



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Eficacia del modelo de gestión del cambio para
fortalecer la prevención y control del dengue en el
primer nivel de atención en la región Ica, 2025**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Medicina

AUTOR

Gualberto SEGOVIA MEZA

ASESORA

Dra. Lucy Herminia LÓPEZ REYES

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

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

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Segovia G. Eficacia del modelo de gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en el primer nivel de atención en la región Ica, 2025 [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Gualberto Segovia Meza
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	06742941
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-3725-5456
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Lucy Herminia López Reyes
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	34468650
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-0917-6638
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Zully Luz Acosta Evangelista
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25008360
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Alicia Jesús Fernández Giusti
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	21838717
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Ronald Espiritu Ayala Mendívil
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	19833443
Datos de investigación	
Línea de investigación	Salud Pública y Gestión Sanitaria Evaluación de modelos de gestión, organización y recursos humanos en salud.

Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento (autofinanciado)

Ubicación geográfica de la investigación	UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA INVESTIGACIÓN • País: <u>Perú</u> • Departamento: <u>Ica</u> • Provincia: <u>Chincha</u> Establecimientos y Coordenadas en Grados Decimales (GD): 1. <u>Centro de Salud Pueblo Nuevo</u> (IPRESS Cabecera de Distrito) ○ Distrito: <u>Pueblo Nuevo</u> ○ Latitud (GD): -13.404843 ○ Longitud (GD): -76.127032 2. <u>Centro de Salud Grocio Prado</u> (IPRESS Cabecera de Distrito) ○ Distrito: <u>Grocio Prado</u> ○ Latitud (GD): -13.398100 ○ Longitud (GD): -76.156100 3. <u>Centro de Salud Sunampe</u> (IPRESS Cabecera de Distrito) ○ Distrito: <u>Sunampe</u> ○ Latitud (GD): -13.427280 ○ Longitud (GD): -76.164259
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Diciembre 2024 - junio 2025
URL de disciplinas OCDE	Salud pública, Salud ambiental https://purl.org/pe-epo/ocde/ford#3.03.05 Enfermedades infecciosas https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.08



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado
Sección Doctorado

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

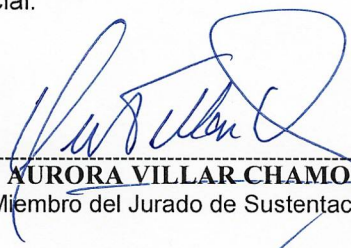
En la ciudad de Lima, a los veintidós días, del mes de setiembre del año dos mil veintiséis, siendo la 12:00 m, ante el Jurado de sustentación, bajo la Presidencia de la **DRA. ZULLY LUZ ACOSTA EVANGELISTA**, y los Miembros del mismo:

➤ DRA. ZULLY LUZ ACOSTA EVANGELISTA	PRESIDENTE
➤ DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI	MIEMBRO
➤ DR. RONALD ESPIRITU AYALA MENDÍVIL	MIEMBRO
➤ DRA. AURORA VILLAR CHAMORRO	MIEMBRO
➤ DRA. LUCY HERMINIA LÓPEZ REYES	ASESORA

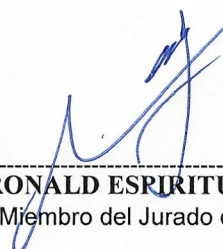
EL postulante al grado de Doctor, es **MÁSTER EN BUSINESS INNOVACIÓN: COMPETENCIAS Y HERRAMIENTAS AVANZADAS PARA LA GENERACIÓN DE INNOVACIÓN**, don: **GUALBERTO SEGOVIA MEZA**, procedió a la exposición y defensa pública de su tesis titulada: **«EFICACIA DEL MODELO DE GESTIÓN DEL CAMBIO PARA FORTALECER LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA REGIÓN ICA, 2025»** para optar el grado académico de Doctor en Medicina.

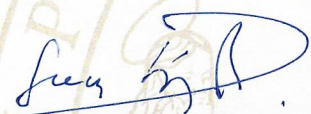
Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, la cual obtuvo la siguiente calificación: **“B” MUY BUENO 18 (DIECIOCHO)** a continuación la Presidenta del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue al Magister: **GUALBERTO SEGOVIA MEZA** el Grado Académico de **DOCTOR EN MEDICINA**.

Se expide la presente acta y siendo la 1:00 pm. se da por concluido el acto académico de sustentación presencial.


DRA. AURORA VILLAR CHAMORRO
Miembro del Jurado de Sustentación


DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI
Miembro del Jurado de Sustentación


DR. RONALD ESPIRITU AYALA MENDÍVIL
Miembro del Jurado de Sustentación


DRA. LUCY HERMINIA LÓPEZ REYES
Asesora de la Tesis


DRA. ZULLY LUZ ACOSTA EVANGELISTA
Presidente del Jurado de Sustentación



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE

SAN MARCOS

Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Lucy Herminia LÓPEZ REYES, en mi condición de asesor acreditado mediante Dictamen de la UPG N° 001723 2024-UPG-VDIP.FM/UNMSM, de la tesis, cuyo título es **«Eficacia del modelo de gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en el primer nivel de atención en la región Ica, 2025»**, presentado por el Mg. **GUALBERTO SEGOVIA MEZA**, para optar el grado académico de Doctor en Medicina.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 13 % de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para **su publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado de Doctor en Medicina.

Lima, 09 de agosto del 2026

Dra. Lucy López Reyes
DNI: 09165694

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis doctoral a la memoria de mi padre, Francisco (†), y a mi madre, Natalia, quienes con su apoyo constante hicieron posible mi formación como médico.

A mis hermanos, por su afecto y permanente respaldo a lo largo de este camino académico.

De manera muy especial, a mi esposa, Cándida Lilia, por su entrega incondicional en el desarrollo de nuestro proyecto familiar, y a nuestros amados hijos, Igor Alberto, Max Carlo y Enzo Pierino, quienes constituyen mi mayor motivación y sentido de propósito.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más profundo aprecio y reconocimiento a mi asesora, la Dra. Lucy López, por su valiosa orientación, atención oportuna y soporte técnico riguroso durante el desarrollo y culminación de esta investigación doctoral.

Asimismo, manifiesto mi sincero reconocimiento a los equipos de gestión y a los equipos multidisciplinarios de salud de los Centros de Salud de Sunampe, Grocio Prado y Pueblo Nuevo de Chincha. Su esfuerzo, resiliencia y compromiso con la prevención y el control del dengue durante el año 2025 representan el motor real de este estudio y un valioso aporte a la salud pública de la Región Ica y del Perú.

INDICE GENERAL

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA	Pág.
1.1 Situación Problemática	1
1.2 Formulación del Problema	4
1.3 Justificación de la investigación	4
1.4 Objetivos de la Investigación	6
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de investigaciones	7
2.2 Bases Teóricas	13
2.3 Hipótesis de la investigación	19
2.4 Identificación de las variables	20
2.5 Operacionalización de las variables	20
2.6 Matriz de consistencia	20
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de la investigación	21
3.2. Población de estudio	21
3.3. Unidad de análisis	22
3.4. Tamaño de muestra	22
3.5. Selección de muestra	23
3.6. Procedimiento de recolección de datos	25
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	25
3.8. Procesamiento y análisis de datos	27
3.9. Aspectos éticos en la investigación	29
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	31
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	
5.1 Discusión	55
5.2 Limitaciones del estudio	69
CAPITULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1 Conclusiones	70
6.2 Recomendaciones	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables independientes	84
Anexo 2. Matriz de consistencia	86
Anexo 3. Programa de acciones desarrolladas en la implementación del Modelo de gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue, 2025	87
Anexo 4. Ficha de programación y evaluación del Modelo de intervención basado en la EGI-Dengue y los atributos de la APS para la prevención y control del dengue, basado en los estándares validados previamente. Contiene sub anexo: 4.1; 4.2; 4.3	89
Anexo 5. Ficha de Metodología de estudio de clima organizacional Adecuado del MINSA. RM N° 468-2011/MINSA	103
Anexo 6. Ficha de estudio de grupo focal	105
Anexo 7. Aprobación del proyecto de investigación por Comité de ética del Hospital Regional de Ica.	107
Anexo 8. Material educativo producido para promover habilidades blandas y las reuniones de gestión del cambio (RGC).	110

LISTA DE CUADROS Y FIGURAS

Cuadro N°1: Información de los establecimientos del grupo intervención y control.	25
Cuadro N°2. Datos generales en los ámbitos de intervención y control, 2025	30
Cuadro N°3. Resumen de las variables independientes y dependiente en el desarrollo del Modelo de gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue 2025	34
Cuadro N°4. Evaluación inicial y final de los primeros pasos del modelo orientador de la gestión del cambio para la prevención y control del dengue en los grupos de intervención y controles, 2025	36
Cuadro N°5. Análisis de los primeros pasos del modelo orientador de la gestión del cambio en la línea inicial y final en los grupos de intervención y control, a través de la Prueba Exacta de Fisher.	37
Cuadro N°6. Evaluación de la Gestión integrada y atributos de la APS en la prevención y control contra el dengue. Línea inicial y Línea final en el Grupo Control (Hasta la semana epidemiológica 26), 2025	38
Cuadro N°7. Evaluación de la Gestión integrada y atributos de la APS en la prevención y control contra el dengue. Línea inicial y Línea final en establecimientos de salud del Grupo de intervención (Hasta la semana epidemiológica 26), 2025	39
Cuadro N°8. Evaluación de la Gestión integrada y atributos de la APS en la prevención y control contra el dengue. Línea inicial y Línea final en establecimientos de salud del Grupo Control (Hasta la semana epidemiológica 26), 2025	41
Cuadro N°9. Determinación de prueba de normalidad en grupo de intervención y control (Prueba de Shapiro-Wilk)	42
Cuadro N°10 Cuadro resumen de Prueba t Student para muestras emparejadas, en grupos de intervención, y el grupo control, 2025	44
Cuadro N°11. Análisis para evaluar la diferencia significativa de las Reuniones de Gestión del Cambio desarrolladas en relación al plan de prevención y control del dengue, 2025	45
Cuadro N°12. Análisis para evaluar diferencias significativas en las reuniones de gestión desarrolladas en los grupos de intervención y control, a través de la Prueba de muestras independientes.	46
Cuadro N°13. Evaluación del Clima Organizacional antes (Línea inicial), y después (Línea final) de la intervención en grupo de intervención .	47

Cuadro N°14. Evaluación del Clima Organizacional antes y después de la intervención en grupo control .	48
Cuadro N°15. Evaluación de medias y desviación de grupos de intervención y control, durante el desarrollo del Clima organizacional, 2025	50
Cuadro N°16. Indicadores epidemiológicos del dengue en los establecimientos de salud intervenidos, año 2023, 2024 y semana epidemiológica 26 del año 2025.	51
Cuadro N°17. Indicadores epidemiológicos del dengue en los establecimientos de salud control, año 2023, 2024 y semana epidemiológica 26 del año 2025*.	51
Cuadro N°18. Resultados del estudio de Grupo focal con los establecimientos de salud intervenidos, febrero 2025.	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Procesos adecuados de los 8 pasos de Kotter para liderar el cambio. OPS	14
Figura 2. Adecuación de los 8 pasos de la Gestión del Cambio en la prevención y control del dengue.	15
Figura 3. Estrategia para el desarrollo del Plan de Cambio y fortalecer la prevención y control del dengue (Adecuado del Modelo EMOI).	17
Figura 4. Diseño de los pasos de las sesiones de gestión del cambio basado en la EPS.	19
Figura 5. Diseño del Modelo de Gestión para el Cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en los establecimientos intervenidos.	33
Figura N°6. Medias en grupos de intervención y control de las reuniones de gestión desarrolladas para operativizar al Plan de cambio.	45
Figura N°7. Las medias del clima organizacional en los grupos de intervención y control durante la implementación del Plan de cambio.	48
Figura N°8. Casos de dengue en la Región de Ica, por provincias. 2024 - 2025.	51

RESUMEN

Objetivo: Determinar la eficacia de un modelo de gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en establecimientos del primer nivel de atención de la provincia de Chíncha, región Ica, 2025.

Metodología: Se realizó un estudio cuasi-experimental, analítico y longitudinal en seis Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de la región Ica, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por sus antecedentes de alta incidencia y letalidad por dengue. El grupo de intervención comprendió tres IPRESS de la provincia de Chíncha y el grupo control incluyó tres IPRESS homologadas de la provincia de Ica. La intervención consistió en la implementación de un modelo de gestión del cambio, un Plan de Gestión Integrada contra el Dengue y Reuniones de Gestión del Cambio basadas en educación permanente en salud (EPS). Las evaluaciones en línea base y final se efectuaron mediante instrumentos validados. Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva y pruebas inferenciales para contrastar las diferencias significativas intergrupales ($p < 0,05$).

Resultados: Se validaron los estándares operacionales para la gestión integrada contra el dengue en la microgestión del primer nivel de atención. Los establecimientos del grupo de intervención evidenciaron mejoras estadísticas significativas en las dimensiones de planificación, estructura organizativa y gestión integrada del dengue ($p < 0,05$), así como una optimización sustancial en los atributos de la Atención Primaria de Salud: accesibilidad, coordinación e integralidad. El grupo control experimentó variaciones marginales y no significativas. No se registraron modificaciones estadísticamente significativas en la frecuencia de reuniones ni en el clima organizacional general de las IPRESS ($p > 0,05$). A nivel epidemiológico, los distritos de intervención reportaron una menor tasa de incidencia acumulada de dengue respecto de los distritos control durante el año 2025.

Conclusiones: El modelo de gestión del cambio fue eficaz para fortalecer la organización, planificación y gestión institucional orientadas a la prevención y control del dengue, favoreciendo la capacidad de respuesta de los establecimientos. Sin embargo, su efecto fue limitado sobre el clima organizacional y la sostenibilidad del cambio, posiblemente debido al corto periodo de intervención y al débil respaldo institucional.

Palabras claves: Gestión del Cambio, Dengue, Atención Primaria de la Salud. (estos corresponden a términos MeSH).

ABSTRACT

Objective: To determine the effectiveness of a change management model in strengthening dengue prevention and control within primary care facilities in the Chincha province, Ica region, in 2025.

Methodology: A quasi-experimental, analytical, longitudinal study was conducted across six Health Service Provider Institutions (IPRESS) in the Ica region, selected via non-probability sampling due to their history of high dengue incidence and case-fatality rates. The intervention group comprised three IPRESS in the Chincha province, while the control group included three matched IPRESS in the Ica province. The intervention involved implementing a change management model, an Integrated Dengue Management Plan, and change management meetings based on continuing health education (CHE). Baseline and final assessments were carried out using validated instruments. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential tests to compare significant differences between groups ($p < 0.05$).

Results: Operational standards for integrated dengue management at the primary care micro-management level were validated. Facilities in the intervention group demonstrated statistically significant improvements in the dimensions of planning, organizational structure, and integrated dengue management ($p < 0.05$), as well as substantial optimization of Primary Health Care attributes: accessibility, coordination, and comprehensiveness. The control group showed only marginal, non-significant variations. No statistically significant changes were recorded regarding meeting frequency or the general organizational climate of the IPRESS ($p > 0.05$). Epidemiologically, intervention districts reported a lower cumulative dengue incidence rate compared to control districts during 2025.

Conclusions: The change management model was effective in strengthening the organization, planning, and institutional management focused on dengue prevention and control, thereby enhancing the facilities' response capacity. However, its effect on organizational climate and the sustainability of the change was limited, possibly due to the short intervention period and weak institutional support.

Keywords: Change Management, Dengue, Primary Health Care. (These correspond to MeSH terms).

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA

1.1 Situación Problemática

El dengue constituye actualmente uno de los principales problemas de salud pública en las Américas, debido a su elevada carga de morbilidad, mortalidad y repercusiones socioeconómicas. Durante el año 2023 se reportaron más de 4,2 millones de casos, incluyendo más de 6 500 casos graves y 2 050 defunciones, cifras superiores a las registradas en años previos^{1,2}. Esta situación evidencia un incremento sostenido de la transmisión, el cual está asociado a factores ambientales, urbanización no planificada, deficiencias en los servicios básicos y debilidades en los sistemas de salud.

En ese mismo periodo, los países con mayor número de casos graves fueron Colombia, Brasil y México, seguidos por el Perú, lo cual refleja la persistencia de condiciones estructurales que favorecen la circulación del virus y la expansión del vector *Aedes aegypti*¹. Asimismo, la tasa de letalidad regional alcanzó el 0,049 %, lo que demuestra que, a pesar de los avances tecnológicos y científicos, el control del dengue continúa siendo limitado².

Incluso, en el contexto peruano, el año 2023 representó la peor epidemia registrada hasta la fecha, con más de 208 000 casos confirmados y 445 fallecidos³. Esta cifra superó ampliamente los registros del año 2022, en el que se notificaron aproximadamente 50 000 casos y 74 defunciones. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud, durante ese mismo año se notificaron cerca de tres millones de casos sospechosos y confirmados en la región, destacando el Perú como uno de los países más afectados⁴.

Durante el año 2024, hasta la semana epidemiológica 11, se registraron en el país más de 79 000 casos, de los cuales el 63,6 % fueron confirmados y el 36,8 % probables, evidenciando un incremento sostenido en comparación con años anteriores⁵. Asimismo, se notificaron 82 defunciones en diversas regiones, con una letalidad de 0,10 %, lo cual confirma la persistencia del problema y la insuficiencia de las estrategias implementadas.

En la región Ica, particularmente en la provincia de Chincha, la presencia del vector y los brotes epidémicos se han mantenido desde el año 2015, inicialmente con casos importados y posteriormente con transmisión autóctona¹⁷. Durante los años 2016, 2017

y 2023 se registraron brotes significativos, alcanzando en este último año una letalidad de 0,32 por 10 000 habitantes, una de las más elevadas del país¹⁸. Esta situación refleja no solo problemas ambientales y sociales, sino también debilidades en la organización de los servicios de salud y en la gestión institucional.

Por otra parte, desde el año 2008, la Organización Panamericana de la Salud promueve la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) como un enfoque para la prevención y control del dengue, basada en la coordinación intersectorial, la participación comunitaria y el fortalecimiento institucional^{6,7}. Esta estrategia fue actualizada en el año 2017, incorporando nuevos componentes técnicos, ejes transversales y factores facilitadores, tales como la vigilancia epidemiológica, el fortalecimiento de los laboratorios, la atención clínica, el manejo integrado de vectores, el cuidado ambiental, la introducción de vacunas y la comunicación social para el cambio de conductas^{7,17}.

Diversas investigaciones en América Latina han demostrado que las intervenciones integradas, que combinan gestión ambiental, control biológico, educación sanitaria y participación comunitaria, generan resultados más sostenibles en el tiempo^{8,9}. Mulderij-Jansen et al. señalan que el control efectivo de las enfermedades transmitidas por *Aedes* requiere una intervención multisectorial, con énfasis en el fortalecimiento de recursos humanos, financiamiento, legislación y cooperación interinstitucional¹⁰.

Asimismo, el grupo de expertos de alto nivel convocado por la OMS (OHHLEP) en el año 2022 propuso el enfoque “Una sola salud” como marco para prevenir, detectar y responder a amenazas sanitarias, destacando la necesidad de una teoría del cambio basada en gobernanza, desarrollo institucional, sistemas de información e integración sectorial^{10,12}. Este enfoque resalta la importancia de articular políticas públicas, financiamiento, evidencia científica y participación social para enfrentar enfermedades emergentes y reemergentes.

No obstante, a pesar de estas recomendaciones y avances teóricos, en el Perú persisten importantes limitaciones en la implementación efectiva de estrategias integradas. Entre ellas se encuentran la fragmentación de los servicios, debilidades en liderazgo, escasa coordinación intersectorial, limitada continuidad de las intervenciones, insuficiente desarrollo de capacidades y baja apropiación institucional de los programas¹⁶. Predomina aún un enfoque biomédico centrado en la atención curativa,

que no responde adecuadamente a las necesidades de prevención, promoción y gestión del riesgo.

En este contexto, el personal de salud enfrenta dificultades para responder oportunamente a los brotes, especialmente cuando la demanda se incrementa de manera sutil y súbita. La falta de capacitación continua, la rotación de personal, la escasez de recursos y la limitada participación comunitaria afectan la sostenibilidad de las intervenciones y reducen su impacto a largo plazo.

Por su parte, la literatura sobre gestión del cambio, de manera específica el modelo propuesto por John Kotter, destaca la importancia de generar sentido de urgencia, conformar coaliciones, construir visiones compartidas, empoderar al personal y consolidar los logros institucionales^{13,14}. Sin embargo, Waissbluth señala que en el ámbito público suelen presentarse errores críticos, como la ausencia de compromiso directivo, la falta de liderazgo distribuido y la inexistencia de una visión estratégica compartida^{15,16}.

A pesar de la amplia difusión de estos modelos, existe escasa evidencia empírica sobre su aplicación sistemática en el fortalecimiento de la prevención y control del dengue en el Primer Nivel de Atención en el Perú. La mayoría de estudios se ha centrado en aspectos epidemiológicos, entomológicos o clínicos, dejando de lado los procesos organizacionales, de liderazgo y gestión institucional.

En consecuencia, se identifica un vacío de conocimiento respecto a cómo los modelos de gestión del cambio pueden contribuir a operativizar la Estrategia de Gestión Integrada del dengue, fortalecer las capacidades institucionales, mejorar la coordinación intersectorial y promover la participación comunitaria a nivel local. Esta brecha limita el diseño de intervenciones sostenibles, contextualizadas y basadas en evidencia científica.

El tema central del presente estudio es fortalecer la organización y la gestión en los establecimientos del Primer Nivel de Atención de la provincia de Chíncha, mediante la implementación de un modelo de gestión del cambio que permita mejorar el liderazgo, el trabajo en equipo, la gobernanza y el uso eficiente de los recursos. Esta intervención busca empoderar a los equipos de salud, promover una cultura organizacional orientada a resultados y facilitar la articulación entre los diferentes actores involucrados.

Desde esta perspectiva, el estudio adquiere un carácter innovador al integrar los principios de la gestión del cambio con la Estrategia de Gestión Integrada del dengue, utilizando una metodología participativa orientada al desarrollo institucional. Asimismo, su viabilidad se sustenta en el compromiso de las Direcciones Regionales de Salud, los gobiernos locales y los propios establecimientos, quienes disponen de estructuras operativas para su implementación, aunque se requiere financiamiento básico para materiales, capacitación y talleres.

