad de Donabedian. Los resultados revelaron que entre el 43% y el 53% de las instituciones presentaron deficiencias en aspectos estructurales, y entre el 60% y el 69% mostraron

deficiencias en la calidad de atención. No obstante, se obtuvo una calificación favorable en la dimensión de “resultados”, con un puntaje de entre 86,6% y 89,3%. Se concluyó que implementar medidas correctivas ayudan a mejorar la CS ofrecido a los pacientes con TBC (11).

Un estudio similar en Addis Abeba, Etiopía, demostró que el 75% de los usuarios de un centro de salud privado estaban satisfechos con todos los aspectos del tratamiento de la TBC, y la tasa de éxito del tratamiento alcanzó el 91%. Además, el 78% de los pacientes recibieron asesoramiento sobre la prueba del VIH, y la calidad del tratamiento para la TBC fue considerada buena. No obstante, se destacó la necesidad de fortalecer el asesoramiento sobre las pruebas del VIH y de abordar la escasez de estreptomicina y reactivos de laboratorio (19).

Utilizando el mismo modelo de estudio, en Uganda, en ocho establecimientos de salud, se reveló que el 24% de los pacientes no recibió información sobre cómo prevenir la propagación de la TBC, y el 32% desconocía los efectos secundarios de los medicamentos. La investigación concluyó que es necesario fortalecer los establecimientos de salud mediante la mejora de la supervisión de apoyo, el seguimiento de los pacientes, la promoción de medidas de control de infecciones y el aumento salarial del personal (2).

En Venezuela, se evaluó la CS con el modelo SERVPERF, indicándose que no se alcanzaba un nivel aceptable de calidad en los centros Materno-pediátricos (20). De manera similar, en Turquía, un estudio con el mismo modelo reveló que el servicio de seguridad y salud se encontraba en un nivel medio. Además, se demostró que a mayor nivel de educación la satisfacción disminuía. También se encontró que la CS proporcionado por las unidades externas de seguridad y salud era significativamente baja (21).

En Lima, se investigó la GA y la CS en un hospital público que realiza partos humanizados, obteniéndose que la GA fue 47% regular y 32% buena; respecto a la CS, el

45,6% de pacientes percibe esta variable en un nivel aceptable y el 32% está insatisfecho. La prestación humanizada tenía control de gestión y CS, y el coeficiente de Nagelkerke demostró que el 48% de la variación en la prestación humanizada dependía de la capacidad de gestión y la CS

En Lima, se investigó la GA y la CS en un hospital público que ofrece partos humanizados. Los resultados mostraron que la GA fue evaluada como regular en el 47% y como buena por el 32%. En cuanto a la CS, el 46% de los usuarios la percibió como aceptable, mientras que el 32% expresó insatisfacción. Además, se encontró que la prestación de partos humanizados incluía tanto un control de gestión como una evaluación de la CS. El coeficiente de Nagelkerke indicó que el 48% de la variación en la prestación humanizada estaba relacionada con la capacidad de gestión y la CS (22).

En la ciudad de San Martín se estudió la GA del programa de TBC y su relación con la satisfacción del paciente. La GA del programa de TBC alcanzó un nivel regular del 43% y la satisfacción de los pacientes un promedio del 43%. El estudio concluyó una correlación de Pearson de 0,900, resultado que rebela una dependencia significativa entre las variables (23).

En el establecimiento de salud de Hualmay - Lima, se demostró que el 60% de los empleados casi nunca eran evaluados en su desempeño, el 30% no conocía a sus superiores, y solo el 15% percibía que se fomentaba la comunicación abierta y las relaciones cordiales. Además, el 80% de los trabajadores no se sentían motivados, y el 75% reportó que el control correctivo para mejorar los resultados se realizaba muy raramente (24).

En Piura, se presentó un modelo de GA con el objetivo de mejorar la atención en los hospitales. El estudio, de carácter prospectivo, cuantitativo y no probabilístico, incluyó a un total de 115 participantes. Se demostró que el 25% de la muestra no estaba de acuerdo con

las estrategias propuestas para promover la salud de los pacientes, el 26% desaprobó la asignación de fondos para el desempeño de los colaboradores, y el 23% se mostró en desacuerdo con las iniciativas para fortalecer la calidad de los servicios hospitalarios. En conclusión, los usuarios expresaron insatisfacción con las estrategias ofrecidas por la institución (25).

En Lambayeque, se investigó la estrategia de GA y su impacto en la CS en un hospital. Los instrumentos de evaluación fueron administrados a 42 usuarios y 80 empleados del hospital. Se identificaron deficiencias en la planificación, problemas en la comunicación emocional entre clientes y empleados, así como problemas de mala gestión y corrupción. El 80% de los trabajadores y el 90% de los usuarios expresaron insatisfacción con la CS. Se concluyó que existen brechas significativas que obstaculizan una buena gobernanza y un adecuado desarrollo de la atención en salud (15).

También se investigó la GA y su relación con la atención ambulatoria en el hospital de Ferreñafe. Revelándose que tanto el nivel de GA como la CS al paciente fueron deficientes, con calificaciones de 58% y 48%, respectivamente. Se concluyó que los aspectos de planificación, organización, liderazgo y dirección tienen una relación significativa con la CS (16).

I.7. Bases Teóricas relacionadas al tema

La gestión es definida como una función unificadora que armoniza esfuerzos y recursos (humanos, financieros y tecnológicos), para garantizar un servicio eficiente, equitativo y centrado en el paciente y lograr la máxima eficacia en la consecución de objetivos. (26,27).

La GA es la información que es gestionada dentro de una organización, esto engloba los procesos y recursos que permiten a un organización recopilar, manipular, mantener, proteger y recuperar información; consecuentemente se requiere de una gestión

estratégica que incluye disminuir costos y riesgos, agregar y crear valor a los propios y nuevos productos y servicios, a través del conocimiento del proceso administrativo (planificación, organización, integración, dirección y control) (28).

La GA es de importancia en las diferentes instituciones de salud ya que posee una diversidad de herramientas que complementan un estado de crecimiento y eficiencia, optimizando el recurso humano, técnico y financiero (29). Para otros autores, la GA es el conjunto de acciones coordinadas y destinadas a optimizar los recursos disponibles en una empresa con el objetivo de alcanzar metas determinadas y mejorar el desempeño (30).

La planificación determina a futuro los diversos escenarios, define los resultados deseados y cada estrategia necesaria para alcanzar las metas. Es considerada estratégica porque se implementa a un alto nivel de la organización, con metas a medio y largo plazo, y es operativa porque está basado en planes que se implementan a nivel funcional (26). En esta fase, el responsable de TBC determina objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, distribuye las actividades de prevención, diagnóstico y control de la TBC, verifica el presupuesto y logística necesaria para área y establece horarios de atención para todos los pacientes con TBC que pertenecen a su jurisdicción (31).

La organización consiste en planificar y definir funciones, procesos, estructuras y responsabilidades, define métodos y aplica técnicas encaminadas a hacer simple el trabajo (26). En esta fase se define el proceso de atención del caso probable de TBC, se realiza coordinaciones con laboratorio y farmacia para la realización de examen y obtención de medicamentos, se adecuan los servicios para las consultas y se distribuye y organiza al personal de salud según su eficiencia y eficacia (31).

La integración es la capacidad de seleccionar y adquirir los recursos necesarios para iniciar operaciones. En esta fase se hace el requerimiento necesario de recursos humanos, se selecciona y recluta al personal de salud en base a sus habilidades y conocimientos, se

verifica la CS que éstos brindan a los pacientes con TBC y se adecuan a los profesionales según perfiles, con funciones y responsabilidades dentro del área de TBC (31).

La dirección está basada en la toma de decisiones e implica dirigir y coordinar recursos (26). En esta fase, el jefe del área de TBC busca resolver conflictos y brindar alternativas de solución ante algún problema, muestra liderazgo ante el resto de profesionales, coordina con autoridades y entidades públicas y privadas, en bien de brindar soluciones al paciente con TBC (31).

El control tiene como objetivo corregir y prevenir desviaciones dentro de una organización (26). En esta fase se evalúa el desempeño laboral, el cumplimiento de metas, se adopta acciones correctivas y se brinda retroalimentación, se realiza el control de actividades de detección, diagnóstico y tratamiento contra la TBC, sin excepciones, a fin de mantener el funcionamiento de la estrategia controlado (31).

La CS es un concepto relativo determinado por las diferencias que existen entre las necesidades y expectativas que tienen los usuarios sobre un servicio en particular que una organización logra satisfacer (32). Existen diversos modelos para determinar la CS entre ellos se encuentran el modelo Servqual (33), Serperf (34), de desempeño evaluado y de calidad normalizada (32).

La CS tiene un significado diferente para pacientes y profesionales involucrados en el sistema de atención de salud. Mientras que estos últimos evalúan el diseño y la prestación del servicio, los clientes o pacientes evalúan el servicio en función de la percepción general de su prestación a través de las dimensiones de coherencia, integridad, eficacia y evaluación subjetiva (35).

La OMS señala que la atención sanitaria debe ser efectiva, segura y centrada en el paciente. Para garantizar calidad, los servicios de salud deben ser oportunos, justos, bien coordinados y eficientes. Esto permite aprovechar al máximo los recursos disponibles y

minimizar el desperdicio, asegurando que todas las personas reciban el cuidado que necesitan (36).

La CS en salud se refiere a la mejor atención posible prestada al paciente y cuenta con diversas definiciones como la de Avedis Donabedian, quien indica que la CS tiene como objetivo maximizar el "bienestar" del paciente, siendo medible a través de las características de calidad de estructura, proceso y resultado o con las dimensiones técnica, humana y del entorno (37).

Para otros autores como Maxwell es definida a través de 6 parámetros que son: eficacia, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad, equidad y satisfacción del paciente. Para Papanikolaou, la CS en salud no solo depende de los resultados clínicos, sino también de la experiencia subjetiva del paciente, la accesibilidad y la equidad en la prestación del servicio, que son evaluados a través de la competencia profesional, accesibilidad, relación interpersonal, continuidad de la atención, capacidad de respuesta, fiabilidad, entorno físico, eficiencia, equidad y satisfacción del paciente (37).

Con fines prácticos, la presente investigación adoptó el modelo de CS de Cronin y Taylor para medir la CS en el Micro Red de Salud Chiclayo, para ello utilizó las dimensiones de elementos tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía (38).

La CS en la dimensión elementos tangibles evalúa si la organización cuenta con equipos de apariencia moderna, espacios físicos atractivos, apariencia prolija de los colaboradores, y un área de equipada y atractiva para la atención del paciente. La CS en la dimensión confiabilidad, evalúa el cumplimiento de promesas, el interés para la resolución de problemas, recibir el servicio a la primera, cumplir con los plazos establecidos y evitar errores (38).

La CS en la dimensión capacidad de respuesta evalúa si los profesionales de la salud son comunicativos, rápidos, serviciales y que tienen capacidad de respuesta ante

cualquiera circunstancia. La CS en la dimensión seguridad evalúa si los colaboradores transmiten confianza al paciente, si hay seguridad con su proveedor, si los profesionales son amables y bien formados para evitar conductas de estigma y discriminación. Finalmente, la CS en la dimensión empatía, busca conocer si la atención del paciente es individualizada, si los horarios establecidos son adecuados para el paciente, si la atención es personalizada y si se vela por los intereses y necesidades de los clientes (38).

II. MARCO METODOLÓGICO

II.1. Enfoque, tipo y diseño de investigación

El enfoque del presente estudio fue cuantitativo, de tipo básico y de diseño transversal, porque según Quispe et al. (39) “tanto la exposición como el outcome o variable desenlace de interés se midieron al mismo tiempo”.

II.2. Variables, operacionalización

- Variable independiente: Gestión administrativa
- Variable dependiente: Calidad de servicio

La matriz de operacionalización se observa en el anexo 1.

II.3. Población, muestreo y muestra

II.3.1. Población

Todos los pacientes con TBC que llevan tratamiento en los Centros de Salud pertenecientes a la Microred de Salud Chiclayo.

II.3.2. Muestreo

En el presente estudio se buscó enrollar a toda la población de estudio por lo que no se previó utilizar ninguna técnica de muestreo. Los siguientes criterios de selección fueron:

- Criterios de inclusión: Pacientes con esquemas de tratamiento sensible y sus variantes que fueron atendidos en los C.S. de Cerropón, Cruz de la Esperanza, Jorge Chávez, José Olaya, José Quiñonez Gonzales, San Antonio y Tupac Amaru. Pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar en todas las condiciones de ingreso y con tratamiento directamente observado (DOT) institucional.

- Criterios de exclusión: Pacientes con TBC tipo drogo resistentes (MDR, XDR), pacientes con DOT en domicilio, hospitalizados por complicaciones, con trastornos mentales, que abandonaron el tratamiento y menores de 18 años.

II.3.3. Muestra

Del total de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, dieciséis fueron excluidos. Ocho por ser menores de edad, dos por tratarse de pacientes drogo resistente (MDR =2), tres por abandono del tratamiento y tres hospitalizados por complicaciones. Considerándose una muestra de 76 pacientes.

II.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

La técnica de recolección de datos fue de encuestas anónimas. El cuestionario utilizado para medir la GA fue adaptado del estudio de Espinoza (23), con 20 ítems distribuidos homogéneamente en todas las dimensiones. La escala de medición fue ordinal con respuestas politómicas (deficiente, regular, buena) .

El cuestionario para medir la CS adaptó el modelo de Servperf (40), con 22 ítems. La escala de medición también fue ordinal con respuestas politómicas (nunca, muy pocas veces, algunas veces, casi siempre, siempre).

La consistencia interna de cada instrumento se midió con una prueba piloto realizada a 15 pacientes, reportándose a través del Coeficiente de Alfa de Cronbach (α) que ambos instrumentos son aceptables (GA: $\alpha = 0,75$; CS: $\alpha = 0,80$). La consistencia externa, en base a la pertinencia, relevancia y claridad de cada uno de los ítems, se realizó por Juicio de 3 expertos, y la validez se determinó con el Coeficiente V de Aiken (V), obteniéndose promedios considerables en cada instrumento (GA: $V = 0,97$; CS: $V = 0,98$).

II.5. Procedimientos de análisis de datos

El procesamiento de datos se realizó a través del software estadístico Stata (StataCorp, v14.2 MP). Primero se realizó un análisis descriptivo para caracterizar a la población de estudio según género, grupo etario, centro de Salud, nivel de la GA (alto, medio, bajo) y CS (bueno, regular, malo). Para ello se utilizaron la media y desviación estándar para las variables cuantitativas y las frecuencias absoluta y relativas para resumir las variables cualitativas. Luego se realizó un análisis de correlación de la variable CS y cada una de las dimensiones de GA estimándose el Coeficiente de Correlación de Spearman (ρ). Finalmente, se ajustó un modelo de regresión lineal bivariado y multivariado para controlar el sesgo de confusión y cuantificar la magnitud de asociación entre CS y GA.

II.6. Criterios éticos

Se cumplió con lo descrito en el Código de Ética en Investigación de la USS. También se consideró los siguientes principios éticos según el reporte Belmont:

- Respeto por las personas: Se garantizó que los participantes conozcan el propósito del estudio y que su participación fuera voluntaria.
- Beneficencia: el presente estudio tiene el propósito de beneficiar a los pacientes con TBC.
- Justicia: la encuesta fue aplicada a todos los pacientes, respetando los criterios de inclusión y exclusión respectivos.

II.7. Criterios de Rigor científico

Se siguió los criterios para investigaciones cuantitativas según John Creswell (41): Validez interna, validez externa, fiabilidad y objetividad.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

III.1. Resultados según objetivos

En tabla 1 se observa la caracterización de las 76 unidades de estudio según género, grupo etario y centro de salud, encontrándose que el 64% son varones y 36% mujeres, 42% tienen entre 18 a 39 años, 32% entre 40 a 59 años y 26% más de 60 años. Asimismo, el mayor número de pacientes se registraron en los C.S. de Tupac Amaru, José Olaya y San Antonio, en un 32%, 21% y 13%, respectivamente.

Tabla 1. Caracterización de los pacientes con TBC de la Microred de Salud Chiclayo

Característica	<i>n</i>	%
Género		
Femenino	27	36
Masculino	49	64
Grupo etario		
18–39 años	32	42
40–59 años	24	32
>60 años	20	26
Centros de Salud		
C.S. José Olaya	16	21
C.S. José Quiñonez Gonzales	5	7
C.S. Tupac Amaru	24	32
C.S. San Antonio	10	13
C.S. Cruz de la Esperanza	7	9
C.S. Jorge Chávez	7	9
C.S. Cerropón	7	9

En la tabla 2 se presenta un nivel de GA “Bajo” según la percepción del 71% de pacientes y un nivel “Medio” y “Alto” según el 26% y 3% de encuestados, respectivamente. También se observa que la CS es percibida en un nivel “Bueno” en el 80%, “Regular” en el 12% y “Malo” en el 8% de pacientes con TBC.

Tabla 2. Nivel de gestión administrativa y calidad de servicio

Nivel	n	%
Gestión administrativa		
Alto	2	3
Medio	20	26
Bajo	54	71
Calidad de servicio		
Bueno	61	80
Regular	9	12
Malo	6	8

La tabla 3 muestra que los hombres tienen una media del puntaje de GA ligeramente más alta (53,73 pts.) que las mujeres (50,96 pts.). La desviación estándar (σ) es menor en los hombres (4,27 pts.) en comparación con las mujeres (5,81 pts.), lo que indica que los valores de GA son más consistentes entre los hombres. El grupo etario de 18–39 años tiene la media más alta (53,09 pts.), seguido del grupo de pacientes de 40–59 años (52,54 pts.) y mayores de 60 años (52,45 pts.). La σ es similar en los tres grupos, lo que sugiere una variabilidad comparable en la GA. La alta variabilidad del valor de la media y la σ en cada centro de salud, muestra independencia en la valoración de la GA.

Tabla 3. Puntajes de gestión administrativa

Gestión administrativa	Media	Desviación estándar (σ)	V. min	V. máx.
Género				
Femenino	50,96	5,81	34	60
Masculino	53,73	4,27	44	60
Grupo etario				
18–39 años	53,09	5,15	36	60
40–59 años	52,54	5,55	34	59
>60 años	52,45	4,29	45	59
Centro de salud				
C.S. José Olaya	50,06	7,41	34	60
C.S. José Quiñonez G.	49,60	4,34	45	55
C.S. Tupac Amaru	52,96	3,22	46	59
C.S. San Antonio	54,18	4,13	46	59
C.S. Jorge Chávez	55,57	3,95	47	58
C.S. Cerropón	54,14	4,38	47	60

En la tabla 4 se observa que el género masculino (93,29 pts.) reportan una media más alta en la CS que las mujeres (88,63 pts.). Sin embargo, la variabilidad es mayor en el grupo femenino (15,47 pts.). Los grupos etarios mayores (40–59 y >60 años) tienen medias similares y ligeramente superiores al grupo de 18–39 años, pero con menor variabilidad. El C.S. Cerropón presenta la media más alta (99,14 pts.) y la menor variabilidad en la CS (1,68 pts.), indicando una percepción muy positiva y uniforme de los pacientes. Por otro lado, el C.S. José Olaya tiene la media más baja (85,94 pts.) y una mayor variabilidad (18,33 pts.), lo que sugiere una percepción más diversa sobre la CS.

Tabla 4. Puntajes de calidad de servicio

Calidad de servicio	Media	Desviación estándar	V. min	V. máx.
Género				
Femenino	88,63	15,47	50	105
Masculino	93,29	9,80	50	105
Grupo etario				
18–39 años	90,66	14,88	50	105
40–59 años	92,58	9,73	57	102
>60 años	92,05	10,56	59	101
Centro de salud				
C.S. José Olaya	85,94	18,33	50	105
C.S. José Quiñonez G.	86,20	13,16	69	98
C.S. Tupac Amaru	89,42	11,69	54	100
C.S. San Antonio	96,12	5,63	88	105
C.S. Jorge Chávez	97,71	2,14	95	100
C.S. Cerropón	99,14	1,68	97	101

En la tabla 5 se observa que existe una correlación positiva y significativa entre la GA y la CS ($\rho = 0,563$; valor $p < 0,001$), lo que expresa que un aumento de la GA se asocia con el aumento de la CS. Asimismo, mejoras en las dimensiones de organización, integración, dirección y control se asocian con mejores resultados en la CS. No obstante, la planificación a pesar de tener una correlación positiva con la CS, no presenta una asociación significativa ($\rho = 0,202$; valor $p = 0,080$).