Por tanto, ante la persistencia del dengue como problema prioritario de salud pública, las limitaciones institucionales existentes y la falta de evidencia sobre intervenciones organizacionales en el Primer Nivel de Atención, surge la necesidad de evaluar la eficacia de un modelo de gestión del cambio orientado a fortalecer la prevención y control del dengue en la provincia de Chincha.

En este marco, el presente estudio busca responder a la siguiente pregunta de investigación:

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la eficacia del modelo de la gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en establecimientos del Primer Nivel de Atención de la provincia de Chincha en la Región Ica, 2025?

1.3 Justificación de la Investigación

1.3.1 Justificación teórica

La presente investigación se sustenta en los enfoques de gestión del cambio organizacional, innovación en servicios de salud, el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud y en la aplicación de la estrategia en Educación Permanente en Salud. Integra los aportes del Modelo de Gestión de Kotter, el modelo de innovación EMOI (*Excellence in the Management Organizational Innovation*) desarrollado por la Universidad Politécnica de Valencia, la Estrategia de Gestión Integrada contra el dengue (EGI-dengue) promovida por la OPS/OMS, y la Estrategia de las Reuniones de Gestión del Cambio como aplicación de la Educación Permanente en Salud (EPS). Esta articulación teórica permite estructurar una intervención sistemática orientada a mejorar el desempeño institucional en contextos caracterizados por alta carga epidemiológica y limitaciones organizacionales^{29, 38, 49, 55}.

A pesar del avance en investigaciones sobre control vectorial, vigilancia epidemiológica y participación comunitaria, persiste una limitada evidencia empírica sobre la aplicación integrada de modelos de gestión del cambio en el ámbito de la prevención y control del dengue en servicios de atención primaria, particularmente en contextos descentralizados y de alta vulnerabilidad sanitaria. La mayoría de los estudios se ha centrado en intervenciones técnicas aisladas, sin abordar de manera sistemática los procesos organizacionales que condicionan su sostenibilidad.

En respuesta a este escenario, la investigación aporta un modelo teórico–operativo que articula componentes estratégicos, operativos y educativos, integrando la gestión del cambio, la innovación organizacional y los atributos de la Atención Primaria de la Salud. Este modelo permite explicar la relación entre estructura organizativa, planificación, clima institucional, aprendizaje permanente y desempeño en salud pública.

Por otra parte, el estudio genera evidencia sobre la eficacia de un modelo adaptado de gestión del cambio aplicado al control del dengue, contribuyendo al fortalecimiento del marco conceptual sobre innovación institucional en sistemas de salud. Los resultados permiten identificar mecanismos causales que influyen en la implementación efectiva de estrategias integradas frente a enfermedades metaxénicas.

Por último, la sistematización del modelo propuesto contribuye al desarrollo de marcos conceptuales replicables y comparables, susceptibles de ser evaluados en otros contextos regionales y nacionales. De esta manera, se favorece la generación de conocimiento acumulativo, el desarrollo de investigaciones longitudinales y la formulación de políticas públicas basadas en evidencia científica.

1.3.2 Justificación práctica

La presente investigación posee relevancia práctica al generar evidencia científica basada en datos observacionales sobre la eficacia de un modelo de gestión del cambio, estructurado a partir del enfoque de Kotter, el modelo de innovación EMOI que incorpora la Estrategia de Gestión Integrada contra el dengue, y las reuniones de gestión del cambio en el marco de la Educación Permanente en Salud, que permite operativizar la gestión integrada, orientado al fortalecimiento institucional de los establecimientos del Primer Nivel de Atención. La aplicación articulada del modelo

de gestión del cambio, del Plan de Cambio y de las reuniones de gestión en el marco de la Educación Permanente en Salud permite operacionalizar procesos de innovación organizacional mediante fases sistemáticas de diagnóstico, planificación, implementación, seguimiento y evaluación, favoreciendo la adaptación progresiva del cambio institucional a las condiciones locales y al contexto epidemiológico^{15,38}.

Desde una perspectiva de gestión pública, el estudio permite identificar factores críticos que condicionan la eficacia de los procesos de transformación institucional, tales como el liderazgo directivo, la estabilidad organizacional, la disponibilidad de recursos, la comunicación interna, la articulación intersectorial y el fortalecimiento de competencias del personal^{12,16}. La identificación sistemática de estos factores en las reuniones de gestión del cambio facilita el diseño de estrategias correctivas orientadas a mejorar el desempeño institucional y la sostenibilidad de las intervenciones sanitarias.

Por otra parte, la investigación proporciona instrumentos validados, procedimientos estandarizados y criterios operativos para el monitoreo y evaluación de programas de prevención y control del dengue, integrando indicadores epidemiológicos, organizacionales y de calidad de gestión^{8,9,17}. Estos insumos fortalecen la toma de decisiones basada en evidencia, promueven el uso eficiente y transparente de los recursos públicos, y contribuyen a mejorar la planificación, supervisión y rendición de cuentas en los servicios de salud.

A su vez, el modelo propuesto constituye una herramienta replicable y adaptable para otras redes y regiones sanitarias con características similares, permitiendo su incorporación progresiva en planes regionales y nacionales de control de enfermedades metaxénicas^{10,15}. Además, contribuye en desarrollar un plan de gestión el cambio para fortalecer la respuesta a la emergencia sanitaria por dengue, aplicando la EGI-dengue y los atributos adecuados para enfrentar al dengue, como: Gestión integrada, primer contacto y accesibilidad, Integralidad, longitudinalidad, coordinación, enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural, con estándares que permiten programar, monitorear y evaluar la intervención integral. Adicionalmente, los resultados contribuyen al fortalecimiento del clima organizacional, la cultura de mejora continua y el trabajo colaborativo, favoreciendo el liderazgo participativo, el

aprendizaje institucional y la calidad de atención, así como la formulación de políticas públicas integradas y basadas en evidencia científica^{14, 16, 19}.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar la eficacia un modelo de gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en establecimientos del Primer Nivel de Atención de la provincia de Chíncha, Región Ica, 2025

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Determinar la eficacia del modelo orientador de la gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en el Primer Nivel de Atención.
2. Determinar la eficacia del Plan de cambio para la Gestión Integrada contra el Dengue en el marco de los atributos de la APS, adaptado a partir del Modelo EMOI.
3. Determinar la eficacia de las Reuniones de Gestión del Cambio para el desarrollo de las actividades del Plan de cambio, como aplicación de la estrategia de Educación Permanente en Salud (EPS).
4. Determinar el Clima organizacional y sus cambios luego de la intervención realizada.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigaciones

2.1.1 Antecedentes Internacionales.

En el ámbito internacional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), durante el 44.º Consejo Directivo del año 2003, aprobó la Resolución CD44.R9 referida a la *“Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en la Región de las Américas”*. Esta iniciativa planteó un cambio en el enfoque tradicional de la lucha contra el dengue, incorporando áreas consideradas básicas e interdependientes: la comunicación social, la vigilancia epidemiológica, los servicios de laboratorio, la atención al paciente, los servicios entomológicos y el cuidado del medio ambiente. La estrategia tenía como objetivo central la reducción de la morbilidad, la mortalidad y la carga socioeconómica provocada por el dengue en la región. Cuatro años más tarde, en 2007, se realizó un análisis de los avances alcanzados en la implementación de la estrategia por parte de los países miembros, identificándose lecciones aprendidas que evidenciaron la necesidad de superar el enfoque limitado al control vectorial e integrar acciones más amplias de carácter multisectorial (OPS/OMS, 2003).

Posteriormente, en el año 2017, la OPS elaboró el documento técnico titulado *“Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales (EGI-Dengue 2017)”*, producto de una consulta técnica realizada en 2016, que recogió las mejores prácticas de las estrategias nacionales y las recomendaciones del Grupo Técnico Internacional de Arbovirosis. Este documento actualizó el modelo de intervención, incorporando nuevos componentes como el medio ambiente, las vacunas y la gestión institucional. Asimismo, se definió que la comunicación para el cambio conductual y la investigación operativa constituyeran ejes transversales de la estrategia. De este modo, la EGI-Dengue 2017 integró seis componentes técnicos principales: 1) vigilancia epidemiológica y preparación ante brotes, 2) atención integral al paciente, 3) fortalecimiento del laboratorio, 4) manejo integrado de vectores, 5) gestión ambiental, y 6) aplicación de vacunas, cuando estas estuvieran disponibles. Además, se establecieron factores facilitadores para la implementación, tales como la movilización de recursos, las alianzas estratégicas, el desarrollo de capacidades y el monitoreo y evaluación de las acciones, lo que permitió un marco de gestión más sólido para enfrentar el desafío de las arbovirosis (OPS/OMS, 2016).

En el contexto mesoamericano, en 2009 se desarrolló la *“Estrategia para la prevención y el control integrado del dengue en Mesoamérica”*, impulsada por un grupo técnico de vectores con participación de representantes de los ministerios de salud de México, Belice, Costa Rica y otros países de Centroamérica. Este plan incluyó la estratificación de riesgo, actividades escalonadas de prevención y control, e indicadores de seguimiento que permitieran medir los avances. La estrategia se sustentó en la Teoría del Cambio para el Control del Dengue, herramienta que facilitó identificar los problemas, barreras y puntos críticos a enfrentar en la región. Uno de los aspectos clave de esta propuesta fue el cambio de enfoque: del ataque masivo contra el vector a la detección temprana de casos como detonante de las acciones de control, lo cual implicaba fortalecer los servicios de salud y asegurar la existencia de una red de laboratorios diagnósticos bien equipada. La meta planteada fue reducir en un 50% la incidencia de casos en un periodo de cinco años, bajo un enfoque de racionalidad en el uso de recursos y focalización en las áreas de mayor riesgo (Gómez-Dantés et al., 2011).²²

En Costa Rica, en el año 2016, se aplicó un estudio mixto (cuantitativo y cualitativo) para evaluar la experiencia de implementación de la Estrategia de Gestión Integrada en siete áreas rectoras del Ministerio de Salud. Se utilizó una lista de verificación de indicadores y entrevistas a funcionarios locales. Los resultados mostraron un nivel de cumplimiento de hasta 78%, siendo los componentes con menor avance el manejo integrado de vectores y la comunicación social. Además, se identificaron múltiples barreras en el nivel local para alcanzar los indicadores, lo que refleja la necesidad de un mayor acompañamiento desde los niveles central y regional, con el fin de garantizar la articulación efectiva de los distintos componentes de la estrategia (Alvarado-Prado et al., 2020).²³

De manera complementaria, investigaciones recientes sobre arbovirus han descrito la dificultad de erradicar totalmente estos virus debido a su capacidad para infectar una amplia gama de especies animales. En una revisión sobre dengue, zika y chikungunya se identificaron más de 534 especies, de las cuales 134 pueden causar enfermedades en humanos. La falta de medicamentos antivirales específicos hace que el tratamiento siga siendo sintomático, y que las estrategias de control deban centrarse en la prevención y el control vectorial. Los autores concluyen que el combate de las

arbovirosis requiere un enfoque integral que articule investigación antiviral, vacunación, control de vectores y cooperación internacional (Côrtes et al., 2023).²⁴

Por otra parte, en el campo de la gestión de los sistemas de salud, la OPS/OMS (2022) ha destacado la necesidad de procesos de gestión del cambio para transformar los servicios hacia el objetivo de la salud universal. Las recomendaciones enfatizan ampliar el acceso equitativo, fortalecer la gobernanza, garantizar financiamiento sostenible y promover la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. Para lograrlo, se reconoce que es indispensable formar líderes capaces de dirigir procesos de cambio mediante metodologías probadas, como los ocho pasos de John Kotter, organizados en tres momentos: crear un clima de cambio, comprometer y capacitar a la organización, e implantar y mantener las transformaciones.

En Europa y América Latina también se ha investigado la gestión del cambio aplicada al sector salud. En España, Cano (2022) analizó proyectos de eSalud y señaló que muchos fracasos se deben a la ausencia de procesos adecuados de gestión del cambio. El estudio resalta la importancia de analizar el contexto, ejecutar planes estructurados y consolidar nuevas culturas organizacionales, aunque reconoce que aún existen pocas investigaciones sólidas sobre el tema.²⁵ En Chile, Waissbluth (2008) destacó la dificultad de promover cambios institucionales en el sector público, dado que las restricciones estructurales hacen que los procesos sean más lentos y complejos que en el sector privado. El autor identifica como errores frecuentes la falta de convicción en los líderes, la ausencia de coaliciones sólidas y la carencia de una visión compartida del futuro.

En el ámbito de la salud digital, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) analizó la introducción de sistemas de información en hospitales y concluyó que la gestión del cambio es fundamental para garantizar la adopción de nuevas tecnologías. La implementación de sistemas como la historia clínica electrónica requiere comprender la dinámica organizacional y la práctica profesional del personal de salud, por lo que se recomienda aplicar herramientas como el modelo de los ocho pasos de Kotter, la gestión participativa y técnicas de negociación (Baum & Giussi, 2019).

Finalmente, la literatura reciente resalta la utilidad de la teoría del cambio como herramienta de planificación y evaluación participativa en intervenciones de salud

comunitaria. Esta metodología facilita la construcción colectiva de objetivos, resultados y procesos intermedios, promoviendo un diálogo entre los actores sociales que permite visibilizar diferentes perspectivas y aumentar la eficacia de las intervenciones (Cassetti & Paredes-Carbonel, 2019).²⁶

En síntesis, los antecedentes revisados demuestran que el control de enfermedades como el dengue y otras arbovirosis requiere estrategias integradas y sostenibles, en las cuales la gestión del cambio juega un papel determinante. A pesar de los avances normativos y técnicos, los principales desafíos persisten en el ámbito de la gestión institucional, la articulación de niveles de gobierno y la capacidad de los sistemas de salud para adaptar sus procesos frente a contextos cambiantes. Este vacío constituye el punto de partida de la presente investigación.

2.1.2 Antecedentes Nacionales.

En el Perú, el dengue continúa representando un grave problema de salud pública. Munayco et al. (2023), en su artículo titulado “*Brote de Dengue — Perú, 2023*”, reportan que durante el primer semestre de dicho año se notificaron 222,620 casos confirmados y 381 defunciones, cifra que representa diez veces el promedio de los cinco años previos. Las regiones más afectadas fueron Piura (130 muertes; CFR: 0,19 %), Lambayeque (115; CFR: 0,41 %) e Ica (52; CFR: 0,32 %). Los autores señalan que resulta cada vez más complejo disponer de las intervenciones y recursos necesarios para reducir la carga de enfermedad, lo que hace imprescindible fortalecer la vigilancia epidemiológica, la capacitación clínica del personal y, de manera prioritaria, promover la investigación en vacunas y en métodos de control vectorial más eficaces.³³

En la misma línea, Gutiérrez-Tudela (2024), en su publicación “*La situación actual del dengue en el Perú*”, destaca que el diagnóstico de la enfermedad aún se sustenta principalmente en criterios clínicos y epidemiológicos, siendo confirmado mediante diversas pruebas de laboratorio, tanto serológicas como moleculares y virológicas.³⁴ Entre los métodos directos de detección figuran la prueba del antígeno NS1 —fundamental para la identificación temprana de casos—, la detección de ARN viral mediante PCR en tiempo real (RT-PCR), la secuenciación genética de genotipos y el aislamiento viral en células VERO. Respecto al tratamiento, enfatiza la ausencia de antivirales específicos, por lo que la atención se centra en el manejo sintomático y en

la prevención. Advierte además que las medidas preventivas aisladas tienen eficacia limitada, recomendando la integración de estrategias combinadas.

De manera complementaria, Cabezas y Durand (2024), en su artículo *“Estrategias integradas para el control del dengue en el Perú ¿hay nuevas opciones?”*, plantean que el abordaje de la enfermedad debe ser integral, contemplando tanto diagnóstico, tratamiento y prevención, como también los impactos del cambio climático en la epidemiología del dengue. Los autores sostienen que la implementación de estas nuevas estrategias requiere del compromiso del Estado, la comunidad científica, la sociedad civil y la cooperación internacional, sumado a la inversión en tecnologías innovadoras y en sistemas de predicción de brotes vinculados a variables ambientales.

Por su parte, Castro-Orozco, Alvis-Guzmán y Gómez-Arias (2015), en un análisis comparativo entre Perú y Colombia sobre las estrategias de gestión integrada para el control del dengue, concluyen que los mayores avances se alcanzan cuando se consolidan políticas públicas sostenibles mediante programas intersectoriales, legislación sanitaria fortalecida y participación activa de la comunidad. Este estudio reafirma la importancia de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI-Dengue) como marco para orientar acciones articuladas en la región.²⁹

A nivel urbano, Bocanegra Morales y Flores Coapaza (2024), en su investigación *“Estrategias para el control del dengue en las áreas urbanas de Lima: un estudio de incidencia en Lima Sur y Lima Norte”*, realizaron un análisis cualitativo identificando factores ambientales, socioeconómicos y sanitarios que favorecen la propagación de la enfermedad. Entre los más relevantes se encuentran la carencia de servicios básicos y las condiciones que facilitan la proliferación del vector. El estudio incorpora la teoría del cambio como marco de gestión, y propone innovaciones como el uso de chatbots para educación, detección temprana y difusión de medidas preventivas. Los resultados sugieren que estas tecnologías no solo fortalecen la respuesta preventiva, sino que también generan datos en tiempo real que optimizan la toma de decisiones sanitarias, incrementando la capacidad de respuesta del sistema frente a brotes.³⁶

En relación a la gestión sanitaria, Segovia (2022), en el artículo *“La gestión sanitaria en la atención a la población indígena y afroperuana en la pandemia por la COVID-19”*, identificó limitaciones estructurales en los establecimientos del primer nivel de atención. A partir de una encuesta aplicada a 89 establecimientos de 27 provincias, se

evidenció que en el 73 % del personal encuestado no conocía el plan de respuesta a la tercera ola, en el 83 % no se contaba con presupuesto asignado y solo en el 22,7 % se habían realizado reuniones de coordinación. Estos hallazgos revelan deficiencias de gestión que también pueden extrapolarse a la implementación de estrategias de control de enfermedades transmisibles como el dengue.³²

Posteriormente, Segovia (2024) propuso en su revisión “*La gestión del cambio: una opción en la prevención y control del dengue*”, la incorporación de metodologías de gestión del cambio en las políticas y programas de control de arbovirosis. Basándose en el modelo de los ocho pasos de Kotter, el autor plantea que su adaptación al ámbito sanitario permitiría armonizar las relaciones entre los actores involucrados, promover liderazgo y gobernanza, y asegurar la sostenibilidad de las intervenciones. Se resalta la necesidad de orientar a los tomadores de decisiones hacia procesos participativos que integren recursos y movilización social.⁵⁰

En conclusión, los antecedentes nacionales muestran que el Perú enfrenta una alta carga epidemiológica por dengue, que se agrava por factores estructurales y ambientales, así como por limitaciones en la gestión sanitaria. Si bien existen propuestas innovadoras y experiencias comparadas que apuntan a un abordaje integral, persiste un vacío en la aplicación sistemática de metodologías de gestión del cambio como soporte para fortalecer la eficacia y sostenibilidad de las estrategias de prevención y control en el primer nivel de atención.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Modelo de Gestión del Cambio adecuado para la prevención y control del dengue.

El modelo de gestión del cambio constituye un marco conceptual diseñado para explicar de qué manera se desarrollan las intervenciones orientadas a transformar una organización o un sistema. Desde su formulación inicial por John Kotter en la obra *Leading Change* (Harvard Business School Press, 1996), se ha convertido en una de las teorías del cambio más reconocidas y validadas a nivel internacional. Su propuesta se estructura en ocho pasos secuenciales que permiten guiar y liderar procesos de transformación de manera sistemática.

Una primera enseñanza derivada de esta teoría señala que todo proceso de cambio requiere transitar por diversas fases, cada una de ellas con un tiempo de maduración

particular; los intentos de acelerar dichas etapas suelen generar resultados poco sostenibles. Una segunda lección fundamental consiste en reconocer que la omisión o el error en cualquiera de las fases puede generar consecuencias críticas, como la pérdida del impulso organizacional o la anulación de logros alcanzados tras esfuerzos significativos. En sus primeras aplicaciones, este modelo se utilizó principalmente en el ámbito empresarial, en respuesta a entornos de negocios caracterizados por alta competitividad y constante transformación.

La importancia de la gestión del cambio en el sector salud ha sido resaltada por organismos internacionales. En 2015, durante el Foro Regional para la formulación de la Estrategia de Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, convocado por la OPS/OMS en Washington D.C., se reconoció la necesidad de dotar a los gerentes y líderes sanitarios de estrategias efectivas para gestionar el cambio. En dicha reunión se enfatizó que las transformaciones en salud requieren cuestionar prácticas tradicionales, explorar nuevas modalidades de trabajo e incorporar instrumentos metodológicos que faciliten la conducción del proceso. Dentro de esas herramientas, se subrayó teorías validadas, como el modelo de ocho pasos de Kotter, incluso planteando adaptaciones específicas al contexto de los servicios sanitarios.³⁰

La OPS propuso así una versión modificada de los ocho pasos de Kotter para su aplicación en el ámbito de la gestión sanitaria (Figura 1). Estas adaptaciones buscan responder a la naturaleza particular de los sistemas de salud, caracterizados por la complejidad organizativa, la heterogeneidad de actores involucrados y la necesidad de generar cambios sostenibles en beneficio de la salud pública.