Tabla 5. Correlación de la gestión administrativa con la calidad de servicio

Calidad de servicio	Coefficiente <i>rho</i> de Spearman	Sig. (bilateral)	N°
Gestión administrativa	0,563**	<0,001*	76
Organización	0,365**	<0,001*	76
Planificación	0,202	0,080	76
Integración	0,595**	<0,001*	76
Dirección	0,312**	0,006*	76
Control	0,333**	0,003*	76

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). * p value <0,05

En la tabla 6 se reporta el análisis de regresión de las variables GA, según género, grupo etario y C.S. con la variable CS, observándose que hay una asociación positiva y significativa entre ambas variables tanto en el modelo bivariado ($\beta=1,59$; valor $p <0,001$) como en el Multivariado ($\beta_a =1,54$; valor $p <0,001$), lo que indica que una mejor GA se asocia con una mejor CS. También se observa que no existen diferencias significativas en la CS según género y grupo etario en ambos modelos.

Respecto a los C.S. se consideró como referencia el C.S. José Olaya, observándose según el modelo bivariado una asociación significativa de la GA con la CS en los C.S. San Antonio ($\beta =10,18$; valor $p =0,014$), Jorge Chávez ($\beta =11,78$; valor $p =0,028$) y Cerropón ($\beta =13,21$; valor $p =0,014$), más no en el modelo multivariado. Respecto a los C.S. José Quiñonez y Tupac Amaru no muestran una asociación significativa en ninguno de los modelos.

Tabla 6. Análisis de regresión bivariado lineal y multivariado de la calidad de servicio

Calidad de Servicio	β (95% CI)	Valor p	β_a (95% CI)	Valor p
Gestión administrativa	1,59 (1,16–2,02)	<0,001*	1,54 (1,06–2,02)	<0,001*
Género masculino	4,66 (-1,12–10,43)	0,113	-1,02 (-5,83–3,79)	0,674
Edad	0,06 (-0,10–0,21)	0,466	0,07 (-0,05 – 0,20)	0,246
Centro de salud				
C.S. José Olaya	Referencia		Referencia	
C.S. José Quiñonez	0,26 (-11,59–12,12)	0,965	0,29 (-9,29–9,88)	0,951
C.S. Tupac Amaru	3,48 (-3,99–10,95)	0,356	-1,65 (-7,95–4,65)	0,604
C.S. San Antonio	10,18 (2,12–18,24)	0,014*	3,55 (-3,32–10,41)	0,306
C.S. Jorge Chávez	11,78 (1,29–22,27)	0,028*	2,35 (-6,98–11,69)	0,616
C.S. Cerropón	13,21 (2,72–23,70)	0,014*	6,15 (-2,68–14,98)	0,169

* *Valor p* <0,05; CI: intervalo de confianza; β : análisis bivariado lineal; β_a : análisis multivariado

III.2. Discusión de resultados

La presente investigación muestra que el grupo de estudio más frecuente pertenecía al género masculino, coincidiendo con el estudio de Marçôa et al.(42), quienes encontraron que el 67% de los pacientes con TBC (n =11,658) eran varones, generalmente con comorbilidades como insuficiencia renal crónica, neoplasias hematopoyéticas, infección por VIH, diabetes, enfermedad hepática y adicciones.

Respecto al grupo etario se obtuvo frecuencias similares, con un mínimo incremento en pacientes menores de 40 años. Sin embargo, un estudio muestra que la TBC es más frecuente en ancianos (43), posiblemente debido al sistema inmunitario y a su desregulación con el pasar de los años (44). Otra investigación menciona que de un grupo de personas menores de 18 años, la TBC es más prevalente en mujeres adolescentes (45).

Considerando la cantidad de pacientes con TBC por C.S. de la Microred de Salud Chiclayo se encontró mayor cantidad de pacientes en los C.S. de Tupac Amaru, San Antonio y José Olaya. Posiblemente guarde asociación al tipo de acceso de los centros de salud o quizás a factores socioeconómicos (acceso limitado, nivel educativo, desempleo), ambientales (ambientes contaminados, mala ventilación) o culturales (migración interna), que incrementan el número de contagios (46).

Es fundamental reconocer que los componentes de la GA y de CS son esenciales para el éxito del control y la prevención de la TBC. La GA es de importancia en las diferentes áreas que integran el sistema de salud ya que posee una diversidad de herramientas que complementan un estado de crecimiento y eficiencia, optimizando recursos (29).

Sin embargo, el presente estudio reporta que más del 70% de pacientes considera que la GA en torno al área de TBC en la Microred de Salud Chiclayo, presenta un nivel de GA “Bajo”. Al contrario, en su estudio, Aliaga y colaboradores, encontraron que la GA fue percibido como “Regular” y “Buena”, en el 47 y 32% de encuestados, respectivamente (22).

Otra investigación en Rajasthan (India), demostró la gestión de la TBC se ve afectada por problemas locales como el abuso de sustancias, la falta de concienciación, el comportamiento discriminatorio, la mala accesibilidad, la exposición al polvo de las minas, la carga económica, la migración, la falta de formación, el desembolso irregular de incentivos y el comportamiento del personal de salud (47).

En la evaluación de la CS en pacientes con TBC de la Microred de Salud Chiclayo, se obtuvo que el nivel de CS mayoritariamente fue “Alto”. Estudios similares muestran que la CS es percibida por el 46% de usuarios de un hospital como “Aceptable” (22). Otros la consideran como “Deficiente”, con un 67% de insatisfacción, además existe un vacío en la

documentación escrita de medicamentos, en la respuesta bacteriológica y en las reacciones adversas a los medicamentos anti-TBC (18).

Asimismo, en centros de salud públicos de la ciudad de Debre Tabor, Etiopía, se encontró que las instituciones de salud presentaron deficiencias en aspectos estructurales (43–53%) y de calidad de atención (60–69%). Sin embargo, se obtuvo una “Buena” calificación (87–89%) en la dimensión “Resultados”, mencionado la importancia de la implementación de medidas correctivas para mejorar la CS en pacientes con TBC (11).

Los resultados muestran que los hombres tienen una mayor puntuación en la dimensión GA que las mujeres y que los grupos etarios muestran pequeñas variaciones en sus puntuaciones con el grupo etario de 18–39 años, ligeramente por encima de los mayores de 60 años, esto podría deberse a las diferencias que hay entre géneros en cuanto a percepción y conocimiento sobre el área de TBC. Como lo reportan Mejía y Nuñez (48), la falta de conocimiento está relacionada a grupos jóvenes, a varones, a tener una ocupación laboral, a la capacitación del personal de salud y a los antecedentes familiares y patológicos de la TBC.

Las diferencias en las puntuaciones de GA entre C.S. son notables. Por ejemplo, el C.S. Jorge Chávez tiene la puntuación más alta, mientras que el C.S. José Quiñonez Gonzales, tiene la más baja, puede estar relacionado con el nivel de educación del paciente o quizás por la disponibilidad de recursos humanos, tecnológicos en cada centro de salud.

El género masculino reporta una mayor CS comparado con las mujeres. La diferencia en la desviación estándar sugiere una mayor variabilidad en las percepciones de las mujeres. Esto podría estar relacionado con diferentes expectativas y experiencias del servicio de TBC entre géneros. Según el estudio de Rumi et al.(49), tanto varones como mujeres tiene una percepción similar en la dimensión confiabilidad, sin embargo las mujeres tienen una percepción más positiva de las dimensiones de accesibilidad, elementos

tangibles, empatía y capacidad de respuesta. Otros investigadores reportan que no hay diferencias significativas entre los participantes masculinos y femeninos (50).

Los grupos etarios muestran puntuaciones similares en la CS, con una ligera ventaja para el grupo de 40–59 años sobre los 18–39 años y los mayores de 60 años. Esto puede reflejar diferentes niveles de experiencia y expectativas en el uso de servicios de salud. Un estudio realizado por Aljarallah et al. (50) encontraron que, en comparación con el grupo de personas de mayor edad, los participantes más jóvenes de entre 18 y 30 años tenían 1,78 veces más probabilidades de estar satisfechos con los servicios de atención médica. Por otro lado, se observó una asociación negativa entre la satisfacción y la mediana edad (30–50 años) en comparación con los grupos de mayor edad.

Para Parajuli et al. (51), la falta de datos detallados más allá de la edad y el sexo impide un análisis completo de los determinantes sociales de la TBC. Los hombres mayores de 25 años muestran mayores probabilidades de resultados de tratamiento exitosos en comparación con los más jóvenes, destacando la necesidad de datos más desglosados para desarrollar políticas de salud más inclusivas y equitativas para un programa de TBC más receptivo y equitativo que aborde eficazmente las disparidades.

La variabilidad en la calidad del servicio entre los diferentes centros de salud es notable. El C.S. Cerropón tiene la puntuación más alta, seguido por C.S. Jorge Chávez. Los centros con puntuaciones más bajas son los C.S. José Quiñonez y José Olaya. Esto podría estar relacionado con la capacidad del centro de salud, la disponibilidad de recursos, empatía de los profesionales de salud y la implementación de políticas de calidad.

Una buena GA asegura recursos adecuados, personal capacitado, protocolos estandarizados, mejora el diagnóstico temprano, el tratamiento y el seguimiento del paciente con TBC. La presente investigación obtuvo que la GA influye directamente con la CS, en todas sus dimensiones, a excepción de la planificación. Resultados similares obtuvo

Espinoza, en el que la GA del programa de TBC alcanzó un nivel “Regular” (43%) y en promedio un 43% de pacientes se encontraban satisfechos (23).

El presente estudio coincide con Pantoja, quien encontró que la GA tiene una alta correlación positiva con la CS brindada a los pacientes. Sin embargo, también se encontraron deficiencias, como la falta de evaluación de los profesionales en el trabajo, interrelaciones bajas con los superiores, y en algunos casos, falta de comunicación abierta y relaciones cordiales, lo que desmotiva al trabajador, además que casi nunca se realiza un control correctivo para mejorar los resultados (24).

La organización muestra una correlación moderada con la CS, lo que indica que una mejor organización de los recursos y procesos en los C.S. puede conducir a una mejor percepción de la CS. Según Campoy y colaboradores, los resultados sanitarios son críticos donde no hay CS satisfactoria, en tales contextos, urge la necesidad de reorganizar la atención y gestión de las acciones que involucran al control de la TBC (52).

Aunque la planificación tiene una correlación positiva, no es estadísticamente significativa. Esto podría indicar que, si bien la planificación es importante, su impacto directo en la CS puede estar mediado por otros factores. Como, por ejemplo, la colaboración del sistema de salud público y privado, ya que según Hambwalula et al., este tipo de colaboración, mejoraría el éxito de identificación y notificación de casos, a través de la implementación de capacitaciones y mentorías sobre la detección activa de casos de TBC, así como el enlace con laboratorios públicos para el diagnóstico y el suministro gratuito de medicamentos (53).

La integración muestra una fuerte correlación positiva, indicando que una mayor integración de servicios y recursos está fuertemente asociada con una mejor CS. Una investigación en Tailandia reporta que la implementación de incentivos monetarios para el transporte de los contactos de pacientes con TBC, permite la realización de barridos de

manera más rápida y completa; además, los investigadores indican que el sistema de salud debe mejorar las habilidades de comunicación y entrevista de los profesionales con el paciente (54).

La dirección y control muestran una correlación moderada, sugiriendo que una buena dirección y un control eficiente, puede contribuir a mejorar la CS en pacientes con TBC. Un estudio en Uganda, reporta la importancia de la capacitación en liderazgo y gestión para los responsables del área de TBC, lo que contribuyó a diseñar e implementar estrategias efectivas en la prevención de la TBC en comparación con las prácticas estándar. Sin embargo, existen obstáculos como la imposición de agendas por parte de financiadores externos, recursos inadecuados y falta de motivación de los profesionales (55).

Cabe mencionar, que no todas las instituciones de salud muestran una buena GA, como es el caso de un estudio realizado en Piura, en el cual se presentó un modelo de GA para mejorar la atención de salud en los hospitales, sin embargo, el 25% de los encuestados no estuvo de acuerdo con la creación de estrategias para promover la salud de pacientes, el 26% con la asignación de los fondos para el desempeño de los colaboradores y el 23% con el fortalecimiento de estrategias para mejorar la CS hospitalario (25).

Es necesario fortalecer los C.S. centrándose en la calidad de los supervisores de apoyo para la TBC, el seguimiento de los pacientes, la promoción de medidas de control de infecciones y el aumento salarial del personal del área de TBC. Sin embargo, en Uganda, se encontró que el 24% de pacientes con TBC no recibió información sobre cómo detener la infección de la TBC y el 32% desconocía sobre los efectos secundarios de los medicamentos (2).

Nuestro estudio coincide con otros investigadores de la región, en donde también se investigó la GA y su impacto en la CS, encontrándose deficiencias en la planificación, problemas en la comunicación entre clientes y empleados, mala gestión y corrupción. El

80% de los trabajadores y el 90% de los usuarios no estaban satisfechos con la CS. Los investigadores reportan que existen brechas que impiden una buena gobernanza y el desarrollo adecuado en la atención de salud (15).

Otro estudio, en el Hospital de Referencia de Ferreñafe, investigó la GA y la atención ambulatoria, encontrándose que el nivel de GA y atención al paciente fue deficiente en un 58% y 48%, respectivamente. Se concluyó que planificar, organizar, liderar y dirigir tienen una asociación significativa con la CS (16).

La presente investigación subraya la importancia de una GA eficiente que influye significativamente en la CS en pacientes con TBC de la Microred de Salud Chiclayo. Asimismo, el proceso administrativo de gestión, a través de la organización, integración, dirección y control, abordan aspectos que pueden ofrecer un marco sólido para mejorar los resultados de los pacientes con TBC; no obstante, se muestra una independencia de la planificación dentro de la GA y de las características de género y edad en la CS.

La CS se ve influenciada por la GA en los C.S. de San Antonio, Jorge Chávez y Cerropón, posiblemente por el compromiso de los profesionales en la atención médica y en la prevención y manejo de la TBC, ya que según Lajore et al.(56), la falta de capacitación sobre la TBC, la mala identificación de casos, la gestión inadecuada de efectos secundarios, el apoyo insuficiente del sistema de salud y las barreras socioeconómicas también influyen negativamente en la CS en pacientes con TBC.

El coeficiente de correlación *rho* de Spearman reporta una fuerte asociación positiva entre la GA y la CS, siendo esta asociación esencial para una prestación de servicio humanizado (22). Como lo reporta otros investigadores en cuya investigación encontraron que la GA es deficiente en los centros de salud, esto debido a la falta de capacitaciones, existencia de rutas y horarios, lo que influyó en la CS, obteniéndose resultados negativos especialmente en la dimensión empatía (57).

El análisis de correlación multivariado confirmó la influencia de la GA en la CS en pacientes con TBC, lo que indica que un buen servicio está vinculado a una gestión eficiente. La GA permite coordinar, controlar y dirigir las actividades de manera oportuna y eficaz, optimizando el uso de los recursos disponibles. Es fundamental para que la organización alcance sus objetivos, ya que, al implementar una estrategia adecuada, se facilita la ejecución y mejora del servicio, contribuyendo directamente a su calidad (58).

Las principales limitaciones del presente estudio incluyen la dificultad de medir objetivamente la GA, ya que en muchos casos los pacientes desconocen términos de gestión lo que genera posibles sesgos en las opiniones de los encuestados. Otro punto importante es la variabilidad en los procesos entre los diversos centros de salud, la influencia de factores externos no controlados y la resistencia interna al cambio del personal de salud, lo que puede afectar la implementación de mejoras.

Finalmente, a lo largo de la investigación, se ha evidenciado que una GA eficiente mejora la CS en pacientes con TBC. Sin embargo, es fundamental seguir implementando estrategias de gestión, basadas en una buena organización, integración, dirección y control del área de TBC. En este sentido, la mejora continua y la adaptación a las necesidades cambiantes de cada centro de salud son claves para asegurar que el servicio brindado a los pacientes con TBC cumpla con las normativas nacionales e internacionales y contribuya a la prevención y al control efectivo de la TBC en la región de Lambayeque.

IV. CONCLUSIONES

- Los pacientes con TBC de la Microred de Salud Chiclayo perciben en su mayoría una GA de nivel “Bajo” y una CS “Bueno”, encontrándose una asociación significativa y positiva entre ambas, independientemente del género, grupo etario y centros de salud.
- Se encontró que la CS se asoció a las dimensiones de GA organización, integración, dirección y control, todas con una asociación positiva y significativa, con la única excepción de la dimensión planificación.
- El análisis de regresión bivariado y multivariado confirma que solo la GA tiene control en la CS en pacientes con TBC de la Microred de Salud Chiclayo.

V. RECOMENDACIONES

- A la Red de Salud Chiclayo, generar grupos multidisciplinares en cada una de las Microrredes, para supervisar el correcto manejo de la ESPCTB en cada uno de los establecimientos de salud.
- A responsable de la Microred Chiclayo, realizar un monitoreo continuo a cada establecimiento de salud, al menos una vez a la semana.
- A los jefes de los establecimientos de salud, estar vigilantes en el cumplimiento de la NTS N°200.

REFERENCIAS

1. Amankwah O, Choong WW, Boakye-Agyeman NA, Afrane E. The intervening influence of the quality of health-care administrative process on the relationship between facilities management service quality and patients' health-care experience in Ghana. *Facilities*. 2023;1;41(13/14):970–88. <https://doi.org/10.1108/F-12-2022-0153>
2. Bulage L, Sekandi J, Kigenyi O, Mupere E. The Quality of Tuberculosis Services in Health Care Centres in a Rural District in Uganda: The Providers' and Clients' Perspective. *Tuberc Res Treat*. 2014:e685982. <https://doi.org/10.1155/2014/685982>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS insta a invertir para ampliar el tamizaje y el tratamiento preventivo de la tuberculosis. 2024 [citado 17/09/2024]. <https://www.who.int/es/news/item/18-03-2024-who-urges-investments-for-the-scale-up-of-tuberculosis-screening-and-preventive-treatment>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Global Tuberculosis Report 2022. 2022 [citado 18/08/2023]. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>
5. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, 2018 – 2022 . CDC MINSA. 2023 [citado 19/08/2023]. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/publicaciones/boletines-epidemiologicos/>
6. Rivera O, Benites S, Mendigure J, Bonilla CA, Rivera O, Benites S, et al. Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú. *Biomédica*. 2019;39:44–57. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i3.4564>

7. Ministerio de Salud (MINSA). Mapa epidemiológico de la Tuberculosis. MINSA - DPCTB :: Portal de Información. 2022 [citado 28/07/24]. <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/Dashboard.aspx>
8. Ministerio de Salud (MINSA). MINSA - DPCTB :: Portal de Información. [citado 25/09/2023]. <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfilTB.aspx>
9. Gerencia Regional de Salud Lambayeque. MINSA y GERESA Lambayeque realizan capacitación del personal de salud en la norma técnica de tuberculosis. 2023 [citado 19/09/2023]. <https://www.gob.pe/institucion/regionlambayeque-geresa/noticias/770348-minsa-y-geresa-lambayeque-realizan-capacitacion-del-personal-de-salud-en-la-norma-tecnica-de-tuberculosis>
10. Zygiaris S, Hameed Z, Ayidh Alsubaie M, Ur Rehman S. Service Quality and Customer Satisfaction in the Post Pandemic World: A Study of Saudi Auto Care Industry. *Front Psychol.* 2022;13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.842141>
11. Genet C, Andualem T, Melese A, Mulu W, Mekonnen F, Abera B. Quality of care for tuberculosis patients in public health facilities of Debre Tabor town, Northwest Ethiopia. *PLOS ONE.* 2020;15:e0234988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234988>
12. Chen J, Qiu Y, Wu W, Pan Y, Yang R, Li L, et al. Incomplete tuberculosis reporting and registration to the surveillance system in southwestern China of Yunnan Province: an inventory survey. *BMC Public Health.* 2024;24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18794-2>
13. Huamán-Ramos E del P, Llanos-Tejada F. Servicios de salud y abandono del tratamiento de tuberculosis. *Rev Médica Rosario.* 2021;87(3):131–7. <https://revistamedicaderosario.org/index.php/rm/article/view/153>