Figura N°1. Procesos modificados J. Kotter para liderar el cambio. OPS



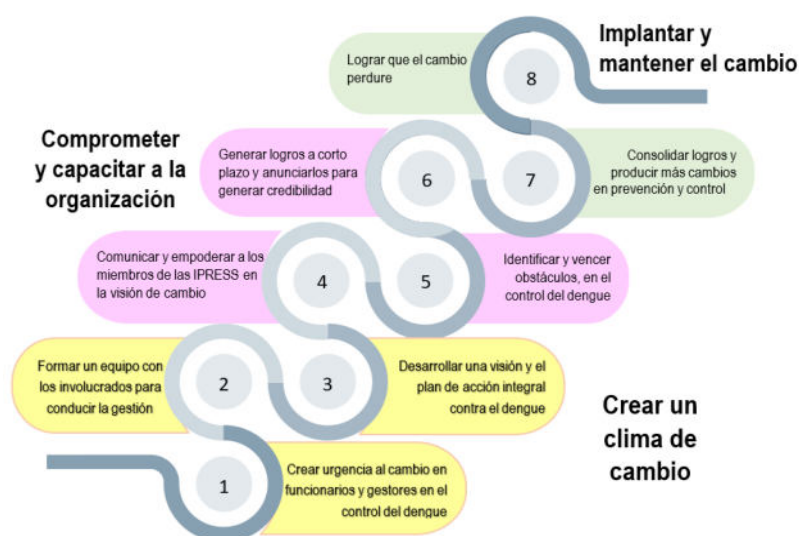
La OPS/BID/BM (2025), ha realizado la actualización para el desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RIS), y ha incorporado como elemento clave a la gestión del cambio, que permite responder a la necesidad de facilitar la adopción de nuevas prácticas organizativas y operativas, y reducir las resistencias al cambio, promover una cultura por resultados y orientar al logro de los objetivos estratégicos de una RIS. La Gestión del cambio ha sido considerado como un atributo más de las RIS, dentro del dominio de gobernanza, participación social y acción intersectorial.²¹

Luego del análisis de estas propuestas, se ha definido para la intervención contra el dengue un esquema adecuando de los ocho pasos de J. Kotter, y organizados en sus tres momentos clave (Figura 2):

- **Momento I: Crear un clima para el cambio**, compuesto por tres pasos orientados a generar conciencia, sentido de urgencia y coaliciones de liderazgo.
- **Momento II: Comprometer y capacitar a la organización**, que agrupa otros tres pasos dirigidos a comunicar la visión, empoderar a los equipos y eliminar barreras.
- **Momento III: Implantar y mantener el cambio**, integrado por dos pasos centrados en asegurar la consolidación de logros y anclar las nuevas prácticas en la cultura institucional.

En este marco, se adecuó los pasos de J. Kotter para organizar un modelo de gestión del cambio que oriente en el desarrollo de un plan de acción integral, donde los gestores comprendan y lideren el cambio en la prevención y control del dengue.⁵⁰

Figura N°2. Adecuación de los 8 pasos de la Gestión del Cambio para la prevención y control del dengue.⁵⁰



Fuente: Adecuado de Gestión del Cambio. John Kotter (1996).

2.2.2 Estrategia para el desarrollo del Plan de Cambio contra el dengue (Adecuado del Modelo EMOI).

En el sector salud la innovación debe ser correctamente planificada, organizada, dirigida, y controlada. Requiere de una gestión continua, de procedimientos y técnicas que garanticen su éxito.³⁸ El modelo EMOI (Modelo de Excelencia en la Gestión de la Innovación) permite gestionar de manera estructurada y conjunta las herramientas, metodologías necesarias para planificar, desplegar y medir la innovación en la organización. O sea, proporciona la metodología necesaria para convertir las demandas y tendencias, en retos reales para crear valor en sus productos o servicios y que este sea percibido como excelente por los grupos de interés.³⁹

En la intervención se realizó una adecuación al Modelo de Excelencia en la Gestión de la Innovación (EMOI) y la herramienta de innovación MPDCA (Metaplanificar, Planificar, Hacer, Verificar y Actuar) es un sistema de mejora continua que va de la mano con el modelo EMOI (desarrollado por la Universidad Politécnica de Valencia – España, 2019), que permite tener una visión más clara sobre quiénes son los verdaderos usuarios. Para esto, es importante conocer el concepto del modelo EMOI que se define como la manera en que la organización gestiona sus actividades para transformarse o parte de ellas (procesos, productos, servicios, estrategias) y añadir cada vez más valor añadido a los clientes y a los principales grupos de interés. El modelo EMOI es el modelo de innovación, y se sustenta en cuatro etapas para poder alcanzar el objetivo esperado, estos son los criterios (C):

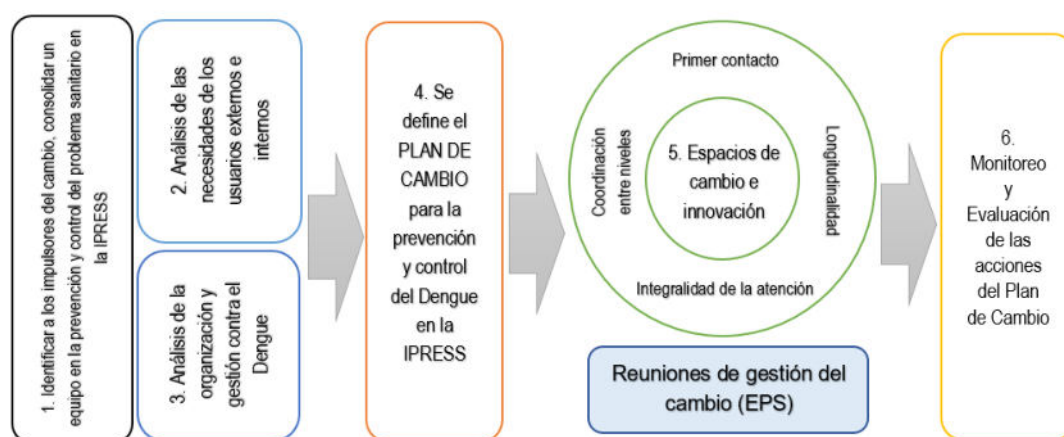
C1 – Los impulsores de la innovación (necesidades y requisitos), El análisis y la evaluación tanto de los clientes y comprender a la organización y su entorno. C2 – La definición de la propuesta de valor de la innovación (El Plan de cambio) C3 – Los espacios para la innovación. Aquí se cuentan con herramientas para desplegar efectivamente la respuesta de la innovación en cada espacio de la innovación. C4 – Resultados de la innovación.⁴⁰

Uno de los principales errores que se cometen en la actualidad es el de saltarse el paso número uno (C1), pues este es el más importante, es el paso del metaanálisis, ya que ahí es donde se decide responder como esta necesidad de los usuarios y los impulsores de la innovación o intervención, y es aquí cuando debemos empezar a observar quiénes realmente son los usuarios a los que les vamos a ofrecer la propuesta de valor.

Para los fines del estudio, se ha adecuando los criterios, el Criterio 1, contiene los tres elementos, siendo el primero, Identificar a los impulsores del cambio y consolidar un equipo ampliado en la prevención y control del dengue. Segundo, el análisis de las necesidades de los usuarios internos y externo. Tercero, análisis de la organización gestión y prestación contra el dengue, en base a la EGI-Dengue, y los atributos de la Atención Primaria de la Salud (APS). Cuarto, se obtiene con ellos el Plan de cambio para la prevención y control del dengue en cada establecimiento de salud, y Quinto, para ejecutar las acciones definidas en el Plan se tiene el espacio de cambio e innovación, espacio que para su puesta en marcha necesita a la estrategia de la Educación Permanente en Salud (EPS). Sexto, el componente de Monitoreo y Evaluación de acciones del Plan de cambio.

Se incorpora en la figura 3, los componentes con las adecuaciones realizadas para el presente estudio.

Figura N°3. Estrategia para el desarrollo del Plan de Cambio contra el dengue (Adecuado del Modelo EMOI) ².



Fuente: Adecuado del Modelo de Gestión de la Innovación Organizacional EMOI (Universidad Politécnica de Valencia), 2020

2.2.3 Estrategia de las Reuniones de Gestión del Cambio una aplicación de la Educación Permanente en Salud (EPS).

La Educación Permanente en Salud (EPS) representa una herramienta estratégica de gestión y educativa, que permite intervenciones que favorecen la transformación de modelos y procesos de trabajo en las instituciones de salud, mediante cambios en las prácticas técnicas y sociales. Es imperativo avanzar hacia un programa educativo de EPS que integre los siguientes componentes:

1. **Análisis de la cultura laboral y los valores profesionales:**
Se promueve un enriquecimiento personal de los participantes mediante un proyecto educativo que incluya no solo el saber académico, sino también los conocimientos individuales y grupales que emergen de la experiencia cotidiana.
2. **Incorporación del saber tecnológico como práctica activa:**
Es necesario entender el saber tecnológico como resultado de una construcción activa, donde teoría y práctica se integran para resolver problemas en los servicios o dentro de los marcos valorativos, en contraposición a una recepción pasiva de conocimientos.
3. **Reconocimiento institucional de la EPS como estrategia educativa:**
Se plantea que la EPS funcione como estrategia educativa integrada y reconocida por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS). Este enfoque adopta como hipótesis válida la incorporación de la formación dentro de la vida cotidiana institucional, entendida como parte del proceso de producción del servicio. De esta manera, la EPS podría dinamizar los servicios, revalorizar al trabajador y superar desafíos en la práctica, sin abandonar las políticas sanitarias o normativas, sino más bien respondiendo a ellas desde las particularidades del contexto laboral (Davini, OPS, 1995).

EPS en el proceso de trabajo: La EPS sirve como eje de la formación laboral dentro del trabajo mismo, integrando la capacitación continua al desempeño del servicio y alineándose con el plan operativo local, el plan de salud, los planes de desarrollo de las personas o instituciones prestadoras, así como con el Modelo de Cuidados Integrales de Salud (MCI) y las Redes Integradas de Salud (RIS).

Operacionalización de la EPS: Se implementa a través de Reuniones de Gestión del Cambio (RGC) que involucran a los actores implicados, utiliza una adecuación de la metodología del análisis crítico de la práctica (ACP). Mediante estas reuniones, se promueve el aprendizaje basado en la identificación y priorización de problemas reales. El equipo reflexiona sobre la práctica cotidiana, analiza los problemas del plan y genera soluciones teóricas y propuestas. Este proceso facilita el desarrollo de competencias, el trabajo en equipo y el mejoramiento del desempeño, siempre orientado a optimizar el acceso, cobertura y calidad del servicio.

En este sentido, la figura 3 se diseña la ubicación central de las Reuniones de Gestión del Cambio dentro del diseño de la intervención. En la Figura 4. Se presenta el diseño de los pasos de las RGC.

Figura N°4. Diseño de los pasos de las sesiones de gestión del cambio



Fuente: Adecuado del Análisis Crítico de la Práctica (OPS. M.C. Davini)

2.3 Hipótesis de la investigación

2.3.1 Hipótesis general:

El modelo de gestión del cambio es eficaz para fortalecer la prevención y control del dengue en establecimientos del Primer Nivel de Atención de la provincia de Chincha, Región Ica, 2024

2.3.2 Hipótesis específicas:

1. El modelo orientador de la gestión del cambio es eficaz para facilitar la prevención y control del dengue en el Primer Nivel de Atención en los establecimientos de salud intervenidos.
2. El desarrollo del Plan de cambio en los establecimientos de salud intervenidos es eficaz para el desarrollo de la Gestión Integrada contra el Dengue en el marco de los atributos de la APS.
3. Las Reuniones de Gestión del Cambio son eficaces para el desarrollo de las actividades del Plan de cambio en los establecimientos de salud intervenidos.
4. El clima organizacional mejora luego de la intervención con reuniones de gestión del cambio en los establecimientos de salud intervenidos.

2.4 Identificación de variables:

Variables Independientes

- Eficacia del modelo orientador de la gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en el Primer Nivel de Atención.
- Eficacia del Plan de cambio para la Gestión Integrada contra el Dengue en el marco de los atributos de la APS.
- Eficacia de las Reuniones de Gestión del Cambio para el desarrollo del plan.

Variable Dependiente

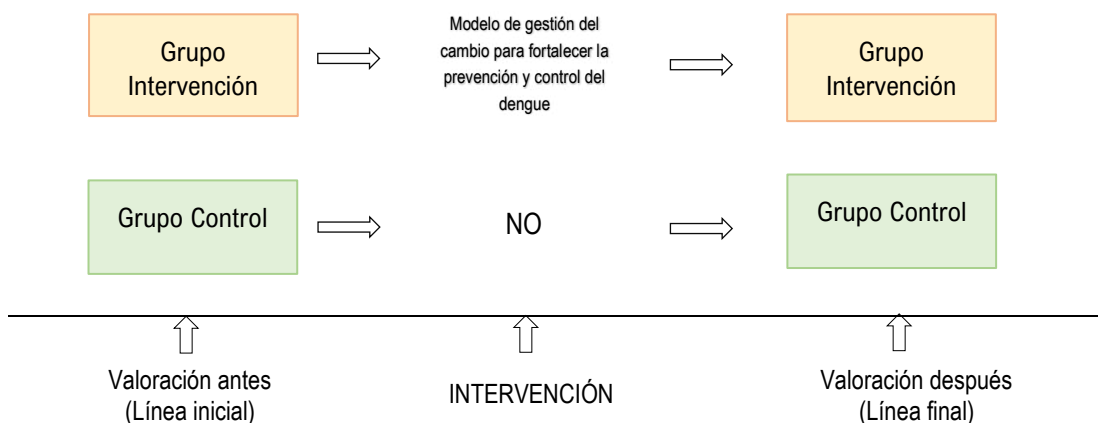
- Mejora del clima organizacional en los establecimientos intervenidos.

2.5 La operacionalización de las variables se muestra en el Anexo 1.**2.6 Matriz de consistencia Anexo 2**

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

Es una investigación cuasi-experimental (grupo de intervención y grupo control), analítica, de orientación longitudinal, y en el tiempo es prospectivo.



3.2 Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por el conjunto de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Primer Nivel de Atención ubicadas en las provincias de Chíncha e Ica, pertenecientes a la región Ica, que desarrollan actividades de promoción, prevención, vigilancia y control del dengue en el marco de las políticas nacionales de salud.

Esta población comprendió a los centros que presentan características organizacionales, funcionales y operativas similares, tales como nivel de complejidad, cobertura poblacional, capacidad resolutoria, recursos humanos disponibles y antecedentes epidemiológicos vinculados a la incidencia del dengue, lo que permitió su inclusión dentro del ámbito de la investigación.

En correspondencia con el diseño cuasi-experimental, la población fue organizada en dos grupos: el de intervención, conformado por las IPRESS de la provincia de Chíncha, en las cuales se implementó el modelo de gestión del cambio; y el grupo control, integrado por las IPRESS de la provincia de Ica, en las que se mantuvo la gestión habitual durante el periodo de análisis.

La delimitación de este universo permitió establecer condiciones de comparabilidad entre los grupos, así como evaluar el efecto de la intervención sobre los procesos de gestión institucional y sobre el desempeño en la prevención y control del dengue en el Primer Nivel de Atención.

3.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo representada por los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención seleccionados para el grupo de intervención y el grupo control,

integrados por seis Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), distribuidas en las provincias de Chíncha e Ica.

Cada IPRESS fue considerada como una unidad organizacional independiente, en la cual se evaluaron los procesos de gestión, planificación, organización, coordinación y ejecución de las acciones frente al dengue, antes y después de la intervención.

En el grupo de intervención, las unidades de análisis correspondieron a las IPRESS donde se implementó el modelo de gestión del cambio, incluyendo el modelo orientador, el Plan de Gestión Integrada contra el Dengue y las reuniones de gestión basadas en la Educación Permanente en Salud. En el grupo control, las unidades de análisis estuvieron conformadas por las IPRESS que continuaron con los procedimientos regulares establecidos por la autoridad sanitaria.

Esta delimitación permitió examinar comparativamente los efectos de la intervención a nivel institucional, garantizando la coherencia entre los objetivos del trabajo, el diseño metodológico y las variables evaluadas.

3.4 Tamaño de muestra

El tamaño de la muestra estuvo integrado por seis Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Primer Nivel de Atención, distribuidas en tres centros para el grupo de intervención y tres para el grupo control.

La determinación del tamaño muestral no se basó en un cálculo probabilístico tradicional, debido a la naturaleza cuasi-experimental, organizacional e institucional de la investigación, así como a las características de la intervención, centrada en la implementación de un modelo de gestión del cambio a nivel de servicios de salud.

En este tipo de investigaciones, el tamaño de la muestra se define principalmente en función de criterios de factibilidad operativa, accesibilidad institucional, disponibilidad de recursos, estabilidad organizacional y posibilidad de seguimiento continuo durante el periodo de intervención.

Por otra parte, se consideró la capacidad de las IPRESS seleccionadas para generar información válida, confiable y suficiente para evaluar los efectos del modelo de gestión del cambio en los procesos de prevención y control del dengue.

La inclusión de tres establecimientos por grupo permitió realizar comparaciones sistemáticas entre el de intervención y el de control, identificar variaciones en los indicadores evaluados y analizar cambios en el clima organizacional, en la gestión institucional y en la respuesta sanitaria frente al dengue.

De igual manera, el tamaño de la muestra fue coherente con estudios previos en gestión sanitaria y evaluación de intervenciones organizacionales, en los cuales se prioriza la profundidad del análisis institucional sobre la cantidad de unidades observadas, privilegiando el seguimiento longitudinal y el análisis contextual.

Por último, el tamaño muestral seleccionado garantizó la viabilidad técnica, logística y financiera del estudio, sin comprometer la rigurosidad metodológica ni los objetivos de la investigación.

3.5 Selección de muestra

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico, de tipo intencional o por criterios, en concordancia con el diseño cuasi-experimental del estudio y con los fines planteados.

Este tipo de muestreo permitió identificar y seleccionar las IPRESS que reunieran condiciones epidemiológicas, organizacionales y operativas similares, así como una alta relevancia para la problemática del dengue, garantizando la pertinencia y viabilidad de la intervención.

La muestra estuvo conformada por seis Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Primer Nivel de Atención, distribuidas en dos grupos: tres establecimientos asignados al de intervención, ubicados en la provincia de Chincha, y tres asignados al grupo control, ubicados en la provincia de Ica.

La asignación de los centros a los grupos no fue aleatoria, sino que respondió a criterios técnicos, epidemiológicos y administrativos, considerando la factibilidad de implementación del modelo de gestión del cambio, el acceso institucional y la disposición de las autoridades locales para participar en la investigación.

Con el fin de fortalecer la comparabilidad, se seleccionaron IPRESS con características semejantes en cuanto a nivel de complejidad, tamaño poblacional adscrito, capacidad resolutive, recursos humanos disponibles, estructura organizativa y antecedentes de incidencia de dengue.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en la investigación las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cumplieron con las siguientes condiciones:

- Establecimientos del Primer Nivel de Atención pertenecientes a las provincias de Chincha e Ica, región Ica.
- IPRESS con antecedentes documentados de alta o moderada incidencia de dengue en los últimos años.
- Centros que desarrollaban actividades regulares de promoción, prevención, vigilancia y control del dengue.
- IPRESS como grupo de intervención, que tienen responsabilidad distrital, de la provincia de Chincha, con la más alta tasa de incidencia y porcentaje de casos presentados de dengue. Y como grupo control las IPRESS con responsabilidad distrital de la provincia de Ica, que tuvieron las más altas tasas de incidencia y porcentaje de casos en el año 2024 (Cuadro N° 1).
- Establecimientos con autorización institucional para participar en la investigación.
- IPRESS con disponibilidad para implementar y monitorear el modelo de gestión del cambio durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión

Se excluyeron de la investigación las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presentaron alguna de las siguientes situaciones:

- Establecimientos de salud de segundo o tercer nivel de atención.
- IPRESS ubicadas fuera del ámbito geográfico definido para el estudio.
- Centros que se encontraban en procesos de reestructuración, cierre temporal o intervención administrativa durante el periodo de investigación.
- IPRESS con alta rotación del personal de salud que pudiera afectar la continuidad de la intervención.
- Establecimientos que no contaban con información epidemiológica actualizada sobre dengue.
- IPRESS que no otorgaron el consentimiento institucional para participar en el estudio.

Cuadro N°1. Información sobre tasa de incidencia de dengue en los establecimientos del grupo intervención y control, 2024.

Grupo de Intervención IPRESS/Distrito/ Provincia Chincha	% de casos	Tasa de Incidencia acumulada TIA x 100,000 Hab. 2024	Grupo control IPRESS/Distrito/ Región Ica	% de casos	Tasa de Incidencia acumulada TIA x 100,000 Hab. 2024
CS Pueblo Nuevo	4.92	1,964.67	CS La Tinguña	7.34	4,318.96
CS Grocio Prado	2.86	2,775.05	CS Subtanjalla	7.02	5,889.06
CS Sunampe	2.76	2,444.49	CS Parcona	5.71	2,901.69

Fuente: CDC MINSA. Sala situacional de enfermedades Metaxénicas, SE: 51, 2024

3.6. Procedimiento de recolección de datos cuantitativos y cualitativos

Se realizó la obtención de datos al inicio (Línea de inicio) y al final (Línea final) del proceso de intervención. Se obtuvieron datos primarios a través de cuestionarios, mientras que los datos secundarios provinieron de bases de datos de fuentes oficiales.

3.6.1 Plan de recolección de datos

Los cuestionarios se aplicaron de forma presencial, contando con la participación de los miembros de los equipos de gestión de cada IPRESS, o del personal asistencial y administrativo, según fuera el caso. Estas mediciones se efectuaron utilizando el mismo instrumento y de manera simultánea en el propio emplazamiento de las IPRESS asignadas a los grupos de intervención y control.

3.6.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

A continuación, se describen los diferentes instrumentos de medición aplicados para las evaluaciones cuantitativas y cualitativas:

3.6.2.1 Para datos secundarios

Se aplicó un formulario de obtención de datos cuyo primer segmento recopila información general del ámbito de intervención y de control. Se obtuvieron desde los archivos del Ministerio de Salud los registros sobre la categoría de las IPRESS estudiadas, la población total y la población esperada de niños, adultos mayores y gestantes (REUNIS del Ministerio de Salud, 2025). Para evaluar las reuniones de gestión desarrolladas en las IPRESS para enfrentar el problema del dengue, la información se extrajo de los libros de actas de reuniones de cada institución. Respecto a las tasas de incidencia de dengue, la tasa de letalidad, el número de casos y los casos acumulados para las IPRESS investigadas, los datos se obtuvieron de la base de datos de la página oficial del MINSA (CDC MINSA, 2023, 2024 y 2025).