14. Gómez Tangarife V, Gómez Restrepo AJ, Robledo Restrepo JA, Hernández Sarmiento JM. Resistencia a Medicamentos en Mycobacterium tuberculosis: contribución de mecanismos constitutivos y adquiridos. Rev Salud Pública. 2018;20(4):491–7. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n4.50575>
15. Chapoñan Millán CA. Estrategia de gestión administrativa y su incidencia en calidad de servicio al usuario en el Hospital Belen – Lambayeque, 2022. Universidad Señor de Sipán; 2023. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10812>
16. Herrera Pérez KL. Gestión administrativa y atención al paciente ambulatorio del Hospital Referencial Ferreñafe. Universidad César Vallejo; 2021 <https://hdl.handle.net/20.500.12692/73037>
17. Mendoza MJG, Montaña FMJ, Gaibor CEE, Gamboa JJN. Análisis de la gestión administrativa y calidad del servicio de emergencias del Centro Tipo C San Rafael de Esmeraldas 2020. Sapienza Int J Interdiscip Stud. 2022;3(5):69–80. <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i5.446>
18. Tegegn BA, Hailu BZ, Tsegaye BD, Woldeamanuel GG, Negash W. Quality of Care Delivered to Tuberculosis Patients among Public Hospitals in Central Northeast Ethiopia. Ethiop J Health Sci. 2020;30(5):671–80. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i5.5> PMID: 33911827
19. Gebrekidan G, Tesfaye G, Hambisa MT, Deyessa N. Quality of Tuberculosis Care in Private Health Facilities of Addis Ababa, Ethiopia. Tuberc Res Treat. 2014;29;2014:e720432. <https://doi.org/10.1155/2014/720432>
20. Castellano S, Peña O, Douglas S. Quality of service in maternal-pediatric centers of zulia state in venezuela. Rev Venez Gerenc. 2019;24(86):395–415. <https://doi.org/10.31876/REVISTA.V24I86.23770>

21. Yilmaz F. Measuring Quality of Preventive Health and Safety Services. *J Eng Proj Prod Manag.* 2022;12(2):101–7. <https://doi.org/10.32738/JEPPM-2022-0009>
22. Aliaga Díaz S, Alcas Zapata N. Análisis de la gestión administrativa y la calidad del servicio en la atención de los partos humanizados en un hospital nacional de Lima. *INNOVA Res J.* 2021;6(1):18–30. <https://orcid.org/0000-0002-4495-0994>
23. Espinoza García S. Gestión administrativa del programa de tratamiento contra la Tuberculosis y su relación con la satisfacción del paciente en la Micro Red de Salud Tarapoto – 2018. Univ César Vallejo. 2019. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/31401>
24. Pantoja KEM. Gestión administrativa y calidad de atención a los usuarios del Centro de Salud de Hualmay [Tesis de Maestría]. [Huacho]: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2022. <http://hdl.handle.net/20.500.14067/6106>
25. Guevara D. Modelo de gestión administrativa para mejorar el servicio de salud en hospitales. *SCIÉENDO.* 2022;25(2):169–74. <https://doi.org/10.17268/sciendo.2022.021>
26. Munch L. Administración, gestión organizacional, enfoques y proceso administrativo. Segunda edición. México; 2014. 336 p.
27. Jha RK, Sahay BS, Charan P. Healthcare operations management: a structured literature review. *DECISION.* 2016;43(3):259–79. <https://doi.org/10.1007/s40622-016-0132-6>
28. Ferreira EJ, Erasmus AW, Groenewald D. Administrative Management. Juta and Company Ltd; 2010. 498 p.
29. Pavón P, Gogeoascoechea Ma del C. Importancia de la administración en la salud. *Rev Médica Univ Veracruzana.* 2015;82(3y4):148–9. <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2004/muv041d.pdf>

30. Soledispa Rodríguez XE, Pionce Choez JM, Sierra González MC. La gestión administrativa, factor clave para la productividad y competitividad de las microempresas. *Dominio Las Cienc.* 2022;8:280–94. <https://doi.org/10.23857/dc.v8i1.2571>
31. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud para el cuidado integral de la persona afectada por Tuberculosis, familia y comunidad. NTS N° 200-MINSA/DGIESP-2023, aprobada con Resolución Ministerial N° 339-2023-MINSA. 2023 [citado 19/08/2023]. <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
32. Camisón C, Cruz S, Tomás G. Gestión de la Calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas. Madrid-España: PEARSON EDUCACIÓN, S. A.; 2006. 1464 p.
33. Papa MF, Quezada MS, de Castro MV, Olsina L, Martínez EM. Internal quality of service: Alternative for improvement even when customer satisfaction is positive. In 2020. <https://doi.org/10.1109/ARGENCON49523.2020.9505522>
34. Fatima I, Humayun A, Iqbal U, Shafiq M. Dimensions of service quality in healthcare: a systematic review of literature. *Int J Qual Health Care.* 2019;31(1):11–29. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy125>
35. Kourkouta L, Iliadis C, Sialakis C, Adamakidou T, Ouzounakis P, Kleisiaris C. Quality of health services. *World J Adv Res Rev.* 2021 Nov 4;12:498–502. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2021.12.1.0555>
36. World Health Organization (WHO). Improving the quality of health services: tools and resources. USA; 2018 [citado 19/08/2024] p. 59. Report No.: 978-92-4-151508–5.
37. Ouzounakis P, Sialakis C, Christos I, Kleisiaris C, Adamakidou T, Kourkouta L. The Meaning of Quality in Health Services. *Prog Health Sci.* 2023 May 21;13:42–6. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0053.7455>

38. Cronin J, Taylor S. SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal Cf Mark.* 1994;58(1):125–31. <https://doi.org/10.1177/002224299405800110>
39. Quispe AM, Valentin EB, Gutierrez AR, Mares JD, Quispe AM, Valentin EB, et al. Serie de Redacción Científica: Estudios Transversales. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almazor Aguinaga Asenjo.* 2020;13(1):72–7. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.131.626>
40. Endeshaw B. Healthcare service quality-measurement models: a review. *J Health Res.* 2020;35(2):106–17. <https://doi.org/10.1108/JHR-07-2019-0152>
41. Creswell JW. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*" de Robert K. Yin - Buscar con Google. Tercera edición. Los Ángeles, London, Singapur: SAGE; 2009.
42. Marçôa R, Ribeiro AI, Zão I, Duarte R. Tuberculosis and gender – Factors influencing the risk of tuberculosis among men and women by age group. *Pulmonology.* 2018;24(3):199–202. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2018.03.004>
43. Caraux-Paz P, Diamantis S, de Wazières B, Gallien S. Tuberculosis in the Elderly. *J Clin Med.* 2021;10(24):5888. <https://doi.org/10.3390/jcm10245888>
44. Bonavida V, Frame M, Nguyen KH, Rajurkar S, Venketaraman V. Mycobacterium tuberculosis: Implications of Ageing on Infection and Maintaining Protection in the Elderly. *Vaccines.* 2022;10(11):1892. <https://doi.org/10.3390/vaccines10111892>
45. M.Al-Mashhadani M, Al-Majamie I, Mashhadani A, Alezzi J, Aljefri H. Prevalence of Tuberculosis in Children. *Diyala J Med.* 2024;26:106–15. <https://doi.org/10.26505/djm.v26i1.1083>

46. Ruiz-Tornero AM, Sánchez-Recio R. Tuberculosis and socioeconomic factors in spanish population: a systematic review. *Rev Esp Salud Publica*. 2022;96:e2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36458439/>
47. Anand PK, Kaur H, Toteja GS, Tiwari H, Kumar S, Khatri PK, et al. A qualitative analysis to identify the issues of tuberculosis management in tribal areas of Rajasthan. *Indian J Tuberc*. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2023.08.004>
48. Mejía Sánchez J, Nuñez Villa J. Factores asociados a los conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en pacientes con VIH/SIDA. *CASUS Rev Investig Casos En Salud*. 2019;4(2):92–101. <https://doi.org/10.35626/casus.2.2019.212>
49. Rumi MH, Makhdam N, Rashid MdH, Muyeed A. Gender Differences in Service Quality of Upazila Health Complex in Bangladesh. *J Patient Exp*. 2021;8. <https://doi.org/10.1177/23743735211008304>
50. Aljarallah NA, Almuqbil M, Alshehri S, Khormi AMS, AlReshaidan RM, Alomran FH, et al. Satisfaction of patients with health care services in tertiary care facilities of Riyadh, Saudi Arabia: A cross-sectional approach. *Front Public Health*. 2023;10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1077147>
51. Parajuli A, Kakchapati S, Arjyal A, Joshi D, Kharel C, Otmani del Barrio M, et al. Assessing intersectional gender analysis in Nepal's health management information system: a case study on tuberculosis for inclusive health systems. *Infect Dis Poverty*. 2024;13(1). <https://doi.org/10.1186/s40249-024-01194-4>
52. Campoy LT, Arakawa T, Andrade RL de P, Ruffino-Netto A, Monroe AA, Arcêncio RA. Quality and management of care to Tuberculosis/hiv coinfection in the state of São Paulo, Brazil. *Texto Contexto - Enferm*. 2019;28:e20180166. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0166>

53. Hambwalula R, Kagujje M, Mwaba I, Musonda D, Singini D, Mutti L, et al. Engagement of private health care facilities in TB management in Lusaka district of Zambia: lessons learned and achievements. *BMC Public Health*. 2024;24(1):811. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18285-4>
54. Imsanguan W, Bupachat S, Wanchaithanawong V, Luangjina S, Thawtheong S, Nedsuwan S, et al. Contact tracing for tuberculosis, Thailand. *Bull World Health Organ*. 2020;98(3):212–8. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.239293> PMID: 32132756
55. Christian C, Kakande E, Nahurira V, Akatukwasa C, Atwine F, Bakanoma R, et al. Mid-level managers' perspectives on implementing isoniazid preventive therapy for people living with HIV in Ugandan health districts: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):313. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10803-9>
56. Lajore BA, Aweke YH, Ayanto SY, Ayele M. Exploring health care providers' engagement in prevention and management of multidrug resistant Tuberculosis and its factors in Hadiya Zone health care facilities: qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):542. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10911-6>
57. Navarro AJP, Pin GES. Gestión administrativa y su enfoque en la calidad del servicio al usuario, Cooperativa "Alfaro 7." *Cienc Desarro*. 2023;26(4):133–44. <https://doi.org/10.21503/cyd.v26i4.2509>
58. Ponce DKP, Chancay MRS, Lopez LTS. Gestión administrativa y su impacto en la calidad del servicio. *RECIMUNDO*. 2022;6:120–31. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(suppl1\).junio.2022.120-131](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(suppl1).junio.2022.120-131)