3.6.2.2 Para datos Primarios.

Los cuestionarios utilizados fueron los siguientes:

- **a) Ficha para evaluar el modelo orientador de la gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en el Primer Nivel de Atención:**
Se diseñó una ficha para evaluar los pasos del modelo de gestión del cambio adecuados para la implementación en la prevención y control del dengue. La información recogida se estructuró sobre la base de cinco preguntas relacionadas con los primeros pasos de la gestión del cambio (adaptados para el presente estudio a partir de lo propuesto por J. Kotter), empleando respuestas de carácter categórico. Se realizó la evaluación inicial y final de los elementos del modelo de gestión del cambio en los grupos de intervención y de control.
- **b) Desarrollo, validación y operacionalización de la Ficha de programación y evaluación del Modelo de intervención basado en la EGI-Dengue y los atributos de la APS:** Este instrumento analítico se estructuró a partir de una matriz de convergencia tecno-operativa que integró las directrices de la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue (EGI-Dengue) de la OPS/OMS y el Plan de prevención y control del dengue del pliego sectorial. El proceso de diseño metodológico decantó en la formulación de 29 estándares operacionales orientados a modelar la gestión local en el primer nivel de

atención. La validación de contenido se ejecutó mediante un comité de juicio de 10 expertos, el cual estuvo integrado por especialistas del nivel macro (un médico infectólogo y un epidemiólogo de alcance nacional) y profesionales clínico-gestores de nivel micro (expertos locales con experiencia directa en el tratamiento de usuarios y conducción de IPRESS en escenarios endémicos). Para cuantificar la concordancia interjueces respecto a los criterios de claridad, contenido, lenguaje y utilidad de los ítems, se aplicó una escala ordinal de 1 a 5 y se procesó el coeficiente V de Aiken. Este estadístico operó estrictamente como un índice métrico de validez de contenido y consistencia conceptual, diferenciándose de las pruebas inferenciales de contraste de hipótesis. Tras la evaluación, el procedimiento estadístico arrojó evidencia psicométrica favorable de validez de contenido, legitimando la idoneidad y el poder de discriminación de la ficha. En consecuencia, el instrumento fue formalmente liberado y empleado para el levantamiento de los datos primarios en las seis unidades de análisis en dos momentos transversales: el diagnóstico basal (Línea inicial) y el monitoreo de cierre (Línea final), sirviendo simultáneamente como el eje conductor para el diseño y evaluación de los planes de cambio en las IPRESS del grupo de intervención (Anexo 4).

- **c) Ficha de Reuniones de Gestión del Cambio desarrolladas en relación al Plan de Gestión Integrada contra el dengue en el marco de los atributos de la APS:** Se aplicó una ficha de registro sobre la cantidad de reuniones de gestión desarrolladas de forma mensual en los establecimientos de salud, buscando directamente en los libros de actas el registro de las reuniones de gestión del cambio efectivamente ejecutadas.
- **d) Cuestionario para evaluar el clima organizacional:** Este instrumento ha sido aprobado por el Ministerio de Salud y cuenta con niveles demostrados de confiabilidad y validez al haber sido aplicado en diferentes IPRESS del Perú. El cuestionario permite conocer de forma científica y sistemática las opiniones del personal acerca de su potencial humano, el diseño organizacional y la cultura organizacional, abarcando dimensiones como liderazgo, innovación, confort, toma de decisiones, comunicación organizacional y motivación, elementos necesarios para evaluar los efectos de los componentes del modelo de gestión del cambio en la prevención y control del dengue. Este instrumento fue aprobado como

herramienta metodológica mediante la *Ficha de Metodología de estudio de clima organizacional del MINSA* (RM N° 468-2011/MINSA) (Anexo 5).

3.7 Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante procedimientos sistemáticos orientados a garantizar la calidad, consistencia y validez de la información recolectada. Inicialmente, los datos fueron organizados, codificados e ingresados en una base de datos elaborada en Microsoft Excel, donde se efectuó el control de calidad, verificación de coherencia interna y detección de valores atípicos. Posteriormente, la base de datos fue exportada al programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 27 para su procesamiento definitivo.

Previo al análisis estadístico, se realizó una exploración preliminar de los datos con el fin de evaluar su integridad, consistencia y completitud. Asimismo, se examinó la confiabilidad y validez de los instrumentos utilizados, de acuerdo con los procedimientos establecidos en la matriz de operacionalización de variables y los criterios psicométricos definidos.

Análisis descriptivo

El análisis descriptivo permitió caracterizar a los establecimientos del grupo de intervención y del grupo control, así como a las variables organizacionales, de gestión y epidemiológicas. Para la descripción de las variables cualitativas se utilizaron tablas de frecuencias absolutas, porcentajes y representaciones gráficas. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (media y mediana), medidas de dispersión (desviación estándar y rango) y se evaluó su distribución mediante pruebas de normalidad.

Asimismo, se describieron los principales indicadores epidemiológicos del dengue en las zonas de intervención y control, tales como número de casos, tasa de incidencia acumulada por 100 000 habitantes, número de fallecidos y tasa de letalidad, correspondientes a la línea base y a la medición final.

Análisis inferencial y bivariado

El análisis inferencial se orientó a contrastar las hipótesis planteadas y a evaluar la eficacia del modelo de gestión del cambio. Previamente, se verificaron los supuestos

de normalidad y homogeneidad de varianzas para determinar la aplicación de pruebas paramétricas o no paramétricas.

Para la comparación de variables cuantitativas entre el grupo de intervención y el grupo control se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes cuando se cumplieron los supuestos de normalidad. En caso contrario, se aplicaron pruebas no paramétricas equivalentes.

Para evaluar la asociación entre variables categóricas se empleó la prueba de chi-cuadrado. Cuando más del 20 % de las celdas presentó valores esperados menores a cinco, se utilizó la prueba exacta de Fisher. El nivel de significancia estadística se estableció en $\alpha = 0,05$, y se calcularon intervalos de confianza al 95 % para las estimaciones correspondientes.

En respuesta a la necesidad de evaluar los efectos longitudinales, se realizaron análisis comparativos entre la línea basal y la final, lo que permitió identificar de manera secuencial los cambios producidos tras la intervención en ambos grupos de estudio.

3.7.1 Análisis de las variables organizacionales y de gestión

Las variables relacionadas con la gestión del cambio y el clima organizacional fueron analizadas considerando su aplicación en el grupo de intervención y su comparación con el grupo control. Estas variables incluyeron:

- La eficacia del modelo orientador de la gestión del cambio.
- La eficacia del Plan de Cambio para la Gestión Integrada contra el Dengue en el marco de los atributos de la Atención Primaria de Salud.
- La eficacia de las Reuniones de Gestión del Cambio para el desarrollo del Plan de Cambio.
- El clima organizacional, en sus dimensiones: comunicación, conflicto, confort, identidad institucional, innovación, liderazgo, motivación, trabajo en equipo y toma de decisiones.

Para el análisis de estas variables se construyeron tablas comparativas, gráficos y cuadros de síntesis, que permitieron identificar patrones, tendencias, similitudes y diferencias entre los grupos de estudio y los momentos de medición.

Los puntajes obtenidos en las escalas e instrumentos aplicados fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial, de acuerdo con su nivel de medición y con lo establecido en los cuadros de operacionalización de variables.

Integración y validación de resultados

En última instancia, los análisis estadísticos se orientaron a la contrastación de las hipótesis planteadas y a la evaluación del cumplimiento de los objetivos específicos. Se realizaron análisis adicionales cuando fue necesario para profundizar en la interpretación de los resultados y fortalecer su consistencia interna.

Los resultados finales fueron sistematizados, interpretados en función del marco teórico y presentados en tablas y figuras, garantizando su coherencia metodológica, rigor científico y pertinencia para la toma de decisiones en salud pública.

3.8 Aspectos éticos de la investigación

La presente investigación se desarrolló en estricto cumplimiento de los criterios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Para la ejecución de los grupos focales, se utilizó un guion previamente diseñado donde se especificó a los participantes que la conversación sería grabada y posteriormente transcrita. La participación en el estudio fue completamente voluntaria, informando formalmente a cada integrante sobre su derecho a interrumpir su colaboración en cualquier momento, sin que ello le generara ningún tipo de perjuicio institucional o personal.

Por otra parte, el protocolo de investigación fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica para proceder según correspondía (Anexo 7). Asimismo, se comunicó el alcance del estudio y se obtuvo la autorización correspondiente de la autoridad sanitaria regional, asumiendo el compromiso formal de garantizar la protección de las personas, minimizar los riesgos y asegurar los beneficios derivados de la intervención.

CAPITULO 4. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN Y CONTROL DEL ESTUDIO.

El proceso de intervención se inició en noviembre de 2025 mediante la selección intencional de establecimientos del Primer Nivel de Atención que presentaban perfiles epidemiológicos, funcionales y operativos comparables. El Grupo de Intervención (GI) quedó conformado por los Centros de Salud de Sunampe, Grocio Prado y Pueblo Nuevo, pertenecientes a la provincia de Chincha. Por su parte, el Grupo de Control (GC) integró a los Centros de Salud de La Tinguiña, Parcona y Subtanjalla, situados en la provincia de Ica.

Como se detalla en el Cuadro N° 2, el Grupo de Intervención consolidó una densidad poblacional total de 144 941 habitantes. En términos de vulnerabilidad demográfica frente a la transmisión del dengue, destaca que el 15,79 % ($n = 22\,888$) correspondió a población pediátrica en el rango de 0 a 11 años, mientras que el 12,00 % ($n = 17\,384$) estuvo constituido por adultos mayores de 60 años a más. Asimismo, para este grupo se proyectó una cohorte de 2 333 gestantes esperadas, equivalente al 1,61 % del total poblacional adscrito. Desde la perspectiva de la capacidad resolutive, las unidades de análisis se encuentran categorizadas en los niveles I-3 e I-4, articulándose en sus respectivos distritos con redes locales de establecimientos de menor complejidad de categorías I-2 e I-3.

En contraste, el Grupo de Control exhibió una configuración demográfica análoga, registrando una población total de 152 826 habitantes. La distribución de los grupos de riesgo mostró variaciones marginales respecto al grupo intervenido, reportando un 12,24 % ($n = 18\,709$) de población infantil de 0 a 11 años y un 12,12 % ($n = 18\,522$) de adultos mayores de 60 años a más. A su vez, la población de gestantes esperadas para este grupo representó el 1,33 % ($n = 2\,028$) de la población general. Respecto a la infraestructura sanitaria, el Grupo de Control mantuvo simetría operativa con el Grupo de Intervención, evidenciando un predominio homogéneo de la categoría I-3 en sus establecimientos cabecera de distrito.

Cuadro N°2. Datos generales en los ámbitos de intervención y control, 2025

Provincia / distrito	IPRESS	Categoría	Población 2024	Niños de 0-11 años	60 años a más	Gestantes esperadas	Establecimientos de Salud del distrito
Chicha	Grupo de intervención						
Pueblo Nuevo	CS Pueblo Nuevo	I-4	77,297	9,553	8,690	960	Los Alamos I-2 El Salvador I-2 San Isidro I-3
Grocio Prado	CS Grocio Prado	I-3	32,648	5,761	4,153	653	Topara I-2 Balconcito I-2
Sunampe	CS Sunampe	I-3	34,996	7,574	4,541	720	---
Total			144,941 (100%)	22,888 (15.79%)	17,384 (12%)	2,333 (1.61%)	
Ica	Grupo Control						
La Tinguina	CS La Tinguina	I-3	54,659	8,978	6,792	1,026	Santa Barbara I-2 Chanchajalla I-2
Subtanjalla	CS Subtanjalla	I-3	38,760	2,771	4,291	287	Arrabales I-2 Yanquiza I-2 La Angostura I-3 Fonavi IV I-3
Parcona	CS Parcona	I-3	59,407	6,960	7,439	715	Pasaje Tinguina Valle I-2 Acomayo I-3
Total			152,826 (100%)	18,709 (12.24%)	18,522 (12.12%)	2,028 (1.33%)	

Fuente: REUNIS del Ministerio de Salud, 2025

En consecuencia, la equivalencia en las condiciones del entorno, la estructura sanitaria y el perfil poblacional garantiza que las unidades de análisis sean altamente comparables. Esta uniformidad permite inferir que las variaciones detectadas tras la aplicación del **Modelo de Gestión del Cambio** podrán atribuirse a la eficacia de la intervención y no a variables intervinientes derivadas de diferencias estructurales entre los ámbitos de estudio.

En consecuencia, la equivalencia demostrada en las condiciones del entorno, la estructura sanitaria y el perfil sociodemográfico inicial garantiza que las unidades de análisis seleccionadas posean niveles óptimos de comparabilidad. Esta uniformidad permite inferir que las variaciones y diferencias estadísticas detectadas tras la aplicación del Modelo de Gestión del Cambio podrán atribuirse directamente a la eficacia intrínseca de la intervención, reduciendo la influencia de variables intervinientes o de confusión derivadas de disimilitudes estructurales previas entre los ámbitos de estudio.

4.2 DESARROLLO DEL MODELO DE GESTIÓN DEL CAMBIO Y SUS COMPONENTES PARA FORTALECER LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE EN LOS ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN.

La presente investigación se orientó a responder a la pregunta: ¿Cuál es la eficacia del modelo de gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en los establecimientos del Primer Nivel de Atención de la provincia de Chincha, Región Ica? En concordancia, se formuló como hipótesis general que el modelo de gestión del cambio es eficaz para fortalecer la prevención y control del dengue en dichos establecimientos.

Para la contrastación de esta hipótesis, se procedió inicialmente a la definición conceptual y operativa del modelo de gestión del cambio a emplearse en la intervención. A partir de la revisión sistemática de bases teóricas especializadas y de la experiencia acumulada en la aplicación de modelos de gestión del cambio en otros problemas sanitarios prioritarios, se diseñó un modelo específico orientado al fortalecimiento de la prevención y control del dengue (Figura N° 5).

El modelo propuesto se estructuró en tres componentes fundamentales:

1. Un modelo orientador de la gestión del cambio, basado en los ocho pasos propuestos por John Kotter, adaptados al contexto de los establecimientos del Primer Nivel de Atención y a las particularidades de la intervención contra el dengue.
2. Un componente de planificación y gestión, sustentado en la Estrategia de Gestión Integrada contra el Dengue y en los atributos de la Atención Primaria de Salud, adecuado a partir del modelo de innovación organizacional EMOI.
3. Un componente dinamizador, constituido por las reuniones de gestión del cambio en el marco de la estrategia de Educación Permanente en Salud (EPS), orientadas a fortalecer la reflexión crítica e implementación efectiva del Plan de Cambio.

La integración de estos componentes permitió definir un modelo de gestión del cambio orientado a fortalecer de manera sistemática la capacidad organizacional y operativa de los establecimientos intervenidos frente al dengue.

Por otra parte, la validez conceptual y operativa del modelo se sustenta en experiencias previas documentadas en diversas investigaciones, entre las que destacan: *La gestión sanitaria en la atención a la población indígena y afroperuana en la pandemia por la COVID-19* (2022)³³; *Un modelo de gestión para incorporar la interculturalidad en la prevención y control de la tuberculosis en Ica* (2021–2022)⁴²; *La gestión del cambio: una opción en la prevención y control del dengue* (2024)⁵⁰; e *Investigación-acción en la construcción de un modelo de gestión del cambio para fortalecer intervenciones sanitarias con enfoque intercultural, Perú* (2025)⁸⁰.

Estas evidencias respaldan la pertinencia, la consistencia teórica y la aplicabilidad práctica del modelo propuesto, así como su potencial para ser replicado y adaptado en otros contextos sanitarios.

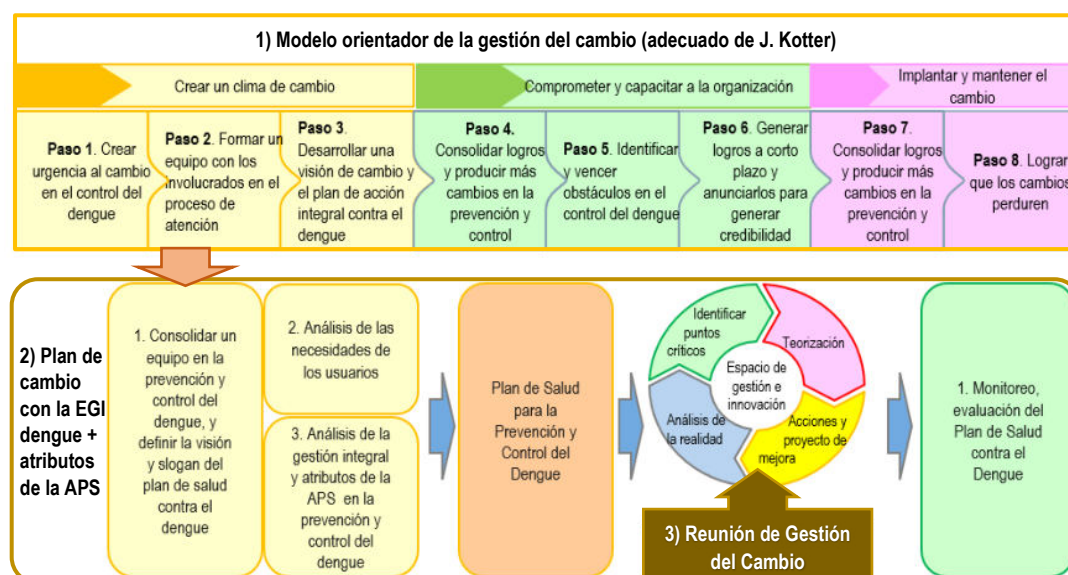


Figura N°5. Diseño del Modelo de Gestión para el Cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en los establecimientos intervenidos.

El desarrollo de la intervención permitió medir las variables principales del estudio, las cuales representan a los componentes del modelo implementado. A continuación, se detallan de forma individual los resultados obtenidos tanto en el grupo de intervención como en el de control, correspondientes a las mediciones de las líneas basal y final de la investigación.

CS Pueblo Nuevo	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	0 (0)	5 (100)
CS Grocio Prado	No	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	No	Si	1 (20)	5 (100)
CS Sunampe	No	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	2 (40)	5 (100)
Puntaje total	0	3	2	3	0	3	0	3	1	3	3 (20%)	15 (100%)
Grupo control												
CS La Tinguina	No	Si	No	Si	No	No	No	Si	Si	Si	1 (20)	4 (80)
CS Subtanjalla	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	1 (20)	1 (20)
CS Parcona	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	0 (0)	1 (20)
Puntaje total	0	3	0	1	0	0	0	1	2	1	2 (13.3%)	6 (40%)

Fuente: Ficha de evaluación a los equipos de gestión de los establecimientos de salud.

4.3.1 Análisis estadístico del desarrollo de los primeros pasos del modelo orientados de la gestión del cambio al inicio y final de la intervención.

a) Planteamiento de la hipótesis de asociación

Para la evaluación de las líneas basal y final del estudio en los grupos de intervención y de control durante la aplicación de los primeros pasos del modelo de gestión del cambio, se estructuraron las siguientes hipótesis:

- H_0 : Las variables categóricas correspondientes a la evaluación basal y a la intervención son independientes (no están relacionadas).
- H_a : Las variables categóricas correspondientes a la evaluación basal y a la intervención están relacionadas (el cambio está relacionado).

b) Nivel de significancia y confianza

- Nivel de confianza: 95 % ($Z = 1,96$).
- Alfa (α): 0,05 (margen de error crítico o nivel de significancia alfa).

c) Selección de la prueba estadística

La prueba estadística seleccionada fue la Prueba Exacta de Fisher. Esta es una prueba no paramétrica utilizada para determinar si existe una asociación estadísticamente significativa entre dos variables categóricas, cuya aplicación es mandatorio y óptima cuando se trabaja con muestras pequeñas o frecuencias esperadas reducidas.

d) Criterios de decisión

- Si $p\text{-valor} < 0,05$: se rechaza la H_0 y se acepta la H_a .
- Si $p\text{-valor} \geq 0,05$: se acepta la H_0 y se rechaza la H_a .

e) Resultados y conclusiones estadísticas

1. Evaluación de la Línea Inicial (Li)

El procesamiento de los datos basales mediante la Prueba Exacta de Fisher arrojó un p-valor igual a 1,000 (en significación bilateral de dos colas). Por lo tanto, para este análisis de la línea inicial, se aceptó la hipótesis nula (H_0) y se rechazó la hipótesis alterna o de investigación (H_a). Este hallazgo demuestra que, en la evaluación basal de los grupos de control y de intervención, las variables evaluadas eran independientes, confirmando la homogeneidad y la ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos antes de iniciar la intervención.

2. Evaluación de la Línea Final (Lf)

En la evaluación de la medición final, tras aplicar la Prueba Exacta de Fisher, se obtuvo un p-valor $< 0,001$. En consecuencia, la decisión estadística determinó el rechazo de la H_0 y la aceptación de la hipótesis alterna o de investigación (H_a). Esto demuestra que las variables de la evaluación inicial y las variables derivadas de la aplicación del modelo de intervención se encuentran significativamente relacionadas. Por consiguiente, se concluye que el cambio observado en la arquitectura y planificación del Grupo de Intervención es estadísticamente significativo (Cuadro N° 4).

Cuadro N°4. Análisis de los primeros pasos del modelo orientador de la gestión del cambio en la línea inicial y final en los grupos de intervención y control, a través de la Prueba Exacta de Fisher.

Prueba Chi-cuadrado (Línea inicial)

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,240 ^a	1	,624		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,241	1	,623		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,500
N de casos válidos	30				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Prueba Chi-cuadrado (Línea final)

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,857 ^a	1	<.001		
Corrección de continuidad ^b	10,159	1	,001		
Razón de verosimilitud	16,462	1	<.001		
Prueba exacta de Fisher				<.001	<.001
N de casos válidos	30				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Se evidencia que el cambio en el grupo de intervención es estadísticamente significativo ($p < 0,001$), lo que sugiere que en esta primera fase los pasos iniciales del modelo de gestión del cambio fueron eficaces para fortalecer la organización y planificación destinadas a la prevención y control del dengue.

4.3.2 Desarrollo de acciones como primeros pasos en la Orientación de la Gestión del Cambio

Al considerar que el primer momento del cambio representa una etapa crucial para instaurar un clima organizacional propicio, se trabajó conjuntamente con el equipo de gestión de la Red Chíncha para construir una visión estratégica orientada al control del dengue hacia el año 2027. Posteriormente, en un taller participativo, se elaboró un eslogan institucional y un plan de acción integral contra el dengue para el grupo de establecimientos de intervención. Estas acciones buscaron fortalecer al equipo de conducción y fomentar un mayor empoderamiento en la gestión del proceso de cambio (ver Cuadro N° 5).

Cuadro N°5. Desarrollo de la Visión y slogan con énfasis en la prevención y control del dengue, en la Red de Salud Chíncha y los establecimientos de salud intervenidos, 2025

Establecimiento de Salud	Red de Salud Chíncha Visión al 2027	Slogan
CS Pueblo Nuevo	<i>“Ser al 2027 un referente en la prevención y control de dengue, con una población educada en estilos de vida saludable, producto de un trabajo multidisciplinario, intersectorial, con servicios de salud más integrados y equipos de salud que brindan cuidados oportunos, seguros y de calidad, empoderados en disminuir la mortalidad por dengue”.</i>	<i>“EN PUEBLO NUEVO TODOS UNIDOS EN LA LUCHA CONTRA EL DENGUE”</i>
CS Grocio Prado		<i>“ADIOS AL ZANCUDO INTRUSO, NO AL DENGUE EN GROCIO PRADO”</i>
CS Sunampe		<i>“ QUE EN SUNAMPE TE PIQUEN LAS GANAS DE PREVENIR EL DENGUE “</i>

4.4 EFICACIA DEL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CAMBIO CONTRA EL DENGUE EN EL MARCO DE LOS ATRIBUTOS DE LA APS.

La pregunta de investigación asociada a este componente fue: ¿Es eficaz el desarrollo del Plan de cambio para implementar la Gestión Integrada contra el Dengue en el marco de los atributos de la APS, adaptado a partir del Modelo EMOI? Al respecto, se desarrolló un modelo de intervención contra el dengue tomando como base la Estrategia de Gestión Integrada (EGI-Dengue) y los atributos de la Atención Primaria de Salud (APS). Este modelo cuenta con atributos y estándares validados mediante juicio de expertos locales y nacionales (Anexo 4). Su aplicación se ejecutó a partir de enero de 2025 en los establecimientos intervenidos de la provincia de Chincha, a través del desarrollo del Plan de Salud para la prevención y control del dengue.

Los resultados obtenidos en el Grupo de Intervención demuestran un incremento porcentual en todos los atributos evaluados entre la línea inicial y la final. Específicamente, en el Centro de Salud Pueblo Nuevo se observó un incremento de 54,03 % a 72,64 %; en el Centro de Salud Grocio Prado el indicador aumentó de 49,17 % a 82,08 %; y en el Centro de Salud Sunampe se registró un ascenso del 51,39 % al 75,56 %. En términos generales, el promedio de las medias porcentuales se incrementó de un 51,53 % en la línea inicial a un 76,76 % en la línea final, lo que representa una diferencia positiva de 25,23 puntos porcentuales, con una desviación estándar de 4,83 puntos respecto a su promedio.

De los atributos evaluados en la medición final, alcanzaron la categoría de regulares (rango de ≥ 60 % a 80 %) la gestión integrada contra el dengue, la integralidad de la atención y la longitudinalidad de la atención; por su parte, la competencia cultural se ubicó en la categoría de atributo deficiente (< 60 %). El análisis individual por establecimientos de salud determinó que la unidad con mayor puntaje obtenido fue el Centro de Salud Grocio Prado, con una diferencia positiva de +32,91 puntos, seguido por el Centro de Salud Sunampe con +24,27 puntos y el Centro de Salud Pueblo Nuevo con +18,61 puntos de incremento. Por consiguiente, la evaluación final consolidada para el Grupo de Intervención fue calificada en el nivel Regular (Cuadro N° 6).

Cuadro N°6. Evaluación de la Gestión integrada y atributos de la APS en la prevención y control contra el dengue. Línea inicial y Línea final en establecimientos de salud del **Grupo de intervención** (Hasta la semana epidemiológica 26), 2025

ATRIBUTOS	CS Pueblo Nuevo		CS Grocio Prado		CS Sunampe		Evaluación global		Diferencia	Evaluación
	Li (%)	Lf (%)	Li (%)	Lf (%)	Li (%)	Lf (%)	Li (%)	Lf (%)		
1. Gestión integrada contra el dengue	33.33	72.22	44.44	88.33	50	72.22	42.59	77.59	35	Regular
2. Primer Contacto y accesibilidad	86.67	86.67	46.67	93.33	60	93.33	64.45	91.11	26.6	Bueno
3. Coordinación para la continuidad de la atención	66.67	77.77	55.56	77.77	66.67	88.89	62.96	81.47	18.5	Bueno
4. Integralidad de la atención	40	66.66	46.67	80	40	66.67	42.22	71.11	28.8	Regular
5. Longitudinalidad de la atención	50	83.33	50	83.33	33.33	66.67	44.44	77.77	33.3	Regular
6. Enfoque familiar	55.56	66.66	44.44	100	66.67	77.78	55.56	81.48	25.9	Bueno
7. Orientación comunitaria	33.33	77.77	55.56	88.88	44.44	88.88	44.44	85.17	40.7	Bueno
8. Competencia cultural	66.67	50	50	50	50	50	55.56	50	-5.56	Deficiente
Promedio	54.03	72.64	49.17	82.08	51.39	75.56	51.53	76.76	+25.2	REGULAR
Diferencia	+18.61		+32.91		+24.17		+25.43			
ds	18.73	11.63	4.47	14.84	12.24	14.63	2.43	4.83		
Deficiente <60; Regular >=60 a 80; Bueno >80										

Los resultados de la evaluación del grupo control respecto a la gestión integrada y los atributos de la APS contra el dengue mostraron que el promedio de la evaluación general fue de 54,07 % en la línea inicial y de 58,98 % en la línea final, registrando una desviación estándar de 5,16 puntos porcentuales. Los atributos que obtuvieron resultados calificados como deficientes (< 60 %) fueron la gestión integrada, la integralidad, la longitudinalidad y la orientación comunitaria. El análisis individual determinó que los establecimientos con mayor variación en sus puntajes fueron el Centro de Salud La Tinguña con +7,92 puntos de diferencia, seguido por el Centro de Salud Subtanjalla con +6,67 puntos y el Centro de Salud Parcona con +0,13 puntos de incremento. Al cierre de la evaluación, el grupo control consolidó un resultado general calificado en el nivel Deficiente (< 60 %) (Cuadro N° 7).

Cuadro N°7. Evaluación de la Gestión integrada y atributos de la APS en la prevención y control contra el dengue. Línea inicial y Línea final en establecimientos de salud del **Grupo Control** (Hasta la semana epidemiológica 26), 2025

ATRIBUTOS	CS La Tinguña		CS Parcona		CS Subtanjalla		Evaluación global		Diferencia	Evaluación
	Li (%)	Lf (%)	Li (%)	Lf (%)	Li (%)	Lf (%)	Li (%)	Lf (%)		
1. Gestión integrada contra el dengue	55.55	72.22	50	44.44	38.89	61.11	48.15	59.26	+11.11	Deficiente
2. Primer Contacto y accesibilidad	46.66	80	53.33	60	40	60	46.66	66.66	+20	Regular
3. Coordinación para la continuidad de la atención	77.77	66.66	55.56	66.67	77.78	77.78	70.37	70.37	0	Regular
4. Integralidad de la atención	40	53.33	53.33	53.33	53.33	53.33	48.88	53.33	+4.45	Deficiente
5. Longitudinalidad de la atención	50	66.66	66.67	33.33	50	50	55.56	49.99	-5.57	Deficiente
6. Enfoque familiar	66.66	66.66	33.33	55.55	66.67	66.67	55.55	62.96	+7.41	Regular

7. Orientación comunitaria	33.33	44.44	44.44	44.44	44.44	55.55	40.74	48.14	+7.4	Deficiente
8. Competencia cultural	66.66	50	66.67	66.67	66.67	66.67	66.67	61.11	-5.56	Regular
Promedio	54.58	62.50	52.92	53.05	54.72	61.39	54.07	58.98	+4.91	DEFICIENTE
Diferencia	+7.92		+0.13		+6.67		+4.91			
ds	15.02	12.06	11.01	11.72	14.21	8.91	1.0	5.16		
Deficiente <60; Regular >=60 a 80; Bueno >80										

4.4.1 Análisis estadístico de las intervenciones con la Gestión integrada y atributos de la APS en la prevención y control contra el dengue en los establecimientos intervenidos (Chincha) y controles (Ica), 2025.

a) Planteamiento de la hipótesis de investigación

La hipótesis de investigación asociada a este componente postuló que: "El desarrollo del Plan de cambio es eficaz para implementar la Gestión Integrada contra el Dengue en el marco de los atributos de la APS, adaptado a partir del Modelo EMOI".

En correspondencia, se procedió a determinar en ambos grupos (intervención y control) si existía suficiente evidencia estadística en los datos obtenidos tras la implementación de la gestión integrada y los atributos de la APS para fortalecer la prevención y control del dengue. Esto permitió contrastar la hipótesis nula frente a la hipótesis alterna para evaluar si existían diferencias significativas entre la línea inicial y la línea final en las unidades de análisis estudiadas, bajo un nivel de confianza del 95 %.

b) Análisis de normalidad de los datos

Como criterio metodológico previo al análisis de los cambios producidos por la intervención, se evaluó el supuesto de normalidad para garantizar la homogeneidad y la correcta selección de las pruebas estadísticas. El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics, empleando la Prueba de Shapiro-Wilk debido a que el tamaño de la muestra por cada dimensión es menor a 50 unidades de análisis. Posteriormente, se planificó el uso de la prueba t de Student para muestras relacionadas con el fin de evaluar la significancia del cambio entre la medición basal y la medición final.

1. Evaluación de la normalidad de los datos:

- Planteamos la hipótesis:

Ho: Los datos provienen de una población con distribución normal

Ha: Los datos no provienen de una población con distribución normal

2. Regla de decisión:

- Si $p\text{-valor} < 0,05$: se rechaza la H_0 y se acepta la H_a .
- Si $p\text{-valor} \geq 0,05$: se acepta la H_0 y se rechaza la H_a (se asume normalidad).

3. Nivel de significancia:

- Nivel de confianza: 95 % ($\alpha = 0,05$).

c) Resultados de la prueba de normalidad

Un valor p alto ($p \geq 0,05$) indica que no existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis de normalidad, confirmando que los datos siguen una distribución gaussiana (Cuadro N° 8).

Cuadro N°8. Determinación de prueba de normalidad en grupo de intervención y control (Prueba de Shapiro-Wilk)

a) Grupo de intervención

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
CSPuebloN	,148	8	,200*	,930	8	,516
CSGrocioP	,212	8	,200*	,865	8	,135
CSSunampe	,170	8	,200*	,936	8	,570

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

b) Grupo control

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
CSLaTinguíña	,164	8	,200*	,970	8	,901
CSParcona	,155	8	,200*	,935	8	,558
CSSubtanjalla	,175	8	,200*	,919	8	,419

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos procesados en IBM SPSS Statistics, 2025.

Los resultados estadísticos evidencian que las evaluaciones en la línea inicial, tanto para el Grupo de Intervención como para el Grupo Control, muestran valores p (Sig.) significativamente mayores al nivel de alfa crítico establecido (0,05). Por consiguiente, la decisión estadística determinó la aceptación de la hipótesis nula (H_0), confirmando de manera rigurosa que los datos presentan una distribución normal en todos los

establecimientos analizados. En consecuencia, se procedió a evaluar la eficacia del modelo mediante la prueba paramétrica de **t de Student para muestras relacionadas**.

4.4.2 Evaluación de la intervención con la Gestión integrada y atributos de la APS en la prevención y control contra el dengue, a través de prueba de hipótesis para muestras relacionadas utilizando la prueba t Student.

a) Parámetros del análisis

- Nivel de confianza: 95 % ($\alpha = 0,05$).
- Distribución: Se determinó previamente que los datos de las unidades de análisis provienen de poblaciones con distribución normal (Cuadro N° 8).
- Prueba estadística: Se aplicó la prueba paramétrica **t de Student para muestras emparejadas** (medidas repetidas o comparación intragrupo).

b) Planteamiento de las hipótesis

- **H₀**: Evaluación de la línea inicial (Li) $\geq$ Evaluación de la línea final (Lf).
- **H_a**: Evaluación de la línea inicial (Li) $<$ Evaluación de la línea final (Lf).

c) Regla de decisión

- Si $p\text{-valor} \leq 0,05$: se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis alterna o de investigación (H_a).

d) Resultados de la prueba t de Student para muestras emparejadas

El procesamiento estadístico comparativo de los promedios y sus dispersiones se consolidó para evaluar el impacto intragrupo en el periodo 2025 (Cuadro N° 9).

Cuadro N°9. Cuadro resumen de Prueba t Student para muestras emparejadas, en grupos de intervención, y el grupo control, 2025

Establecimientos de Salud	Resultados			
Grupo intervención	Línea inicial	Línea final	Diferencias	Sig. (bilateral)
Pueblo Nuevo	54,0288 (DS: 18,73618)	72,6350 (DS:11,63749)	18,606	0,040
Grocio Prado	49,1675 (DS:4,47673)	82,7050 (DS:15,040022)	33,53750	0,001
Sunampe	51,3888 (DS:12,24250)	75,5550 (DS:14,63043)	24,16625	0,002
Grupo control				
La Tinguña	54,5788 (DS:15,01624)	62,4963 (DS:12,06617)	7,91750	0,213
Parcona	52,9163 (DS:11,01710)	53,0538 (DS:11,72776)	0,13750	0,981
Subtanjalla	54,7225 (DS: 14,21531)	61,3888 (DS:8,90586)	6,66625	0,094

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos procesados en IBM SPSS Statistics, 2025.

El Cuadro N° 9 muestra el resumen de los resultados porcentuales obtenidos en el Grupo de Intervención. Al comparar las mediciones de la línea inicial y de la línea final, se evidencia un incremento positivo en los puntajes acumulados. El análisis de significancia estadística determinó que los valores p para las tres IPRESS intervenidas son menores al nivel de alfa crítico establecido de 0,05 ($p = 0,040$; $p = 0,001$; y $p = 0,002$, respectivamente). Por consiguiente, se procedió al rechazo de la hipótesis nula (H_0) y a la aceptación de la hipótesis alterna o de investigación (H_a). A partir de estos hallazgos, se concluye con un nivel de confianza del 95 % que en el Grupo de Intervención existe una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones iniciales y finales, demostrando la eficacia del modelo implementado en la prevención y control del dengue.

Por el contrario, en el Grupo Control los valores p obtenidos resultaron ser significativamente mayores al límite crítico de 0,05 ($p = 0,213$; $p = 0,981$; y $p = 0,094$). En consecuencia, no se dispone de evidencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula (H_0). Desde la perspectiva analítica, este resultado permite concluir que el grupo que continuó con la gestión habitual regular no experimentó cambios significativos en sus indicadores organizacionales ni asistenciales durante el periodo de seguimiento (Cuadro N° 9).

4.5 EFICACIA DE LAS REUNIONES DE GESTIÓN DEL CAMBIO PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE CAMBIO PARA FORTALECER LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE.

La hipótesis planteada para este componente postuló que: "Las frecuencias de las RGC están relacionadas directamente con el desarrollo de las actividades del Plan de cambio o Plan de Salud para la prevención y control del dengue que elaboró cada establecimiento intervenido".

Para la implementación de la estrategia de Reuniones de Gestión del Cambio (RGC), se capacitó tanto al equipo de conducción como al personal en general de los establecimientos de salud intervenidos. De esta manera, se desarrollaron capacidades en aspectos fundamentales como la gestión del cambio, el empoderamiento de los comités conductores para la prevención y control del dengue, y el fortalecimiento de habilidades blandas, incluyendo el liderazgo, el trabajo colaborativo, el mejoramiento del clima organizacional y el diseño de estrategias para la conducción de las reuniones de gestión.

El objetivo de esta intervención fue facilitar la implementación efectiva del Plan de Salud para la prevención y control del dengue en las unidades de análisis intervenidas. Los resultados demuestran que los establecimientos de salud del Grupo de Intervención registraron en promedio 1,52 reuniones mensuales, a diferencia del Grupo Control, el cual reportó una media de 0,80 reuniones al mes (Cuadro N° 10).

Cuadro N°10. Cantidad de Reuniones de Gestión del Cambio desarrolladas en relación al plan de prevención y control del dengue, 2025

Establecimientos de salud	Desarrollo de reuniones mensuales en la prevención y control del dengue, 2025					Total (Promedio)
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	
Grupo de intervención						
CS Pueblo Nuevo	1	2	1	1	1	1.2
CS Grocio Prado	2	2	1	1	1	1.4
CS Sunampe	3	3	2	1	1	2
Total (promedio)	02	2.3	1.3	01	01	1.52
Grupo control						
CS La Tinguña	0	2	2	1	0	1
CS Parcona	2	0	2	0	0	0.8
CS Subtanjalla	0	2	1	0	0	0.6
Total (promedio)	0.7	1.3	1.7	0.3	0	0.8

Fuente: Elaboración propia a partir de los libros de actas de reuniones de las IPRESS, 2025.

Análisis de contraste inferencial de medias

Para la contrastación inferencial se analizaron estadísticamente las medias de las reuniones de gestión ejecutadas por los grupos de intervención y control, con el propósito de determinar si existían diferencias significativas mediante la aplicación de la prueba t de Student para muestras independientes en el programa IBM SPSS Statistics.

Los resultados iniciales obtenidos en el módulo de "estadísticas de grupo" evidenciaron una media de 1,533 reuniones para el Grupo de Intervención frente a una media de 0,800 para el Grupo Control, registrando desviaciones estándar de 0,4163 y 0,2000, respectivamente (Cuadro N° 11).

Para comprobar si esas diferencias son significativas, observamos en la **Prueba de muestras independientes**, el p-valor para las reuniones que no se asumen varianzas iguales muestra que el p con (significancia bilateral) es de 0.074, lo cual señala que no existen diferencias significativas en los resultados. (Cuadro N°12).

Cuadro N°11. Análisis para evaluar diferencias significativas en las reuniones de gestión desarrolladas en los grupos de intervención y control, a través de la Prueba de muestras independientes.

Estadísticas de grupo					
Intervenc y control		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Reuniones	Intervención	3	1,533	,4163	,2404
	Control	3	,800	,2000	,1155

Con la finalidad de verificar si estas diferencias eran estadísticamente significativas, se examinó la prueba de Levene y la sección de la Prueba t para muestras independientes (Cuadro N° 12). El análisis para el escenario donde no se asumen varianzas iguales determinó un p-valor (significancia bilateral) igual a 0,074. Debido a que este valor resultó ser superior al nivel de alfa crítico establecido ($p > 0,05$), se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto al número de reuniones mensuales ejecutadas.

Cuadro N° 12. Prueba de muestras independientes para la frecuencia de reuniones de gestión

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Reuniones	Se asumen varianzas iguales	2,286	,205	2,750	4	,051	,7333	,2667	-,0071	1,4737
	No se asumen varianzas iguales			2,750	2,876	,074	,7333	,2667	-,1363	1,6030

Por otra parte, este comportamiento metodológico se representó de forma gráfica (Figura N° 6). Bajo un nivel de confianza del 95 %, se observa que el intervalo de la media estimado para los establecimientos del Grupo de Intervención se superpone parcialmente con el intervalo de confianza calculado para el Grupo Control. Esta intersección visual confirma que los promedios poblacionales no difieren de manera robusta, sugiriendo que la fase experimental no logró establecer una distancia estadística contundente entre ambas muestras en lo que concierne a esta variable.

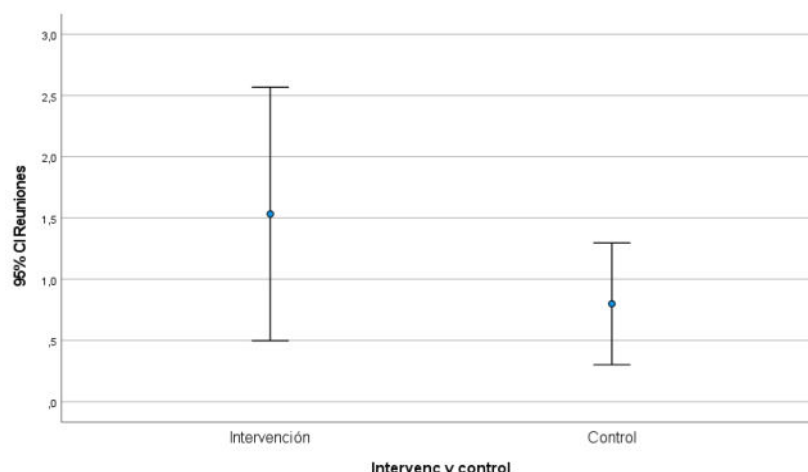


Figura N°6. Medias en grupos de intervención y control de las reuniones de gestión desarrolladas para operativizar al Plan de cambio.

A partir de los hallazgos descritos, se determina cuantitativamente que no existe evidencia estadística suficiente para concluir que las Reuniones de Gestión del Cambio (RGC) ejecutadas en el Grupo de Intervención mostraron una frecuencia lo suficientemente diferenciada respecto a la rutina del Grupo Control. Esta condición se ratifica analíticamente en la superposición de los intervalos de confianza, demostrando que la regularidad de las RGC no alcanzó los niveles de eficiencia e impacto proyectados originalmente para el periodo de intervención.

4.6 EVALUACIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL AL INICIO Y AL FINAL DE LA INTERVENCIÓN, 2025

Se realizó las encuestas a personal de salud de los establecimientos de intervención y control, en total se han encuestado en la línea inicial a 173 personal de la salud asistenciales y administrativos del grupo de establecimientos intervenidos y control (enero, 2024), y 190 en el estudio de línea final (junio 2025). La hipótesis fue: Hay relación directa de las reuniones de gestión del cambio (RGC), con mejorar el clima organizacional en los establecimientos de salud intervenidos.