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Técnicas e Instrumentos
<p>¿Cuál es la asociación entre la gestión administrativa y la calidad de servicio en pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024?</p>	<p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la asociación entre la gestión administrativa y la calidad de servicio en pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024. <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la asociación de la gestión administrativa y la calidad de servicio según género, edad y centro de salud en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024. • Caracterizar a los pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024. • Caracterizar el nivel de gestión administrativa y la calidad de servicio ofrecido a los pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024. • Determinar la asociación de las dimensiones de organización, planificación, integración, dirección y control con la calidad de servicio en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024. <p>Hipótesis</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento : Cuestionario</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Hipótesis nula: No existe asociación estadísticamente significativa entre la gestión administrativa y la calidad de servicio en pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024. ● Hipótesis alterna: Sí existe asociación estadísticamente significativa entre la gestión administrativa y la calidad de servicio en pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024. 			
Tipo y diseño de la investigación	Población y muestra		VARIABLES Y DIMENSIONES	
	Población:	Muestra	Variable 1	Dimensiones
Tipo de investigación: Enfoque cuantitativo, de tipo básico.	Todos los pacientes con TBC que llevan tratamiento en los Centros de Salud (C.S.) pertenecientes a la Microred de Salud Chiclayo.	Del total de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, veintiocho fueron excluidos: ocho por ser menores de edad, dos por tratarse de pacientes drogo resistente (MDR =2), tres por abandono del tratamiento, tres hospitalizados por complicaciones y doce por ser pacientes renuentes a ser encuestados, por lo que la muestra de estudio estuvo	Gestión administrativa	<ul style="list-style-type: none"> ● Planificación ● Organización ● Integración ● Dirección ● Control
Diseño de investigación: Transversal			Calidad de servicio	<ul style="list-style-type: none"> ● Elementos tangibles ● Fiabilidad ● Capacidad de respuesta ● Seguridad

		compuesta por un total de 76 pacientes.		• Empatía.
--	--	---	--	------------

Anexo 2: Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Técnica e instrumentos
Variable independiente: Gestión administrativa	Es el proceso a través del cual se coordinan y optimizan los recursos de un grupo social con el fin de lograr la máxima eficacia, calidad, productividad y competitividad en la consecución de sus objetivos, a	La gestión administrativa se define a través del proceso administrativo con 5 dimensiones: Planificación, organización	Planificación	Objetivos y metas	Ordinal	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario
				Actividades		
				Presupuesto y logística		
				Horario de atención		
			Organización	Proceso de atención		
				Coordinación		
				Adecuación de servicios		
				Distribución y organización		
			Integración	Recursos humanos		
				Selección y reclutamiento		
				CS		
				Adecuación de profesionales		

	través de una secuencia de etapas sucesivas que en conjunto se denominan proceso administrativo.(26)	n, integración, dirección y control.	Dirección	Resolución de conflictos		
				Liderazgo		
				Coordinación		
				Ejecución		
			Control	Evaluación		
				Acciones adoptivas correctivas		
				Control de planes		
				Control de actividades		

Variable dependiente: Calidad de servicio	Es la proximidad entre el servicio esperado y el servicio percibida. Asimismo, mide el grado en que los requisitos deseados por el cliente son percibidos por él tras forjarse una impresión del servicio recibido (32).	La calidad de servicio se define a través de la percepción del cliente respecto a las dimensiones: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía	Elementos tangibles	Equipamiento de aspecto moderno	Ordinal	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario
				Instalaciones físicas visualmente atractivas		
				Apariencia pulcra de los colaboradores		
				Elementos tangibles atractivos		
			Fiabilidad	Cumplimiento de las promesas		
				Interés en la resolución de problemas		
				Realizar el servicio a la primera		
				Concluir con el plazo prometido		
				No cometer errores		
			Capacidad de respuesta	Colaboradores comunicativos		
				Colaboradores rápidos		
				Colaboradores dispuestos ayudar		
				Colaboradores que responden		

			Seguridad	Colaboradores que transmiten confianza		
				Cientes seguros con su proveedor		
				Colaboradores amables		
				Colaboradores bien formados		
			Empatía	Atención individualizada al cliente		
				Horario conveniente		
				Atención personalizada		
				Preocupación por el interés de los clientes		
				Comprensión de las necesidades de los clientes		

Anexo 3: Instrumentos



Cuestionario para medir la variable gestión administrativa Original de Fernández, L. (2024)

Instrucción: Estimado paciente, el presente es un cuestionario que permitirá conocer como observa usted la gestión administrativa del centro de salud (C.S.) donde recibe el tratamiento contra la Tuberculosis. Para ello se requiere una respuesta sincera. Este cuestionario deberá ser llenado por usted en forma personal, confidencial y anónima. Complete y marque con un aspa (X) la respuesta que mejor se ajuste a su opinión para cada uno de los ítems. Marque solamente una respuesta por pregunta, sin dejar de contestar ninguno de los ítems.

Nombre del establecimiento de salud:

Deficiente= 1	Regular = 2	Bueno = 3
---------------	-------------	-----------

Variable independiente: Gestión administrativa		Escala de medición		
Ítems	Dimensión 1: Planificación	1	2	3
1	Considera usted que los objetivos y metas planteadas en el C.S. en torno al área de Tuberculosis son:			
2	Considera usted que el proceso de planificación de las actividades de prevención, diagnóstico y control del área de Tuberculosis en el C.S. es:			
3	Considera usted que el presupuesto y la logística del C.S. es:			
4	Considera usted que el horario de atención establecido en el C.S. es:			
Dimensión 2: Organización				
5	Considera usted que el proceso de atención desde su captación hasta el tratamiento antituberculoso en el C.S. es:			
6	Considera usted que la coordinación del personal del área de Tuberculosis con el área de farmacia y laboratorio del C.S. es:			

7	Considera usted que la adecuación del área de consulta, toma de muestra y tratamiento contra la Tuberculosis en el C.S. es:			
8	Considera usted que la distribución y organización del personal de salud en el C.S. en función de la eficiencia y eficacia es:			
Dimensión 3: Integración				
9	Considera usted que la cantidad de recursos humanos en el C.S. es:			
10	Considera que el proceso de selección y reclutamiento de personal de salud en el C.S. es:			
11	Considera usted que la CS que les brindan los profesionales de salud del C.S. es:			
12	Considera usted que la adecuación de los profesionales de la salud en la C.S. es:			
Dimensión 4: Dirección				
13	Considera usted que la capacidad de resolución de conflictos del responsable del área de Tuberculosis del C.S. es:			
14	Considera usted que el liderazgo del responsable del área de Tuberculosis del C.S. es:			
15	Considera usted que la coordinación del responsable de la ESPCT con otras áreas de la salud del C.S. es:			
16	Considera usted que la ejecución de acción de prevención y control de la Tuberculosis en el C.S. es:			
Dimensión 5: Control				
17	Considera usted que la evaluación del desempeño laboral del personal de salud en el C.S. es:			
18	Considera usted que las acciones adoptivas correctivas del responsable del área de Tuberculosis del C.S. son:			
19	Considera usted que el control de los planes de prevención y control de infecciones y cumplimiento de normas de bioseguridad en el C.S. es:			
20	Considera usted que el control de la ejecución de actividades de detección, diagnóstico y tratamiento supervisado de la Tuberculosis en el C.S. es:			

**Cuestionario para medir la variable Calidad de servicio
Adaptado de Cronin y Taylor, L. (1994))**

Instrucción: Estimado paciente, el presente es un cuestionario que permitirá conocer su percepción en asociación a la calidad de servicio que usted recibe en el centro de salud (C.S.) donde es atendido. Para ello se requiere una respuesta sincera. Este cuestionario deberá ser llenado por usted en forma personal, confidencial y anónima.

Marque con un aspa (X) la respuesta que mejor se ajuste a su opinión para cada uno de los ítems. Marque solamente una respuesta por pregunta, sin dejar de contestar ninguno de los ítems.

Nombre del Establecimiento de Salud:

Nunca = 1	Muy pocas veces = 2	Algunas veces = 3	Casi siempre = 4	Siempre = 5
------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------

Variable dependiente: CS		Escala de medición				
Ítem	Dimensión 1: Elementos tangibles	1	2	3	4	5
1	¿El C.S. cuenta con ambientes e infraestructura moderna para una correcta ventilación natural o mecánica?					
2	¿El C.S. cuenta con un área de recolección de muestra de esputo visualmente atractiva, brinda privacidad, asegura la ventilación e iluminación natural y tiene las instrucciones para una correcta toma de muestra?					
3	¿Los profesionales de la salud de la ESPCT del C.S. tienen una apariencia pulcra y se encuentran correctamente uniformados?					
4	¿El C.S. cuenta con un área equipada y atractiva para la atención del paciente con Tuberculosis?					
Dimensión 2: Fiabilidad		1	2	3	4	5
5	¿El C.S. brinda al paciente todos los medicamentos necesarios para cumplir el esquema de tratamiento antituberculoso?					
6	¿El personal de la salud se interesa por realizar la identificación y evaluación de todos los contactos intradomiciliarios y extradomiciliarios del caso índice (paciente) y brinda la TPTBC?					
7	¿El personal de la salud de la ESPCT del C.S. le brindó servicio					

	a la primera y orientó de manera clara y sencilla sobre la correcta obtención de las muestras de esputo?					
8	¿El personal profesional de enfermería de la ESPCT del C.S. organiza y supervisa el tratamiento antituberculoso en el plazo establecido?					
9	¿Los resultados de las baciloscopias están disponibles para el médico dentro de las 24 horas siguientes a recibida la muestra en laboratorio y anexadas a las historias clínicas sin cometer errores?					
Dimensión 3: Capacidad de respuesta		1	2	3	4	5
10	¿El personal de la salud de la ESPCT del C.S. le brinda información respecto al mecanismo de transmisión, importancia de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis?					
11	¿El personal de la salud de la ESPCT le brinda una atención rápida y a tiempo?					
12	¿El personal de la salud de la ESPCT del C.S. le enseña hábitos de salud respiratoria como cubrirse la boca y nariz al toser o estornudar, utilizar el antebrazo o pañuelo, entre otras medidas preventivas?					
13	¿El personal de la salud de la ESPCT del C.S. le brinda la información necesaria respecto a la ventilación natural maximizada (ventana – ventana o ventana – puertas contralaterales) en su vivienda, trabajo, y otros lugares?					
Dimensión 4: Seguridad		1	2	3	4	5
14	¿El médico explica las posibles Reacciones Adversas al Medicamento (RAM) y trasmite confianza a su paciente?					
15	¿El personal de la salud de la ESPCT del C.S. le orienta y refiere a los Servicio de Nutrición, Psicología, Servicio Social y otras áreas, para complementar sus exámenes?					
16	¿El personal del C.S. supervisa amablemente la administración del tratamiento antituberculoso durante el periodo indicado?					
17	¿El personal del C.S. implementa planes para evitar conductas de estigma y discriminación y promover estilos de vida saludable, medidas de prevención y control de la Tuberculosis?					
Dimensión 5: Empatía		1	2	3	4	5

18	¿El personal de la salud de la ESPCT del C.S. brinda una atención individualizada?					
19	¿El personal de la salud de la ESPCT del C.S. brinda atención presencial, teleconsulta, telemonitoreo y/o teleorientación, en horarios convenientes?					
20	¿El personal de la salud de la ESPCT del C.S. informa de manera personalizada los cuidados para la prevención de la Tuberculosis?					
21	¿El C.S. se preocupa por propiciar la participación de un Educador Comunitario o consejero para fortalecer la adherencia y lograr el éxito de tratamiento antituberculoso?					
22	¿Se comprende la explicación del personal de la salud sobre las características del tratamiento, duración y fases del tratamiento, y número de medicamentos?					