Se desarrolló un programa de acciones para implementar el Modelo de Gestión del Cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en los establecimientos intervenidos, se siguió con los pasos iniciales en la orientación de la gestión del cambio, adecuados para este estudio y con los recursos propios del investigador.^{14,30,79}

4.6.1 Evaluación del Clima organizacional en el grupo de intervención, por variables y dimensiones, 2025

Cuadro N°13. Evaluación del Clima Organizacional antes (Línea inicial), y después (Línea final) de la intervención en **grupo de intervención**.

VARIABLES	Dimensiones	CS Pueblo Nuevo (%)		CS Grocio Prado (%)		CS Sunampe (%)		Promedio (%)		Promedio por variable Li / Lf	Evaluación por dimensión
		Li	Lf	Li	Lf	Li	Lf	Li	Lf		
Cultura de la organización	Conflicto y cooperación	61,2	60	77	78	72,9	77,5	70,4	71,83	77,2 / 78,1 (+0,1)	Regular
	Motivación	64,9	64,9	84,9	85,6	77,4	76,6	75,7	75,7		Regular
	Identidad	82,5	84	90	90	84,14	86,4	85,5	86,8		Bueno
Diseño organizacional	Toma de decisiones	65,3	66,6	72	79,4	71,4	76,5	69,6	74,2	74,18 / 76,9 (+2,72)	Regular
	Remuneraciones	54,3	55,8	74	75	67,6	66,5	65,3	65,8		Regular
	Estructura	82,6	84,3	87,3	90,44	82,6	87,5	84,2	87,4		Bueno
	Comunicación organizacional	70,3	71,5	85	87,9	77,4	81,3	77,6	80,2		Bueno
Potencial humano	Innovación	59,7	61,5	78,5	80	70,7	71,2	69,6	70,9	69,92 / 71,5 (+1,58)	Regular
	Liderazgo	60,2	63,3	87,3	87	69,7	75,5	72,4	75,3		Regular
	Recompensa	52,4	53,8	75,3	76,5	68,3	66,4	65,3	65,6		Regular
	Confort	62	62,6	86,3	86,9	68,9	73,5	72,4	74,3		Regular
	Promedio	65,03	66,21	81,6	83,34	73,73	76,26	73,45	75,27		REGULAR
	Diferencia	+1.18		+1.76		+2.53		+1.82			
	ds	9.95	10.09	6.32	5.64	5.79	6.94	6.76	7.21		
Deficiente <60%; Regular >=60 a 80%; Bueno >80%											

El Cuadro N°13 muestra que luego de la intervención con el modelo de gestión del cambio en los tres centros de salud, se evidencia que el mayor incremento de puntaje se dio en el **Centro de Salud Sunampe** +2.53, incremento de 73.45% al inicio, a

75.27% al final de la intervención, siendo en general de **regular desempeño**, y siendo **buena en las dimensiones de identidad, estructura y comunicación organizacional**. El Centro de Salud Pueblo Nuevo es de más bajo desempeño con 65% al inicio, y 66,7% al final de la intervención, con una calificación final de regular, siendo bueno en sólo en las dimensiones de identidad y estructura. El Centro de Salud Sunampe incrementó de 73,73% al inicio a 76,26% al final de la intervención, tiene al final 3 dimensiones aprobadas como bueno, y se califica en general como de **regular desempeño**, y el Centro de Salud Grocio Prado es el que tiene como evaluación inicial y final de **Buen desempeño**, y tiene 7 dimensiones aprobados como bueno: motivación, identidad, comunicación organizacional, innovación, liderazgo y confort.

4.6.2 Evaluación del Clima organizacional en el grupo control, 2025

Cuadro N°14. Evaluación del Clima Organizacional antes y después de la intervención en **grupo control**.

VARIABLES	Dimensiones	CS La Tinguña		CS Parcona		CS Subtanjalla		Promedio		Promedio por variable Li / Lf	Evaluación por dimensión
		Li	Lf	Li	Lf	Li	Lf	Li	Lf		
Cultura de la organización	Conflicto y cooperación	61,2	68,2	60	68,9	71,7	68,5	64,3	68,5	73,5 / 73,5 (0)	Regular
	Motivación	69	73,2	69,2	70,6	81,7	81,2	73,3	75		Regular
	Identidad	83,5	85,7	79,9	83,6	85,5	80,2	82,9	83,1		Bueno
Diseño organizacional	Toma de decisiones	64,5	68,2	63,6	75	75,8	73,4	67,9	72,2	70,62 / 75,1 (+4,48)	Regular
	Remuneraciones	58,5	57	54,9	59,6	68,1	65,3	60,5	60,6		Deficiente
	Estructura	74,4	84,5	81,8	86	85,3	90,3	80,5	86,9		Bueno
	Comunicación organizacional	67,9	77,3	73,4	81,4	79,5	83,9	73,6	80,8		Bueno
Potencial humano	Innovación	58,8	64,6	63,6	69,3	70,1	72	64,2	68,6	64,25 / 69,3 (+5,05)	Regular
	Liderazgo	66,8	65,7	64,9	67,4	74,2	80,5	68,6	71,2		Regular
	Recompensa	48,9	57,7	58,8	67,7	63,3	68	57	64,5		Regular
	Confort	66,8	72,6	64	69,6	70,8	76,4	67,2	72,8		Regular
	Promedio	65,48	70,42	66,73	72,64	75,09	76,33	69,09	73,11		REGULAR
	Diferencia	+4.9		+5.91		+1.24		+4.02			
	ds	9.01	9.48	8.54	8	7.20	7.66	7.94	7.93		

Deficiente <60; Regular >=60 a 80; Bueno >80

En el Cuadro N°14 se muestra la evaluación del grupo control, los tres establecimientos de salud fueron evaluados como regular, y en general hubo un incremento de 69.09% a 73.11%, el Centro de Salud de la Tinguña incrementa de 65,48% a 70,42% (+4.9), tiene 2 dimensiones aprobadas como bueno: identidad y estructura; el Centro de Salud Parcona incremento de 66,73% a 72,64% (+5.91), con 3 dimensiones buenas como: identidad, estructura y comunicación organizacional. El Centro de Salud Subtanjalla incremento de 75,09% a 76,33% (+1.24), sin embargo,

tuvo 5 dimensiones con evaluación buena, como la motivación, identidad, estructura, comunicación organizacional y liderazgo.

Los resultados evidencian que la evaluación del grupo de intervención y control muestran en promedio un incremento porcentual en ambos grupos, en el grupo de intervención hubo un incremento porcentual de 73,45% a 75,27% con incremento de +1,82 puntos; en el grupo control también hubo un incremento de 69,09% a 73,11% con un incremento de +4,02 puntos. Ambos grupos han sido clasificados como de REGULAR.

En la evaluación de las dimensiones son similares en ambos grupos, los calificados como buenos son: Identidad institucional, estructura y comunicación organizacional, y calificados con puntajes más bajos: las remuneraciones y recompensa.

4.6.3 Evaluación gráfica de los grupos en intervención y control en el Clima organizacional.

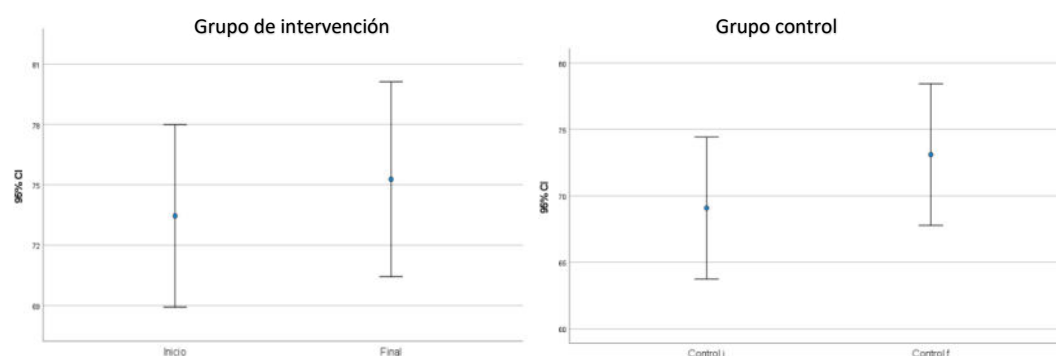


Figura N°7. Las medias del clima organizacional en los grupos de intervención y control durante la implementación del Plan de cambio.

Según la Figura N°7 se determina que en los establecimientos del grupo de intervención y control el valor medio de la medida inicial, si están incluidas en el intervalo de confianza de la medida final, entonces se concluye que **no hay diferencia significativa en los establecimientos de salud del grupo de intervención y control** con un 95% de intervalo de confianza.

4.6.4 Evaluación de Clima organizacional con prueba t Student para muestras que son independientes en un estudio cuasiexperimental.

Se realiza el análisis estadístico de los grupos de intervención y control al inicio y al final de la intervención.

H₀: Los promedios son iguales. Cuando la $p > 0,05$

Ha: Los promedios son diferentes. Cuando $p < 0,05$

Si antes y después de la intervención el p valor es > 0.05 , entonces los promedios son iguales, o sea no hay cambio significativo o diferencia significativa entre los grupos de intervención y control.

Cuadro N°15. Evaluación de medias y desviación de grupos de intervención y control, durante el desarrollo del Clima organizacional, 2025

Estadísticas de grupo									
Grupos		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar				
Inicio	Intervención	11	73,4545	6,76053	2,03838				
	Control	11	69,0909	7,94361	2,39509				
Final	Intervención	11	75,2755	7,21647	2,17585				
	Control	11	73,1091	7,93391	2,39216				

Prueba de muestras independientes									
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia
Inicio	Se asumen varianzas iguales	,229	,638	1,387	20	,181	4,36364	3,14506	-2,19685 10,92412
	No se asumen varianzas iguales			1,387	19,50	,181	4,36364	3,14506	-2,20762 10,93489
Final	Se asumen varianzas iguales	,156	,697	,670	20	,511	2,16636	3,23369	-4,57900 8,91172
	No se asumen varianzas iguales			,670	19,823	,511	2,16636	3,23369	-4,58286 8,91559

Se determina que la evaluación del Clima organizacional en los grupos de intervención y control no ha resultado ser eficaz durante su implementación en el grupo de intervención, los resultados del análisis estadístico muestran que al inicio se tuvo un p valor = 0,181, y al final de la intervención y 0,511. o sea, mayores a 0,05. (Cuadro N°15). **Por lo tanto, se señala que no hubo cambio al final de la intervención.**

4.7 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DEL DENGUE EN LOS DISTRITOS DE INTERVENCIÓN Y CONTROL DEL 2022 A JUNIO 2025.

El análisis de los datos epidemiológicos del dengue en las provincias de la región Ica durante los años 2022 al 2025 (SE 40), nos muestra que las tasas de incidencia de los casos de dengue y la tasa de letalidad en las provincias fue elevada en los años 2023 y 2024. La provincia de Chincha tuvo tasas de incidencia y letalidad más altas el año 2023 con 2433.94 por 100 mil habitantes, con 36 fallecidos, el año 2024 la tasa de incidencia fue mayor en la provincia de Ica y Chincha con 3653.35 y 2253.15 por 100 mil habitantes, con una elevada letalidad 14 fallecidos en la provincia de Ica y 10 fallecidos en provincia de Chincha. El año 2025 hasta la SE:40 todas las provincias no tuvieron fallecidos, y la tasa de incidencia de la provincia de Chincha fue de 5.24 la más baja de todas las provincias. (Cuadro N°16).

Cuadro N°16. Indicadores epidemiológicos del dengue en los establecimientos de salud intervenidos, año 2023, 2024 y semana epidemiológica 26 del año 2025.

Provincias	2022		2023		2024		2025	
	TI x 100 mil	Letalidad (%) N°	TI x 100 mil	Letalidad (%) N°	TI x 100 mil	Letalidad (%) N°	TI x 100 mil	Letalidad (%) N°
Ica	533.8	0,08 (2)	1311.44	0,05 (3)	3653.35	0,08 (14)	59.74	0 (0)
Chincha	874.31	0,13 (3)	2433.94	0,53 (36)	2253.15	0,15 (10)	5.24	0 (0)
Pisco	99.85	0,56 (1)	968.6	0,11 (2)	2305.81	0,05 (2)	11.61	0 (0)
Palpa	310.31	0 (0)	1531.44	0 (0)	6773.3	0,09 (1)	32.74	0 (0)
Nasca	87.96	0 (0)	2209.83	0,05 (1)	523.84	0 (0)	246.25	0 (0)
Nacional	190.15	0,14 (86)	758.54	0,17 (444)	796.02	0,1 (261)	106.14	0,14 (52)

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. MINSA

En el Cuadro N°17 se puede mostrar que la situación epidemiológica del dengue en los distritos de intervención y control fueron diferentes, el año 2025 hasta la SE:40 hubo menor tasa de incidencia de dengue en los distritos intervenidos de 1.29 a 11.4 por 100 mil hab. mientras que en los distritos control fueron más altos de 18.04 a 45.34 por 100 mil hab.

Cuadro N°17. Indicadores epidemiológicos del dengue en los establecimientos de salud control, año 2023, 2024 y semana epidemiológica 26 del año 2025*.

Lugar	Distritos	Año 2022	Año 2023	Año 2024	Año 2025
Ica	La Tinguiña	184.05	875.82	4251.99	20.11
	Parcona	65.07	1393.11	2827.83	45.34
	Subtanjalla	316.91	1533.03	5642.47	18.04

Chincha	Sunampe	647.46	2638	2371.61	11.4
	Grocio Prado	392.45	2100.49	2636.75	3.06
	Pueblo Nuevo	1780.02	2668.13	1775.27	1.29
Regional y Nacional	Región Ica	508.27	1626.56	2839.13	50.71
	Nivel Nacional	190.15	758.54	796.02	106.14

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. MINSA

En la figura N°8 se muestra la presentación de casos (confirmados y probables) en los años 2024 y 2025. El año 2024 la provincia de Ica reportó 17,911 casos de dengue, y hasta la semana epidemiológica 40 del año 2025 los casos de dengue disminuyeron a 209 casos. La provincia de Chincha tenía 6,467 casos el 2024, y para el año 2025 presentó 15 casos, pasando a una cuarta ubicación. El segundo lugar el año 2025 lo ocupa la provincia de Nasca (205 casos), en el año 2024 tenía 446 casos.

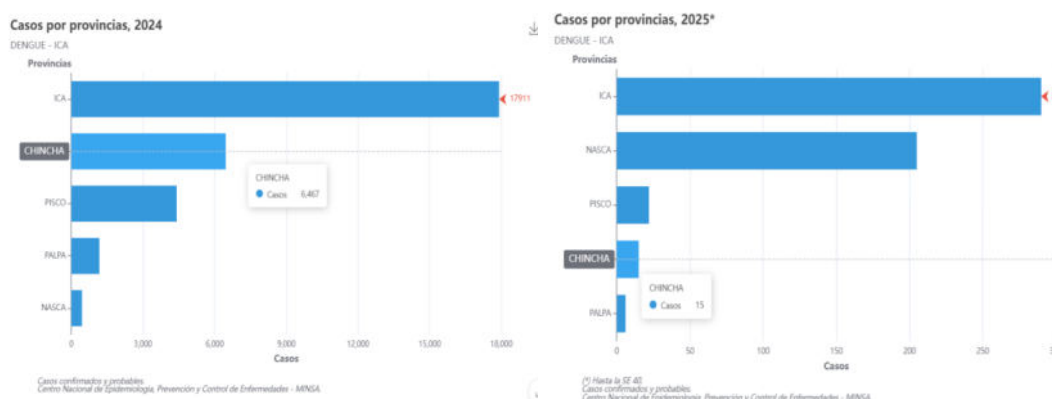


Figura N°8. Casos de dengue en la Región de Ica, por provincias. 2024 - 2025.

A fines del año 2024 la provincia de Chincha tenía la más alta tasa de letalidad de todas las provincias (0,15%) y su tasa de incidencia de 2253.15 por 100 mil habitantes, para el año 2025 (Semana Epidemiológica 40), sin fallecidos y una tasa de incidencia de 5.24 por 100 mil habitantes, la más baja de todas las provincias (Cuadro N°17), se hace evidente un mejor desempeño cuando se compara por la cantidad de casos, de 6,467 casos (2,024), a 15 casos (SE:40 del 2,025), a comparación de las otras provincias (Figura N°8). No se puede asumir este resultado al aporte de la intervención, si un elemento adicional de intervención en la prevención y control del dengue en la provincia de Chincha.

4.8 ESTUDIO DE GRUPO FOCAL: EVALUACIÓN DE ACCIONES PARA ENFRENTAR AL DENGUE EN LA PROVINCIA DE CHINCHA, FEBRERO DEL 2025.

El estudio presentó los hallazgos obtenidos a partir del análisis temático de del grupo focal desarrollado el mes de febrero 2025, a 2 meses de la intervención con el modelo de gestión del cambio. La selección de los participantes se realizó con miembros del equipo de gestión de la Red de Salud Chíncha, los gerentes y sus responsables de promoción de la salud, epidemiología y salud ambiental de los CLAS de los Centros de Salud de Chíncha Grocio Prado, Sunampe, Pueblo Nuevo y el Carmen. Se elaboró una guía de debate con preguntas relacionadas a los El objetivo fue comprender cómo se viene gestionando la estrategia de prevención y control del dengue durante el año 2025, considerando componentes operativos, organizacionales relacionados a los componentes del modelo de gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en los establecimientos pilotos y la Red de Salud Chíncha.

La interpretación se estructura siguiendo las categorías y subcategorías definidas previamente y se acompaña de citas textuales representativas que respaldan los hallazgos emergentes.

Cuadro N°18. Resultados del estudio de Grupo focal con los establecimientos de salud intervenidos, febrero 2025.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA (Análisis)	Citas
A — Gestión de la Red de Salud Chíncha antes del brote de dengue (2025)	A1 — Acciones de la Red de Salud Chíncha en la prevención y control del dengue (2025)	
	Las entrevistas muestran que la Red de Salud Chíncha (Unidad Ejecutora) ejecutó acciones operativas en prevención y promoción de la salud principalmente en espacios comunitarios (colegios, mercados, cementerios). Las coordinaciones de Salud Ambiental, Epidemiología, Promoción de la Salud cada uno tiene su propio plan, se elaboró este 2025 un Plan Integrado contra el dengue. Existe una clara brecha entre la Unidad Ejecutora y las Microrredes, las cuales no recibieron directivas ni lineamientos oportunos. Se evidencia un enfoque centrado en promoción, pero con baja coordinación vertical y ausencia de un comando estructurado previo al brote.	“Estamos trabajando ahora con PROMSA en los colegios, mercados, cementerios... para las Microrredes todavía no hemos emitido una directiva o comunicación.” “El año pasado nos vino 200 soles nada más para material de difusión, para los 30 establecimientos, este año todavía no llega presupuesto...”
	A2 — Recursos y apoyo municipal	

	Se identifican dificultades recurrentes en disponibilidad de recursos económicos y logísticos. Los municipios tienen presupuesto, pero en algunos casos son reacios a ejecutarlo, generando tensiones interinstitucionales. La Red debe insistir e incluso intervenir con actores externos como la Defensoría para lograr la ejecución de sus presupuestos que vienen para dengue.	“Los municipios no nos colaboran con materiales... pero sí con personal, con la seguridad, y a veces movilidad” “Hay municipios que no querían utilizar el presupuesto y tuvimos que traer a la Defensoría para presionar que utilicen el presupuesto de dengue.”
	A3 — Supervisión y control externo	
	La vigilancia externa (SUSALUD) se centra en el hospital y centros de salud, lo cual genera presión sin necesariamente fortalecer capacidades internas.	“SUSALUD siempre va a ver cómo se está atendiendo a pacientes con dengue.”
B — Convicción de los gestores para enfrentar el dengue	B1 — Experiencia previa del equipo gestor	
	La mayoría de los responsables actuales vivieron el brote 2024, lo cual fortalece su experiencia acumulada. Sin embargo, existen rotaciones frecuentes (SERUMS, encargaturas) que reducen continuidad y consolidación de competencias.	“La mayoría hemos pasado el brote de dengue del año 2024.”
	B2 — Problemas de gestión identificados en 2024	
	El punto crítico transversal es la ausencia de un plan operativo en 2024. No hubo reuniones sistemáticas, falta de recursos para el laboratorio, insuficiencia de RRHH y precariedad en la coordinación con el hospital. El manejo fue reactivo, no planificado, y el incremento de casos obligó a improvisar adecuaciones de ambientes.	“No había plan, no había equipo conformado.” “Este año estamos mejor preparados... el año pasado no teníamos plan ni nos reuníamos.” “Tuvimos deficiencia en RRHH, laboratorio y flujograma.”
	B3 — Necesidades actuales para mejorar productividad del equipo	
	Los equipos requieren fortalecimiento de compromisos internos, mayor capacitación, mejor asistencia técnica desde la Red y socialización del plan. Persisten dificultades en coordinación por roles y disponibilidad del personal.	“Falta más compromiso del personal de planta.” “Lo que falta es socializar más el plan y fortalecer la asistencia técnica.”
C — Equipos de cambio empoderados	C1 — Frecuencia de reuniones del equipo de gestión	
	Las reuniones no se realizan semanalmente; predominan frecuencias quincenales o mensuales. Los principales obstáculos son carga asistencial, turnos no coinciden de los miembros del equipo de gestión, y falta de coordinación horaria.	“Nos reunimos al mes.” “No coinciden los turnos y hay recarga de pacientes.”
	C2 — Estrategias propuestas para mejorar las frecuencias de las reuniones de gestión.	
	Las propuestas incluyen programación anticipada de roles, dar días compensables formalmente, reuniones con quorum mínimo y socialización de acuerdos. Existen limitaciones por déficit de personal y sistemas informáticos que dificultan cambios de turno.	“Estamos programando horarios hasta mayo... y dando compensables.” “Las reuniones virtuales no funcionan, no hay compromiso.”
	C3 — Habilidades necesarias para mejorar desempeño	

	Los entrevistados identifican necesidades formativas claras: liderazgo, comunicación efectiva y trabajo en equipo. Necesitan más asistencia técnica a sus equipos, y más conocimiento de la normatividad.	“Trabajo en equipo, comunicación efectiva y habilidades de liderazgo, y la normatividad contra el dengue”
D — Desarrollo de visión, estrategias y plan integral contra el dengue	D1 — Socialización del plan integral contra el dengue, 2025	
	La socialización es heterogénea. Algunos establecimientos ya lo hicieron, otros solo lo han informado y varios aún no han logrado reunir a todo el personal. Las dificultades centrales son el tiempo (los horarios del equipo de gestión no coinciden), la rotación de servidores y la débil organización interna.	“Se ha informado que hay plan, pero no lo hemos socializado con la mayoría del personal.” “Todavía no se ha socializado como debería ser.”
	D2 — Necesidades desde la Red y el Hospital	
	Los EESS requieren mejoras en logística, laboratorio, pruebas diagnósticas, movilidad, insumos, comunicación con la Red y mayor calidad en capacitación. Existe percepción de abandono por parte de la Unidad Ejecutora al primer nivel de atención.	“Nos falta laboratorista.” “No tenemos fichas para clasificar el dengue.” “Nos sentimos abandonados por la Unidad Ejecutora.”
E — Comunicación de la visión y participación en el plan integral contra el dengue	E1 — Difusión de la visión y slogan contra el dengue	
	Los establecimientos aún no han difundido adecuadamente el slogan institucional. Existe desconocimiento del mismo y falta de acciones comunicacionales internas y externas.	“No recuerdo el slogan.” “Tenemos slogan pero no lo hemos difundido.”
	E2 — Participación del equipo ampliado	
	En algunos establecimientos existe participación adecuada, pero en otros PROMSA y Metaxénicas trabajan de forma más aislada.	“No hay problema, la gente sí participa.”
	E3 — Necesidades para mejorar coordinación interna.	
	La comunicación interna es percibida como insuficiente. Se solicitan recursos, organización, coordinación más fluida y apoyo desde la Red. Además, el primer nivel se percibe “abandonado” por la Red y con sobrecarga administrativa y funcional.	“Necesitamos conciencia y compromiso.” “Nos sentimos abandonados por la Unidad Ejecutora.” “Esperemos que como RIS se mejoren las cosas”

Síntesis interpretativa

En síntesis, la gestión de la Red de Salud Chíncha frente al dengue durante el 2025 se caracteriza por un esfuerzo institucional evidente, pero focalizado principalmente en acciones educativas y preventivas lideradas por Promoción de la salud, Salud ambiental y Epidemiología. Se observa una estrategia activa en instituciones educativas, mercados y cementerios, lo cual evidencia que realizan acciones operativas con una orientación hacia la prevención desde la comunidad.

Sin embargo, la descentralización operativa de la Red de Salud aparece como la principal debilidad. Se evidencia un limitado involucramiento a un trabajo con las microrredes y la falta de direccionamiento (No contaban con un Plan de Integral contra el Dengue como Red de Salud el 2024, cada coordinación tenía su propio plan), ello constituye los principales retos a superar. Se identificaron resistencias al cambio, por un débil trabajo en equipo y liderazgo de la Red de Salud y los equipos de gestión de los establecimientos intervenidos de Chíncha.

El análisis sugiere que, para lograr una gestión integral y acorde con los atributos de la Atención Primaria de la Salud, resultará necesario fortalecer la participación intersectorial, potenciar el trabajo comunitario en zonas periféricas y asegurar la estandarización operativa en todos los niveles de la Red. Además, los Centros de Salud aún no han logrado difusión de su Plan de Salud Integrado para la prevención y control del dengue, los equipos recién empiezan a tener reuniones más frecuentes. Sin embargo, falta desarrollar mayores capacidades y competencias en habilidades blandas y consolidar mejor el equipo ampliado para el dengue que ya está conformado, y que todavía tiene dificultades liderar el cambio, promover reuniones más permanentes y ejecutar mejor sus planes integrales contra el dengue.

En resumen, el Cuadro N°18 se logra identificar que la Unidad Ejecutora (Red de Salud) no conduce o lidera la respuesta contra el dengue en sus Microrredes, reconocen que no se han emitido directivas ni lineamientos oportunos. La misma Red de Salud no contaba con un plan operativo en 2024 contra el dengue, este año 2025 se logró facilitar el desarrollo de un Plan Integrado contra el dengue, muy similar los establecimientos de salud intervenidos que logran desarrollar un Plan Integrado contra el dengue para el 2025. Sin embargo, no se había consolidado un equipo de gestión contra el dengue, cada responsable de una coordinación tenía su propio plan de trabajo.

Finalmente, los equipos no tenían reuniones más frecuentes, el plan elaborado no había sido difundido, y reconocen que hay una resistencia al cambio del personal, no logran desarrollar sus reuniones semanales en este periodo de brote de dengue, a pesar de haber sido capacitados, y las dificultades centrales son el tiempo (los horarios del equipo de gestión no coinciden), la rotación de servidores y la débil organización interna.

CAPITULO 5. DISCUSIÓN

Principales hallazgos

El diseño cuasiexperimental adoptado permitió validar los componentes del Modelo de Gestión del Cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en los establecimientos de salud intervenidos de la provincia de Chincha. Estos componentes fueron: Primero: Modelo de Orientación de la Gestión del Cambio para fortalecer la prevención y control del dengue, adecuado de los 8 pasos de J. Kotter. Segundo: La Estrategia de Planificación para elaborar el Plan de Cambio basado en la EGI-Dengue y los Atributos de la APS para orientar las acciones y fortalecer la prevención y control del dengue. Tercero: Estrategia de Reuniones de Gestión del cambio para el desarrollo del Plan de Cambio, como elemento central de la Educación Permanente en Salud.

5.1 EFICACIA DEL MODELO ORIENTADOR DE LA GESTIÓN DEL CAMBIO PARA FORTALECER LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Los hallazgos de este estudio muestran que el Modelo orientador de la gestión del cambio implementado en los tres distritos de Chincha ha sido eficaz en fortalecer aspectos estructurales como: ampliar su equipo conductor contra el dengue, tener una visión clara en el control del dengue, desarrollo de un plan integrado contra el dengue, reuniones de problematización, y los procesos programados en la prevención y control del dengue en el Primer Nivel de Atención. Los resultados de la línea inicial (Li) revelaron que no existía diferencia significativa entre los establecimientos del grupo de intervención y el grupo de control en las cinco condiciones básicas evaluadas (prueba exacta de Fisher, $p = 1,000$). Esto respalda la validez interna del diseño cuasiexperimental del estudio, donde al comienzo del estudio los grupos eran comparables en cuanto a las variables organizativas, y la ausencia de asociación inicial sugiere que cualquier cambio posterior puede atribuirse con mayor confianza a la intervención. En la línea final (Lf), los datos muestran un contraste claro: mientras que en el grupo control el 60 % de los criterios permanecieron sin cambios y solo el 40 % mostró mejoras, en el grupo intervención los quince criterios básicos fueron cumplidos en su totalidad (100 %). La prueba exacta de Fisher arrojó un $p\text{-valor} < 0,001$, lo que permite concluir que existe una asociación significativa entre la intervención y las condiciones organizativas finales. En otras palabras, el modelo de gestión del cambio produjo un

efecto claramente significativo en los centros de salud intervenidos en esta primera fase de orientación en el desarrollo del modelo.

En la etapa inicial de la intervención, se orientó hacia un cambio, mediante el fortalecimiento de los equipos de gestión de las IPRESS en habilidades blandas de trabajo en equipo, liderazgo, la construcción colaborativa de una visión estratégica al año 2027 para la Red de Salud Chíncha, junto con la definición de lemas institucionales (slogans) y la elaboración de un plan de gestión integrado contra el dengue para cada establecimiento de salud (Cuadro N°6). Esta fase corresponde directamente a los pasos 2 y 3 del modelo de Kotter —“formar un equipo con los involucrados; desarrollar una visión para el cambio”— pues se articula un equipo ampliado que define un horizonte compartido, orienta esfuerzos colectivos y da significado al propósito del cambio (Kotter JP. *Leading Change*. Boston: Harvard Business School Press; 1996) ¹⁴. Además, este trabajo participativo funciona como puente con los pasos iniciales del modelo: la visión ayuda a reforzar el sentido de urgencia (paso 1) y actúa como eje de cohesión para la coalición guía (paso 2). La formalización de la visión y los lemas facilita que los actores internos visualicen el “norte” del proceso, elemento fundamental para legitimar la intervención organizativa contra el dengue.

Asimismo, el taller participativo, en el que se elaboró el eslogan institucional y el plan de acción integral, constituye un claro ejemplo de acción concreta que refuerza la comunicación de la visión (paso 4) y el empoderamiento (paso 5). Al involucrar activamente al equipo de gestión de los establecimientos de salud en la formulación del programa de actividades, se generó apropiación del cambio, lo que permitió remover resistencias potenciales y facilita la implementación práctica de las medidas. En términos de Kotter, estas “victorias tempranas” simbólicas —equipos ampliados contra el dengue, definición del lema, planificación colectiva— funcionan como *short-term wins* que pueden consolidar credibilidad y motivación hacia el cambio (paso 6). La progresión ordenada de estos pasos iniciales en el estudio —visión, lema, plan— no solo fortalece la base del proceso, sino demuestra cómo una intervención de gestión del cambio puede operacionalizar los primeros pasos de Kotter en contexto de salud pública.

Sin embargo, según los aportes de Pollack et al. (2014) (Uso del proceso de ocho etapas de Kotter para gestionar un programa de cambio organizacional: presentación y práctica), señala que, aunque el modelo de Kotter enfatiza un cambio liderado desde los niveles superiores, es necesario involucrar múltiples niveles de la organización para lograr una implementación integral del cambio. En este estudio, se intervino al nivel de gestión de la Red de Salud Chíncha y a los equipos de gestión de los tres establecimientos intervenidos, incluyendo sus responsables o coordinadores, lo que se logró mediante los planes de cambio para la prevención y control del dengue.

Es importante reconocer algunas limitaciones del estudio en esta fase, siendo estos primeros pasos muy importante para la gestión del cambio, hay un primer error a abordar y se trata del primer paso de la intervención, M. Waissbluth, 2008 nos decía del primer error a superar “No generar convicción en la cúpula o en los funcionarios”. En el grupo focal realizado se identificó que a los dos meses de iniciado la intervención había gerentes de las IPRESS que todavía no habían socializado su Plan y tampoco realizaban reuniones más frecuentes de problematización y ejecución de sus Planes. *“Si bien es cierto que se programan ahora reuniones quincenales, el problema es que en las reuniones que se programan no todos coinciden en los roles eso es una debilidad, también su compromiso del personal de acudir a las reuniones cuando se les convoca”* (jefa del CS Sunampe).

En cuanto a las implicaciones prácticas, este modelo de gestión del cambio puede servir como guía para replicar intervenciones de fortalecimiento institucional en otros contextos endémicos de dengue u otras enfermedades vectoriales. La formalización de equipos de gestión, la definición de roles, la construcción de visión compartida, la planificación integrada, y el establecimiento de reuniones periódicas son componentes esenciales que pueden incorporarse en planes regionales o nacionales de control. Además, estas mejoras organizativas podrían aumentar la capacidad de respuesta ante brotes de dengue u otras emergencias sanitarias, dado que se construye una estructura más resiliente. No obstante, hubo dificultades con el primer paso de Kotter —crear un sentido de urgencia entre los funcionarios—, se promovieron algunas habilidades blandas como liderazgo y trabajo en equipo, y se realizaron reuniones semanales de problematización, pero el esfuerzo no fue suficiente. Como recomienda Kotter (1996, p. 44), puede ser útil recurrir a consultores externos como táctica para generar ese sentido de urgencia y desafiar el statu quo, en esta intervención se hizo el rol de

consultor externo por parte del investigador; Armenakis et al. también refuerzan esta idea al sugerir que se necesita de fuentes externas para reforzar los mensajes dirigidos a los agentes de cambio⁷².

5.2 EFICACIA DEL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CAMBIO CONTRA EL DENGUE EN EL MARCO DE LOS ATRIBUTOS DE LA APS.

Los resultados del segundo objetivo muestran el desarrollo y la aplicación del Plan de Gestión Integrada contra el dengue (adecuado de la EGI-Dengue de la OPS, articulado con los atributos de la APS), y se demuestra que hay evidencia de la existencia de diferencia significativa entre la puntuación inicial y final en el grupo de intervención, y que el **Modelo de gestión integrada en la prevención y control contra el dengue es eficiente, con un nivel de confianza del 95%**, mientras que en el grupo control los resultados muestran que no hay un cambio significativo.

La evaluación observada en el **grupo de intervención**, entre la línea inicial (Li) y la línea final (Lf) en los centros de salud intervenidos —Grocio Prado de 49,17 % a 82,08 %, Sunampe de 51,39 % a 75,56 %, Pueblo Nuevo de 54,03 % a 72,64 %— demuestran que la intervención generó una mejora marcada en la aplicación de los atributos de la APS evaluados. **Los atributos de menor desarrollo fueron:** Gestión Integrada contra el Dengue (77.59%), Integralidad de la atención (71.11%), Longitudinalidad de la atención (77.77%) y Competencia cultural (50%).

Por contraste, el **grupo control** presentó un avance en promedio mucho más reducido de 54,07 % a 58,98 %, lo que representa un cambio menor de +4.91 puntos porcentuales, con evaluación final “Deficiente” (< 60 %). Y con respecto a los atributos con menores desempeños fueron: Gestión Integrada contra el Dengue (59.26%), Integralidad de la atención (53.33%), Longitudinalidad de la atención (49.99%), Orientación comunitaria (48.14%).

En forma global esta diferencia entre grupos de intervención y control sugiere fuertemente que la intervención fue el factor diferencial en la mejora institucional, más allá de cambios externos o secularidades compartidas.

Estos resultados de la aplicación de los atributos de la APS para enfrentar el dengue están en consonancia con las recomendaciones de la Organización Panamericana de la

Salud (OPS) para la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue (EGI-Dengue), la cual subraya la necesidad de articular los componentes de vigilancia, control vectorial, atención al paciente, participación comunitaria y enfoque intersectorial como parte de un sistema cohesionado.¹⁹

Estudios locales que evalúan atributos de APS sin intervenciones de cambio muestran patrones similares de debilidad en atributos culturales y enfoque familiar. Por ejemplo, en un estudio realizado en Perú midiendo atributos APS con el instrumento PCAT, se detectó bajo cumplimiento en las dimensiones de Enfoque familiar y Orientación comunitaria en los centros de salud evaluados, y que recomienda que es un punto que se debe trabajar y reforzar, considerando que son importantes, por sus potenciales aportes para una crisis sanitaria como la pasada.⁷³ Además, un estudio hecho con población afroperuana encontró que los atributos de coordinación, integralidad y aptitud cultural (“idoneidad cultural”) fueron de los peor cumplidos en varias regiones, incluyendo Ica.⁷⁴

Desde la perspectiva de la literatura de APS, estos hallazgos tienen sentido: los atributos esenciales de APS — acceso, longitudinalidad, integralidad, coordinación — se describen en diversas fuentes como determinantes de eficacia, calidad y eficiencia de los servicios de salud pública.⁷⁵ Además, los atributos derivados como competencia cultural, orientación comunitaria y atención centrada en la familia son reconocidos como más difíciles de instaurar plenamente, pues implican cambios en actitudes, formación profesional, prácticas cotidianas y posiblemente mayor inversión en capacitación cultural.⁷⁶

Los hallazgos de este estudio cobran mayor relevancia al contrastarlos con experiencias latinoamericanas documentadas. En la revisión de Bardach et al. sobre intervenciones para el control de *Aedes aegypti* en América Latina y el Caribe, se destacan como facilitadores del éxito la coordinación institucional, la participación comunitaria y la integración de componentes de gestión vectorial, mientras que entre las barreras aparecen los recursos insuficientes y la falta de continuidad operativa¹⁷. En este caso, el incremento de los atributos de APS en los establecimientos intervenidos —especialmente en dimensiones institucionales como coordinación y continuidad— sugiere que la intervención logró sortear algunos de esos obstáculos comunes en la región. No obstante, al igual que en otras experiencias regionales,

persistió el desafío de transformar competencias culturales y sensibilización local, lo cual coincide con las barreras cualitativas detectadas en múltiples contextos latinoamericanos.

De manera congruente, el estudio de Tapia-López et al. explora las barreras y facilitadores en la implementación de estrategias contra el *Aedes aegypti* en América Latina, señalando que la resistencia al cambio institucional y la falta de adecuación cultural son retos frecuentes¹¹. La persistencia del atributo **competencia cultural** como el más débil en los resultados da cuenta de esta dificultad estructural compartida en el contexto latinoamericano. Además, la revisión de Peralta et al. sobre innovaciones en vigilancia y control del dengue resalta que las intervenciones más exitosas combinan tecnología, participación comunitaria e integración institucional¹⁹. Eso es consistente con el modelo de gestión integrada: los resultados muestran que sumar enfoques institucionales y operativos con atributos de APS puede generar avances cuantitativos, aunque todavía se necesita fortalecer los componentes relacionales y culturales para que el cambio sea verdadero y sostenible.

Desde la perspectiva de la teoría de APS, estos resultados tienen sentido: los atributos esenciales de APS —como el primer contacto, la longitudinalidad, la integralidad y la coordinación— son reconocidos como determinantes clave de eficacia, calidad y eficiencia del primer nivel de atención (Starfield y otros). Por otro lado, atributos derivados o emergentes —como competencia cultural, orientación comunitaria y atención centrada en la familia— son ampliamente reconocidos como más difíciles de establecer plenamente, pues implican transformaciones en actitudes, formación profesional, prácticas cotidianas y potencialmente inversión continua en capacitación y sensibilización.

En el contexto del reciente brote de dengue en Perú, que en 2023 alcanzó 222 620 casos y 381 muertes en 30 semanas, lo que excedió casi 10 veces el promedio de los cinco años anteriores, es fundamental que la Atención Primaria de Salud (APS) se fortalezca como pilar estratégico para la prevención y control de esta arbovirosis. Se recomienda desarrollar e implementar planes de contingencia en establecimientos de primer nivel, incluyendo la creación de “unidades febriles” y protocolos claros para la detección temprana, referencia y seguimiento de casos sospechosos y con signos de alarma, dado que los brotes pueden sobrecargar los sistemas sanitarios si no se actúa

con rapidez.³³ Además, los equipos de APS deben asumir un rol activo de liderazgo en estrategias comunitarias, mediante la organización de brigadas para eliminar criaderos de *Aedes aegypti*, la educación doméstica sobre almacenamiento seguro del agua y la movilización de agentes comunitarios, lo cual refuerza el atributo de orientación familiar y comunitaria.

Es importante reconocer algunas limitaciones para un mejor desempeño en la implementación del Plan de Gestión Integral contra el dengue en el marco de los atributos de la APS, es necesario un mayor acompañamiento en el desarrollo de los actividades formuladas (Estándares definidos por cada atributo de la APS), todavía las coordinaciones de la Red de Salud como Epidemiología, Promoción de la Salud, Salud Ambiental tienen cada uno sus propias actividades, y no articulan sus actividades, lo que repiten en el nivel local, supervisan en forma segmentada por cada uno de sus responsabilidades. Por lo tanto, falta mayor integración de las acciones, mayor integración en sus sistemas de información, análisis de datos en forma conjunta para consolidar el equipo y mayor trabajo en equipo.

Algunas implicaciones prácticas, de acuerdo a las recomendaciones de la OPS/OMS sobre la EGI-denbue (2017), y expertos nacionales, el Plan de Gestión Integrada se presenta como una estrategia viable para mejorar la calidad organizativa y funcional de los servicios APS en contextos endémicos de dengue, en el estudio se logró desarrollar un Plan de Gestión Integrado para la Red de Salud Chíncha y los centros de salud intervenidos, el problema identificado con el grupo focal es que los equipos directivos o gestores de los establecimientos de salud, tienen debilidades de liderar un cambio, difundir y desarrollar mejor los planes.

Se recomienda que los establecimientos de salud fortalezcan los atributos débiles (competencia cultural, orientación comunitaria) mediante capacitaciones específicas, inclusión de la comunidad en el diseño y evaluación del servicio, y desarrollo de mecanismos de retroalimentación con la población. Las autoridades sanitarias regionales y nacionales podrían considerar incorporar este modelo en sus políticas institucionales del primer nivel de atención, asegurando monitoreo constante y evaluaciones periódicas de los Planes Integrales en el marco de los atributos APS, no sólo como un componente experimental sino como parte de la gestión rutinaria.

Limitaciones de la intervención. La evaluación de la gestión integral contra el dengue en el marco de los atributos APS, se basó en establecer puntajes en relación a niveles de desarrollo (inicial, intermedio y avanzado), con la participación del equipo de gestión del establecimiento de salud, en muchos casos no estuvo presente el jefe o gerente del establecimiento, o responsable de alguna área involucrada, lo que puede no capturar completamente los avances reales de la gestión contra el dengue.

El atributo competencia cultural fue el que menor mejora evidenció; esto evidencia que este atributo requiere intervenciones especializadas más allá de lo estructural.

La muestra intervenida fue limitada (solo tres establecimientos), lo que restringe la generalización de los hallazgos, y el período de intervención pudo ser relativamente corto para mostrar mejoras del cambio en actitudes y comportamientos en la organización y gestión en la prevención y control del dengue. Además, los atributos como longitudinalidad, orientación comunitaria o atención centrada en la comunidad para que se consoliden plenamente requieren de un mayor tiempo.

5.3 REUNIONES DE GESTIÓN DEL CAMBIO COMO PARTE DE LA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD (EPS).

El tercer objetivo de la intervención fue para evaluar la eficacia de las reuniones de gestión del cambio en los establecimientos de salud intervenidos. Se analizaron las medias de las reuniones de gestión realizados por los grupos de intervención y control, los resultados señalan que por mes hay diferencias en las medias 1,533 (grupo de intervención). 0,800 (grupo control), Para comprobar si esas diferencias son significativas, observamos en la Prueba de muestras independientes, el p-valor para las reuniones que no se asumen varianzas iguales muestra que el p con (significancia bilateral) es de 0.074, lo cual señala que **no existen diferencias significativas** entre la cantidad de reuniones de gestión realizadas en el grupo de intervención y el de control.