¡Muchas gracias por su participación!

- Validación de instrumentos



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
QUE MIDE LA VARIABLE GESTIÓN ADMINISTRATIVA**


1. NOMBRE DEL JUEZ		Jenny Delsy Domenack Tarrillo						
2.	PROFESIÓN	Licencia en enfermería						
	GRADO ACADÉMICO	Magister						
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	17 años						
	CARGO	Equipo Técnico de la Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo						
Título de la Investigación: Gestión administrativa y calidad de servicio en pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024.								
3. DATOS DEL TESISISTA								
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Leydy Mekinley Fernández Tarrillo						
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Gerencia de los Servicios de Salud						
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1. Guía de entrevista () 2. Cuestionario (x) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo () 5. Ficha documental						
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		Determinar el nivel de gestión administrativa en pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024						
A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en "A" si está de ACUERDO o en "D" si está en DESACUERDO, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.								
DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencia
Nº	DIMENSIÓN 1: PLANIFICACIÓN	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
1	Considera usted que los objetivos y metas planteadas en el E.S. en torno al área de Tuberculosis son:	X		X		X		
2	Considera usted que el proceso de planificación de las actividades de prevención, diagnóstico y control del área de Tuberculosis en el E.S. es:	X		X		X		
3	Considera usted que el presupuesto y la logística del E.S. es:		X	X		X		
4	Considera usted que el horario de atención establecido en el E.S. es:	X		X		X		
Nº	DIMENSIÓN 2: ORGANIZACIÓN	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
5	Considera usted que el proceso de atención desde su captación hasta el tratamiento antituberculoso en el E.S. es:	X		X		X		
6	Considera usted que la coordinación del personal del área de Tuberculosis con el área de farmacia y laboratorio del E.S. es:	X		X		X		
7	Considera usted que la adecuación del área de consulta, toma de muestra y tratamiento contra la Tuberculosis en el E.S. es:	X		X			X	

8	Considera usted que la distribución y organización del personal de salud en el E.S. en función de la eficiencia y eficacia es:	X		X		X		
Nº	DIMENSIÓN 3: INTEGRACIÓN	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
9	Considera usted que la cantidad de recursos humanos en el E.S. es:	X		X		X		
10	Considera usted que el proceso de selección y reclutamiento de personal de salud en el E.S. es:	X		X		X		
11	Considera usted que la calidad de servicio que les brindan los profesionales de salud del E.S. es:	X		X		X		
12	Considera usted que la adecuación de profesionales de la salud en la E.S. es: 35 años			X		X		
Nº	DIMENSIÓN 4: DIRECCIÓN	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
13	Considera usted que la capacidad de resolución de conflictos del responsable del área de Tuberculosis del E.S. es:	X		X		X		
14	Considera usted que el liderazgo del responsable del área de Tuberculosis del E.S. es:	X		X		X		
15	Considera usted que la coordinación del responsable de la ESPCT con otras áreas de la salud del E.S. es:	X		X		X		
16	Considera usted que la ejecución de acción de prevención y control de la Tuberculosis en el E.S. es:	X		X		X		
Nº	DIMENSIÓN 5: DIRECCIÓN	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
17	Considera usted que la evaluación del desempeño laboral del personal de salud en el E.S. es:	X		X		X		
18	Considera usted que las acciones adoptivas correctivas del responsable del área de Tuberculosis del E.S. son:	X		X		X		
19	Considera usted que el control de los planes de prevención y control de infecciones y cumplimiento de normas de bioseguridad en el E.S. es:	X		X		X		
20	Considera usted que el control de la ejecución de actividades de detección, diagnóstico y tratamiento supervisado de la Tuberculosis en el E.S. es:	X		X		X		

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []



Mg. Jenny Delsy Domenack Tarrillo
DNI N° 41.981.014
N° DE COLEGIATURA 49613

23 de enero del 2024.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

Nota: Suficiencia, cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, de la cantidad de afirmaciones (Sí) está en un 90% a 100%

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
QUE MIDE LA VARIABLE GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Jorge Guillermo Morales Ramos						
2.	PROFESIÓN	Biólogo						
	GRADO ACADÉMICO	Doctor						
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	17 años						
	CARGO	Investigador RENACYT						
Título de la Investigación: Gestión administrativa y calidad de servicio en pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024.								
3. DATOS DEL TESISISTA								
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Leydy Mekinley Fernández Tarrillo						
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Gerencia de los Servicios de Salud						
4. INSTRUMENTO EVALUADO		<ol style="list-style-type: none"> 1. Guía de entrevista () 2. Cuestionario (x) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo () 5. Ficha documental 						
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO		Determinar el nivel de gestión administrativa en pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024						
A continuación, se le presentan los indicadores en forma de preguntas o propuestas para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (X) en "A" si está de ACUERDO o en "D" si está en DESACUERDO, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.								
DIMENSIÓN / ÍTEMS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencia
Nº	DIMENSIÓN 1: PLANIFICACIÓN	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
1	Considera usted que los objetivos y metas planteadas en el E.S. en torno al área de Tuberculosis son:	X		X		X		
2	Considera usted que el proceso de planificación de las actividades de prevención, diagnóstico y control del área de Tuberculosis en el E.S. es:	X		X		X		
3	Considera usted que el presupuesto y la logística del E.S. es:	X		X		X		
4	Considera usted que el horario de atención establecido en el E.S. es:	X		X		X		
Nº	DIMENSIÓN 2: ORGANIZACIÓN	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
5	Considera usted que el proceso de atención desde su captación hasta el tratamiento antituberculoso en el E.S. es:	X		X		X		
6	Considera usted que la coordinación del personal del área de Tuberculosis con el área de farmacia y laboratorio del E.S. es:	X		X		X		
7	Considera usted que la adecuación del área de consulta, toma de muestra y tratamiento contra la Tuberculosis en el E.S. es:	X		X			X	

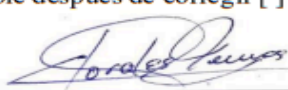
8	Considera usted que la distribución y organización del personal de salud en el E.S. en función de la eficiencia y eficacia es:	X		X		X	
Nº	DIMENSIÓN 3: INTEGRACIÓN	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
9	Considera usted que la cantidad de recursos humanos en el E.S. es:	X		X		X	
10	Considera que el proceso de selección y reclutamiento de personal de salud en el E.S. es:	X		X		X	
11	Considera usted que la calidad de servicio que les brindan los profesionales de salud del E.S. es:	X		X		X	
12	Considera usted que la adecuación de los profesionales de la salud en la E.S. es:		X	X		X	
Nº	DIMENSIÓN 4: DIRECCIÓN	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
13	Considera usted que la capacidad de resolución de conflictos del responsable del área de Tuberculosis del E.S. es:	X		X		X	
14	Considera usted que el liderazgo del responsable del área de Tuberculosis del E.S. es:	X		X		X	
15	Considera usted que la coordinación del responsable de la ESPCT con otras áreas de la salud del E.S. es:	X		X		X	
16	Considera usted que la ejecución de acción de prevención y control de la Tuberculosis en el E.S. es:	X		X		X	
Nº	DIMENSIÓN 5: DIRECCIÓN	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
17	Considera usted que la evaluación del desempeño laboral del personal de salud en el E.S. es:	X		X		X	
18	Considera usted que las acciones adoptivas correctivas del responsable del área de Tuberculosis del E.S. son:	X		X		X	
19	Considera usted que el control de los planes de prevención y control de infecciones y cumplimiento de normas de bioseguridad en el E.S. es:	X		X		X	
20	Considera usted que el control de la ejecución de actividades de detección, diagnóstico y tratamiento supervisado de la Tuberculosis en el E.S. es:	X		X		X	

El presente instrumento es (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No

aplicable []


 Dr. Jorge Guillermo Morales Ramos

DNI N° ...1.7.2.9.6.7.3.6.....

N° DE COLEGIATURA ..127.89.....

23 de enero del 2024.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

Nota: Suficiencia, cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión, de la cantidad de afirmaciones (Sí) está en un 90% a 100%

8	Considera usted que la distribución y organización del personal de salud en el E.S. en función de la eficiencia y eficacia es:	X		X		X	
Nº	DIMENSIÓN 3: INTEGRACIÓN	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
9	Considera usted que la cantidad de recursos humanos en el E.S. es:	X		X		X	
10	Considera que el proceso de selección y reclutamiento de personal de salud en el E.S. es:	X		X		X	
11	Considera usted que la calidad de servicio que les brindan los profesionales de salud del E.S. es:	X		X		X	
12	Considera usted que la adecuación de los profesionales de la salud en la E.S. es:	X			X	X	
Nº	DIMENSIÓN 4: DIRECCIÓN	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
13	Considera usted que la capacidad de resolución de conflictos del responsable del área de Tuberculosis del E.S. es:	X		X		X	
14	Considera usted que el liderazgo del responsable del área de Tuberculosis del E.S. es:	X		X		X	

10	¿El personal de la salud de la ESPCT del E.S. le brinda información respecto al mecanismo de transmisión, importancia de la Tuberculosis?	X		X		X	
----	---	---	--	---	--	---	--



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE CALIDAD DE SERVICIO

1. NOMBRE DEL JUEZ Jenny Delsy Domenack Tarrillo

10	¿El personal de la salud de la ESPCT del E.S. le brinda información respecto al mecanismo de transmisión, importancia de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis?	X		X		X	
Nº	DIMENSIÓN 4:						
11	¿El personal de la salud de la ESPCT le brinda una atención rápida y a tiempo?	X		X		X	
12	¿El personal de la salud de la ESPCT del E.S. le enseña	X		X		X	



10	¿El personal de la salud de la ESPCT del E.S. le brinda información respecto al mecanismo de transmisión, importancia de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis?	X		X		X	
11	¿El personal de la salud de la ESPCT le brinda una atención rápida y a tiempo?	X		X		X	
12	¿El personal de la salud de la ESPCT del E.S. le enseña hábitos de salud respiratoria como cubrirse la boca y nariz al toser o estornudar, utilizar el antebrazo o pañuelo, entre otras medidas preventivas?	X		X		X	
Nº	DIMENSIÓN 5:						
13	¿El personal de la salud de la ESPCT del E.S. le brinda la información necesaria respecto a la ventilación natural maximizada (ventana - ventana o ventana - puertas contralaterales) en su vivienda, trabajo, y otros lugares?	X		X		X	

Nº	DIMENSIÓN 4: SEGURIDAD	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
14	¿El médico explica las posibles Reacciones Adversas al Medicamento (RAM) y trasmite confianza a su paciente?	X		X		X	
15	¿El personal de la salud de la ESPCT del E.S. le orienta y refiere a los Servicio de Nutrición, Psicología, Servicio Social y otras áreas, para complementar sus exámenes?	X		X		X	
16	¿El personal del E.S. supervisa amablemente la administración del tratamiento antituberculoso durante el periodo indicado?	X		X		X	
17	¿El personal del E.S. implementa planes para evitar conductas de estigma y discriminación y promover estilos de vida saludable, medidas de prevención y control de la Tuberculosis?	X		X		X	

Nº	DIMENSIÓN 5: EMPATÍA	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
18	¿El personal de la salud de la ESPCT del E.S. brinda una atención individualizada?	X		X		X	
19	¿El personal de la salud de la ESPCT del E.S. brinda atención presencial, teleconsulta, telemonitoreo y/o teleorientación, en horarios convenientes?	X		X		X	

El presente instrumento de opinión de aplicación aplicable [X] Af

- **Confiabilidad de instrumentos**

Ficha técnica del instrumento de recolección de datos

Nombre	Cuestionario para medir la variable gestión administrativa																																																
Objetivo	Determinar el nivel de gestión administrativa en pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024																																																
Autor (es)	Original de Fernández (2024)																																																
Administración	Individual																																																
Duración	10 a 15 minutos																																																
Sujetos de aplicación	Pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo en el año 2024.																																																
Validez y Confiabilidad	<p>La validez se realizó tomando en cuenta el criterio de tres Jueces Expertos; los cuales consideraron adecuados los ítems, en consecuencia, se considera Válido el Instrumento. Se utilizó el coeficiente de V de Aiken, $V=0,97$.</p> <p>La confiabilidad se determinó a través de la prueba de Alfa de Cronbach y el cuestionario se aplicó a la muestra piloto obteniéndose $\alpha=0,752$; interpretándose que los resultados de opinión de los 15 usuarios respecto a los ítems considerados se encuentran correlacionados de manera confiable y aceptable.</p>																																																
Calificación	<p>Escala general y por dimensiones de la variable:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>NIVELES</th> <th>DIMENSIÓN 1</th> <th>DIMENSIÓN 2</th> <th>DIMENSIÓN 3</th> <th>DIMENSIÓN 4</th> <th>DIMENSIÓN 5</th> <th>GENERAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ALTO</td> <td>11--12</td> <td>11--12</td> <td>11--12</td> <td>11--12</td> <td>11--12</td> <td>51-60</td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td>9--10</td> <td>9--10</td> <td>9--10</td> <td>9--10</td> <td>9--10</td> <td>41-50</td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td>4--8</td> <td>4--8</td> <td>4--8</td> <td>4--8</td> <td>4--8</td> <td>20-40</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: La Autora Autora.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>VARIABLE</th> <th>DIMENSIONES</th> <th>ITEMS</th> <th>PUNTUACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Gestión administrativa</td> <td>D1</td> <td>I1-I4</td> <td rowspan="5">Deficiente= 1 Regular=2 Buena=3</td> </tr> <tr> <td>D2</td> <td>I5-I8</td> </tr> <tr> <td>D3</td> <td>I9-I12</td> </tr> <tr> <td>D4</td> <td>I13-I16</td> </tr> <tr> <td>D5</td> <td>I17-I20</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td>20</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: La autora.</p>	NIVELES	DIMENSIÓN 1	DIMENSIÓN 2	DIMENSIÓN 3	DIMENSIÓN 4	DIMENSIÓN 5	GENERAL	ALTO	11--12	11--12	11--12	11--12	11--12	51-60	MEDIO	9--10	9--10	9--10	9--10	9--10	41-50	BAJO	4--8	4--8	4--8	4--8	4--8	20-40	VARIABLE	DIMENSIONES	ITEMS	PUNTUACIÓN	Gestión administrativa	D1	I1-I4	Deficiente= 1 Regular=2 Buena=3	D2	I5-I8	D3	I9-I12	D4	I13-I16	D5	I17-I20	Total		20	
NIVELES	DIMENSIÓN 1	DIMENSIÓN 2	DIMENSIÓN 3	DIMENSIÓN 4	DIMENSIÓN 5	GENERAL																																											
ALTO	11--12	11--12	11--12	11--12	11--12	51-60																																											
MEDIO	9--10	9--10	9--10	9--10	9--10	41-50																																											
BAJO	4--8	4--8	4--8	4--8	4--8	20-40																																											
VARIABLE	DIMENSIONES	ITEMS	PUNTUACIÓN																																														
Gestión administrativa	D1	I1-I4	Deficiente= 1 Regular=2 Buena=3																																														
	D2	I5-I8																																															
	D3	I9-I12																																															
	D4	I13-I16																																															
	D5	I17-I20																																															
Total		20																																															

Ficha técnica del instrumento de recolección de datos

Nombre	Cuestionario para medir la variable Calidad de Servicio
Objetivo	Determinar el nivel de calidad de servicio en pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024

En la tabla 1, observamos la confiabilidad de cada uno de los instrumentos, a través de la prueba de Alfa de Cronbach (α). Los cuestionarios se aplicaron a una muestra piloto de 15 usuarios, obteniéndose que la opinión de los entrevistados respecto a los ítems considerados, se encuentran correlacionados de manera confiable y aceptable. (GA: $\alpha = 0,752$; CS: $\alpha = 0,796$). Se interpreta que los resultados de opinión de los 15 usuarios respecto a los ítems considerados en el cuestionario se encuentran correlacionados de manera confiable y aceptable.

Tabla 1. Coeficiente de Alfa de Cronbach del cuestionario de gestión administrativa

Instrumentos	Ítems (n)	Alfa de Cronbach (α)
GA	20	0,75
CS	22	0,80

En la tabla 2 se observa que la validez de cada instrumento en base al promedio de los criterios de pertinencia, relevancia y claridad de los ítems, evaluado por juicio de tres expertos. Obteniéndose un promedio general de $V = 0,97$ para la GA y un $V = 0,98$ para la CS. Considerándose válidos cada uno de los cuestionarios.

Tabla 2. Coeficiente V de Aiken del cuestionario de la variable gestión administrativa.

Criterio	Coeficiente V de Aiken	
	Gestión administrativa	Calidad de servicio
Pertinencia	0,95	0,98
Relevancia	0,98	1,00
Claridad	1,00	0,98
Promedio	0,97	0,98

Anexo 5: Carta de autorización de la entidad pública considerada como unidad de análisis



GOBIERNO REGIÓN LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CHICLAYO
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
OFICINA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO
UNIDAD DE CAPACITACION

✓ "AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA
INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS
BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

Expediente N°515318485-0

CARTA DE AUTORIZACIÓN N °0088

REALIZAR PROYECTO DE TESIS

Lic. Leydy Mekinley Fernández Tarrillo
Estudiante de la Escuela de Posgrado – Maestría
Universidad Señor de Sipan.

Es grato dirigirme a usted y expresarle mi cordial saludo y atendiendo a lo requerido mediante expediente de la referencia, comunicarle que la Oficina de Capacitación de esta Gerencia Regional de Salud Lambayeque **AUTORIZA** realizar su proyecto de investigación titulado "**GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y LA CALIDAD DE SERVICIO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SALUD CHICLAYO 2024.**", aprobada según Acta de Aprobación de Proyecto de Tesis de fecha 18 de febrero del 2024, en mérito al Convenio Marco Interinstitucional firmado entre su Universidad y nuestra Gerencia Regional de Salud.

A realizarse en los Establecimientos de salud de la Microred Chiclayo Centro de Salud José Olaya, San Antonio, Cerropon, Jorge Chávez, Túpac Amaru, José Quiñonez, Cruz de la Esperanza" a partir del:

Del: 15 de Abril del 2024
Al: 30 de Junio del 2024

Solicitando al jefe del establecimiento de salud brindar las facilidades para la realización del proyecto de investigación, respetando la privacidad espacios y tiempos. El resultado de dicha investigación deberá ser alcanzado en un ejemplar a la Oficina de Capacitación al email: capacitación. geresa@gmail.com

Chiclayo 11 de Abril del 2024

RLVV/nypn
cc: Archivo

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD




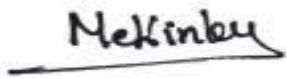
Dra. Rosa Luz Villafranca Velasquez
JEFA DEL ÁREA DE CAPACITACIÓN RECURSOS HUMANOS

Anexo 6: Aprobación de la Tesis

ACTA DE APROBACIÓN DEL ASESOR

Yo **Antonio Marty Quispe Gutiérrez** quien suscribe como asesor designado mediante Resolución de Facultad N° **459-2024/EPG-USS**, del proyecto de investigación titulado **Gestión administrativa y calidad de servicio en pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud Chiclayo, 2024**, desarrollado por la estudiante: **Leydy Mekinley Fernández Tarrillo**, del programa de estudios de **Maestría en Gerencia de Servicios de Salud**, acredito haber revisado, realizado observaciones y recomendaciones pertinentes, encontrándose expedito para su revisión por parte del docente del curso.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

<p>Quispe Gutiérrez Antonio Marty (Asesor)</p>	<p>DNI: 10774189</p>	
<p>Fernández Tarrillo Leydy Mekinley (Autora)</p>	<p>DNI: 76914729</p>	

Pimentel, 1 de agosto de 2024

Anexo 7: Acta de 2do control de Similitud