Al inicio de la intervención se desarrolló un plan de intervención con talleres en el desarrollo de la metodología de las reuniones de gestión del cambio, y con acuerdos y compromisos de realizar reuniones semanales o quincenales. El desarrollo de las reuniones en el grupo de intervención se evidencia que hay incremento de reuniones de gestión en el grupo de intervención en promedio 1,53 al mes, y en el grupo control de 0,8 al mes. De acuerdo al análisis estadístico no existe una diferencia significativa

entre ambos grupos intervención y control. El estudio del grupo focal ha identificado algunas deficiencias en realizar reuniones más frecuentes entorno al desarrollo del Plan integral de salud contra el dengue, *“Las reuniones no se realizan semanalmente; predominan frecuencias quincenales o mensuales. Los principales obstáculos son carga asistencial, falta de coordinación horaria”* (Grupo focal Chíncha).

La reunión de grupo focal ha permitido identificar que hay establecimientos de salud que, si realizan sus reuniones semanales de problematización, otros quincenalmente, también se hace evidente que hay una falta de compromiso y liderazgo de los jefes de los algunos centros de salud, se ha evidenciado que un centro de salud intervenido se ha cambiado el gerente del CLAS o centro de salud a los tres meses de iniciado la intervención. Los equipos de gestión de los establecimientos intervenidos reconocen sus deficiencias “Los entrevistados identifican necesidades formativas claras: liderazgo, comunicación efectiva y trabajo en equipo. Necesitan más asistencia técnica a sus equipos, y más conocimiento de la normatividad”. Y plantean *“Estamos programando horarios hasta mayo... y dando compensables.”*. *“Las reuniones virtuales no funcionan, no hay compromiso.”* (Equipos de salud de Chíncha).

El aumento en la frecuencia de las reuniones de gestión del cambio en los centros intervenidos se alinea con la formalización de los equipos de gestión, la consolidación de una visión compartida (Red de Salud), la creación de lemas institucionales y el desarrollo de planes de gestión integrales de control del dengue. Estas reuniones fungieron tanto como mecanismo de coordinación, seguimiento y ajuste, como espacio de reflexión y capacitación continua (EPS).

Madrid, P., & Luján, G. (Piura-Perú, 2025), realizan una revisión teórica integrativa utilizando el método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), para comprender experiencias previas, este análisis sobre la gestión epidemiológica del dengue desde la experiencia del personal de salud, identifican brechas como la desconexión del conocimiento teórico y su operatividad práctica en la lucha contra el dengue, hubo limitaciones en recursos y capacitaciones del personal de salud y se identificó una brecha organizacional-sistemática: como los factores organizativos que impactan en la coordinación y sostenibilidad de acciones contra el dengue, y que incrementan las disparidades en la gestión del dengue. El estudio sugiere una necesidad urgente de reformular los modelos de gobernanza sanitaria con una

gestión integral del dengue para abordar las raíces estructurales de las disparidades sanitarias.⁸⁰ Es importante destacar que este estudio identifica dificultades en: Aplicar los lineamientos institucionales, implementar medidas preventivas, falta de definición de los roles, responsabilidades y escasa participación del personal de salud en la toma de decisiones; muy similar a los hallazgos del estudio.

En la literatura de la gestión sanitaria se reconoce que reuniones periódicas son fundamentales para monitorear avances, resolver obstáculos, mantener el compromiso del equipo y ajustar estrategias implementadas. Las sesiones de reflexión crítica, en particular, promueven la retroalimentación continua y fortalecen el aprendizaje organizativo.

Una revisión sistemática y metaanálisis sobre la Prevalencia del dengue en el Perú por León-Figueroa et Al (junio, 2025), nos brinda información sobre la gestión del dengue. Los hallazgos señalan la importancia de mejorar estrategias de prevención y control del dengue en escenarios de alta incidencia. Recomienda que las políticas de salud pública se centren en mejorar la capacidad diagnóstica en los centros de salud, fortalecer las campañas de concienciación sobre la prevención y optimizar la vigilancia epidemiológica, para mejorar la gestión del dengue.⁸¹ Sin embargo, Beltrán, M.B. (2025) realiza una revisión con búsqueda sistemática sobre los diferentes modelos de gestión en la atención primaria de la salud (APS), y presenta estrategias de gestión para mejorar la calidad, la eficiencia, la accesibilidad; identifica elementos como tener un equipo diverso, comprender la situación actual, realizar múltiples y pequeñas pruebas de cambio, difundir los éxitos, capacitación continua, gerencia estratégica, y otros, como principios clave para una mejora efectiva de la calidad en la práctica de la APS.⁸²

Un punto clave para la discusión es que el efecto de estas reuniones depende no solo de su frecuencia, sino de su calidad: los temas abordados, el grado de participación, el seguimiento efectivo de acuerdos y la asignación de responsabilidades posteriores. Si algunas reuniones respondieron más al cumplimiento formal que al análisis crítico, su impacto real podría haberse limitado.

Arrunda, M. et Al (2009), reposta una intervención con la estrategia de Educación Permanente en Salud (EPS), en Brasil. Se capacitó a profesionales de la salud en el

marco del desarrollo del Seguro Único de Salud (SUS), con el propósito de mejorar la calidad de los servicios de salud. Los resultados señalan que fue un gran desafío formar un equipo con mayor efectividad operativa, ya que al inicio los profesionales de salud en su mayoría trabajaban en forma individual, en su función específica, sin considerar el entorno de su trabajo, o a los involucrados en el problema. Trabajar los aspectos psico-afectivos en el proceso de trabajo, fue de gran valía en la creación de una identidad capaz de mantener y garantizar la unión del grupo. Problematicar debilidades en el trabajo, fue clave para que los cambios pudieran acontecer de hecho. A partir de la EPS, y sus reuniones de gestión salieron a la luz las dificultades de relacionarse con los superiores, situaciones particulares de cada integrante, diferencias, subjetividades y comprensiones diversas.⁸³

5.4 CLIMA ORGANIZACIONAL

La evaluación del clima organizacional al inicio y final de los grupos de intervención y control, de acuerdo a los criterios de evaluación propuestos se puede advertir que ambos grupos tienen resultados REGULARES. La evaluación estadística del Clima organizacional por grupos de intervención y control durante la intervención contra el dengue, no ha resultado ser eficaz durante su implementación en el grupo de intervención, los resultados del análisis estadístico muestran que al inicio se tuvo un p valor = 0,181, y al final de la intervención y 0,511. o sea, mayores a 0,05. (Cuadros N°16, 17). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, que señala que no hubo cambios significativos al final de la intervención.

Aunque en resumen no se brindan cifras específicas sobre el clima organizacional, es lógico plantear que una mejora en dicho clima puede haber mediado los cambios observados en los atributos de gestión. Un clima organizacional más favorable — mejor cohesión, liderazgo visible, comunicación clara, motivación— facilita la aceptación de nuevas tareas, la colaboración interfuncional, el compromiso con la visión institucional y, por tanto, la efectividad de la intervención.

Si algunas dimensiones del clima no mejoraron, eso podría explicar por qué ciertos atributos (por ejemplo, la competencia cultural) se mantuvieron resistentes. Además, es posible que el personal en los centros intervenidos manifestara sesgos de respuesta

(responder más favorablemente por estar involucrado en el proyecto), lo cual podría sobrestimar percepciones positivas del clima.

Una experiencia sobre el clima organizacional y desempeño laboral en el personal de salud de una Microred en Bagua-Perú (2019), utilizó el mismo instrumento que este estudio (MINSA), con sus tres dimensiones. Los resultados en la dimensión Cultura organizacional fue considerada como regular (66.7%), la dimensión del Diseño organizacional fue considerado como regular (40.0%), y la dimensión del Potencial humano, se consideró regular (43.3%).⁸⁴ El estudio al final de la intervención el resultado en las tres dimensiones también fue de regular con valores de 75.2%, 76.9% y 71.5% respectivamente. Mientras que el grupo control, los establecimientos en total tuvieron como resultado también regular con valores de: 73.5%, 75.1% y 69.3%. En general, en el grupo de intervención las acciones desarrolladas de capacitación en liderazgo, reuniones de problematización y trabajo en equipo no fueron suficientes para lograr un mayor impacto.

Otra experiencia donde se utilizó el instrumento similar al estudio es del Centro de Salud Bellavista-Callao (2017), se entrevistó a 117 personas, 17.9% fueron administrativos y 82% asistenciales, en el presente estudio en el grupo de intervención el 22% fueron administrativos y el 78% asistenciales, y en el grupo de control el 19.5% fueron administrativos y el 80.5% fueron asistenciales. Los resultados señalan a la variable del Potencial humano por mejorar, y como saludable al diseño organizacional y cultura organizacional.⁸⁵ En el estudio los de más bajo puntaje son del Potencial humano que se ha calificado como regular o por mejorar, es similar en los del grupo de intervención y control, y las dimensiones de menor puntaje son similares en los grupos de intervención y control, la variable remuneraciones y recompensa, en ambas el personal expreso su insatisfacción con menor de 66%. Y las variables de mayor calificación son: la identidad con su organización, la estructura (son las tareas que realiza están de acuerdo a su función, y conoce sus tareas), y comunicación organizacional (es la comunicación y del jefe con el personal de salud, evaluando su bienestar en el trabajo), todos con puntajes porcentual mayor al 80%.

Adicionalmente, aunque los resultados no muestran un cambio estadísticamente significativo en el clima organizacional en el grupo de intervención, no necesariamente esto implica que la intervención no tuvo algún efecto relevante en la práctica. Es

posible que las actividades —capacitaciones en liderazgo, reuniones de problematización y trabajo en equipo— hayan creado un ambiente más propicio para la reflexión y el intercambio, aunque estos cambios no se reflejen inmediatamente en una mejora cuantitativa considerable. La literatura apoya esta interpretación: por ejemplo, en un centro de salud de atención primaria en Chile, una intervención de nueve meses focalizada en variables como estructura, recompensa y calidez logró mejoras en la percepción de clima.⁸⁶ Este tipo de hallazgos sugiere que intervenciones similares podrían generar un cambio más profundo a mediano o largo plazo si se mantienen en el tiempo, incluso si los resultados iniciales parecen modestos.

Por otro lado, los resultados regulares en las tres dimensiones (cultura organizacional, diseño organizacional y potencial humano) en ambos grupos sugieren que existen barreras estructurales y culturales que no se abordan completamente con intervenciones puntuales. Estudios en contextos peruanos muestran una relación entre un clima organizacional más saludable y mejores indicadores en desempeño o calidad de atención. Por ejemplo, en el Centro Materno Infantil “Perú Corea” (Lima) se encontró una correlación positiva significativa entre clima organizacional (evaluado con instrumento adaptado de MINSA) y calidad de atención.⁸⁷ Asimismo, en el Centro de Salud de Limatambo (Cusco), se ha documentado que un mejor clima organizacional se relaciona con un mayor desempeño laboral.⁸⁸

En cuanto a recomendaciones, es fundamental diseñar e implementar un plan de mejora del clima organizacional a mediano plazo que incluya: (1) reuniones de educación permanente en salud, para reflexionar, plantear mejoras y monitorear cambios en su percepción del clima; (2) incentivos tangibles y reconocimiento por desempeño, especialmente en lo relativo a recompensas y desarrollo profesional; y (3) liderazgo activo y visible, pues existe evidencia de que estilos de liderazgo —transaccional y transformacional— están positivamente correlacionados con un mejor clima organizacional en microredes de salud peruanas.⁸⁹ Además, se sugiere realizar evaluaciones intermedias del clima (por ejemplo, con mediciones semestrales) para permitir ajustes oportunos a la intervención.

5.5 DISCUSIÓN DE LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DEL DENGUE DE AÑOS ANTERIORES HASTA EL MES DE JUNIO, 2025

Los grupos de establecimientos de salud de intervención y de control tienen condiciones sociodemográficas bastante similares, y los resultados de la situación del dengue hacia finales de 2024, mostraban a la provincia de Chincha con tasa de letalidad más elevada (0,15%) y una tasa de incidencia de 2 253,15 casos por 100 000 habitantes. No obstante, para el año 2025, en la Semana Epidemiológica 40, se observó en los distritos de intervención se tuvo las tasas de incidencia más bajas que varían de 1.29 a 11.4 por 100,000 hab. mientras en los distritos de control en la provincia de Ica las tasas de incidencia van de 18.04 a 45.34 por 100,000 hab., sin duda hay una diferencia importante, que podría tener alguna relación con la intervención. Sin embargo, tales mejoras no pueden ser atribuidas de manera directa ni exclusiva a la intervención realizada, porque el problema es multicausal, y hubo un conjunto de acciones implementadas para la prevención y el control del dengue en la provincia de Chincha.

Es importante también considerar que en las Américas se tienen ciclos de brotes que ocurren cada 3 a 5 años y que las tendencias actuales muestran un incremento histórico de casos, especialmente en 2024. Durante la pandemia de COVID-19 hubo una transmisión moderada del dengue en algunas regiones y baja en otras, por lo que muchas personas no están inmunizadas frente a determinados serotipos del virus causante. No obstante, los datos disponibles sobre los serotipos en circulación son limitados.⁹⁰

Entre 2000 y 2025, el dengue en el Perú mostró un comportamiento endemo-epidémico con brotes cíclicos cada tres a cuatro años, impulsados por la expansión progresiva del *Aedes aegypti* y, más recientemente, de *Aedes albopictus*. Esta amplia dispersión, sumada a la circulación simultánea de varios serotipos y a limitaciones estructurales en saneamiento, vigilancia y control vectorial, configuró un entorno favorable para la transmisión sostenida.

En el periodo 2016–2025, la dinámica del dengue se intensificó por factores climáticos y sistémicos. Durante la pandemia de COVID-19, la baja exposición poblacional generó brechas de inmunidad, mientras que la fragilidad de los sistemas de salud dificultó la detección oportuna. En 2023, los efectos del fenómeno El Niño —

temperaturas elevadas, humedad y precipitaciones intensas— aceleraron la proliferación del vector, desencadenando la mayor epidemia registrada en el país y cuyas repercusiones se extendieron hasta 2024–2025. Estos elementos evidencian la necesidad de estrategias integrales y sostenidas de prevención, vigilancia y control del dengue.³³

A modo de conclusión, se puede resaltar que la reducción de la incidencia en los distritos intervenidos es consistente con un posible aporte de la intervención, aunque no determinante por sí sola. El análisis evidencia la necesidad de implementar estrategias integrales, sostenidas y multisectoriales para la prevención y el control del dengue, considerando los determinantes climáticos, sociales y sistémicos que configuran la epidemiología del dengue en Chincha y en el Perú.

5.6 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Al tratarse de un diseño cuasi-experimental, existe la posibilidad de factores externos no controlados que pudieron influir en los resultados.
- El período de intervención pudo no ser suficiente para provocar cambios más profundos en los primeros pasos de la gestión del cambio y el clima organizacional, ya que estos suelen requerir intervenciones más prolongadas y reiteradas.
- El débil liderazgo y apoyo en la intervención integral desde la Red de Salud Chincha hacia los centros de salud, no fortalece la intervención en el desarrollo y sostenibilidad del modelo de gestión del cambio.
- El estudio se limitó a tres centros de salud, lo que reduce la posibilidad de generalizar los resultados a otros contextos con características diferentes (demográficas, sociales, geográficas).
- La medición de incidencia a nivel de distrito o grupo de establecimientos puede no captar variaciones locales más detalladas, y la falta de indicadores entomológicos (como índices larvarios) en los establecimientos intervenidos limita el análisis para demostrar que los cambios organizacionales se traducen efectivamente en reducción de la presencia del vector.

CAPITULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

1. **Validación métrica del instrumento:** Se validaron e implementaron con éxito los 29 estándares operacionales para la programación y evaluación del Modelo de Intervención basado en la Estrategia de Gestión Integrada contra el Dengue (EGI-Dengue) y los atributos de la Atención Primaria de Salud (APS). El análisis mediante el coeficiente V de Aiken proporcionó evidencia favorable de validez de contenido, legitimando la idoneidad de la ficha para el levantamiento de información basal y final en la microgestión del primer nivel de atención.
2. **Eficacia institucional y límites del cambio:** El Modelo Integrado de Gestión del Cambio demostró eficacia estadística significativa ($p < 0,05$) para fortalecer la arquitectura organizacional, la planificación y la gestión de las IPRESS intervenidas, elevando su capacidad resolutoria local. Sin embargo, el periodo experimental de seis meses resultó insuficiente para modificar las dimensiones estructurales y arraigadas que configuran el clima organizacional de los establecimientos públicos.
3. **Liderazgo y apropiación conductual:** La aplicación del modelo orientador fue eficaz para dinamizar la estructura organizativa y catalizar la preparación estratégica institucional del personal. No obstante, la persistencia de inercias burocráticas limitó la consolidación de transformaciones sostenibles en el componente psicoconductual, evidenciando que los cambios administrativos requieren procesos más prolongados de adopción cultural en el factor humano.
4. **Impacto territorial diferenciado:** La implementación del Plan de Cambio fortaleció de manera significativa la accesibilidad, la coordinación interinstitucional, la participación comunitaria y el enfoque preventivo-promocional en la provincia de Chincha. La ausencia de variaciones equivalentes en el Grupo Control validó la efectividad de la intervención para mitigar la fragmentación asistencial de las IPRESS.
5. **Dinamización pedagógica y nudos de gestión:** Las Reuniones de Gestión del Cambio (RGC) operaron como el vehículo idóneo para viabilizar el plan mediante los principios de la Educación Permanente en Salud (EPS). A pesar de registrar una frecuencia promedio superior al Grupo Control (1,52 vs. 0,80 reuniones mensuales), esta regularidad no alcanzó significancia estadística inferencial ($p =$

0,074) para subvertir el clima organizacional, demostrando que la transformación requiere intervenir simultáneamente sobre las políticas de gestión del talento humano.

6. **Gobernanza y barreras de sostenibilidad:** Se identificó un débil respaldo político-institucional por parte de la mesogestión (Red de Salud) hacia las IPRESS de la microgestión intervenidas. Este distanciamiento administrativo restringió el apoyo logístico y normativo, erigiéndose como la principal barrera estructural para la sostenibilidad y el escalonamiento continuo del modelo de gestión del cambio en el territorio.
7. **Efecto epidemiológico y factores de confusión:** A nivel epidemiológico, los distritos del Grupo de Intervención reportaron una menor tasa de incidencia acumulada por dengue en comparación con el Grupo Control. Si bien este hallazgo sugiere una contribución sanitaria favorable, su causalidad no puede adjudicarse de forma exclusiva al modelo debido a la coexistencia y superposición de otras estrategias vectoriales y variables climáticas concurrentes en la región Ica.

6.2 Recomendaciones

1. **Escalamiento y reproducibilidad territorial:** Extender progresivamente la implementación del Modelo Integrado de Gestión del Cambio (con sus tres componentes) a otros establecimientos del Primer Nivel de Atención a nivel regional y nacional. Este despliegue secuencial permitirá evaluar la reproducibilidad, adaptabilidad y efectividad de la intervención en diferentes contextos institucionales y realidades territoriales con alta carga metaxénica, y otros problemas sanitarios.
2. **Fortalecimiento del liderazgo distribuido:** Fortalecer la conformación de equipos de gestión en las IPRESS del primer nivel de atención con todos los involucrados, promoviendo el desarrollo de un liderazgo distribuido que asuma la formulación, conducción y evaluación de planes integrados locales. Estos planes deben incorporar de manera explícita las directrices de la Estrategia de Gestión Integrada contra el Dengue (EGI-Dengue), el Plan de prevención y control del dengue de la autoridad sanitaria nacional (MINSA), organizados entorno a los atributos esenciales de la Atención Primaria de Salud (APS).
3. **Contextualización operativa del Plan de Cambio:** Desarrollar el Plan de Gestión Integrada contra el Dengue tomando como base la matriz de 29 estándares

adaptados y validados. La programación de las intervenciones preventivo-promocionales y de control vectorial debe ejecutarse respondiendo de forma flexible a las realidades operativas y epidemiológicas específicas de cada establecimiento de salud.

4. **Institucionalización de la Educación Permanente:** Promover la consolidación de la estrategia de Educación Permanente en Salud (EPS) como documento normativo del MINSA, para ser utilizado en las Reuniones de Gestión del Cambio (RGC) semanales o quincenales como estrategia educativa y de gestión de las IPRESS, co-creación de saberes y mejora continua de los procesos de trabajo en la prevención del dengue y otras prioridades sanitarias.
5. **Gobernanza multinivel y amparo normativo:** Garantizar un respaldo institucional sostenido por parte de las Redes de Salud y de las autoridades sanitarias de la mesogestión (DIRESA/DIRIS). Este soporte debe materializarse mediante la formalización de directivas administrativas nacionales, guías técnicas oficiales y mecanismos de supervisión y control que aseguren la asignación de recursos, el acompañamiento técnico continuo y la sostenibilidad jurídica del modelo.
6. **Diseño de investigaciones longitudinales extensas:** Diseñar y financiar futuros estudios con periodos de seguimiento y ventanas temporales más prolongados. Estas investigaciones longitudinales resultan indispensables para evaluar rigurosamente la sostenibilidad de los cambios organizacionales logrados, el fortalecimiento de la cultura institucional, la evolución del clima organizacional a largo plazo y el impacto epidemiológico real en el territorio.
7. **Sistemas integrados de monitoreo analítico:** Implementar sistemas digitales de monitoreo continuo que unifiquen tableros de control (*dashboards*) e indicadores organizacionales, de calidad de gestión, clínicos y entomológicos. La correlación periódica de variables como la incidencia acumulada de dengue, la tasa de letalidad y los índices de infestación vectorial permitirá verificar con rigor la relación causal entre la optimización de la microgestión y la reducción del riesgo sanitario.
8. **Investigación cualitativa y gestión de la resistencia:** Desarrollar investigaciones cualitativas complementarias —bajo enfoques de investigación-acción, teoría fundamentada o grupos focales— orientadas a caracterizar los "puntos de barrera" individuales, las resistencias culturales y los factores facilitadores del cambio organizacional. El análisis contextual de estas variables conductuales

proporcionará los insumos necesarios para diseñar estrategias personalizadas que optimicen la adopción del factor humano ante las reformas del sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS (2023). Dengue Situation Report Region of the Americas. Sitrep No. 1. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-12/denguesitrep14dec2023finalv3.pdf>
2. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. (2024). Hasta la SE 45. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/sala-situacional-dengue/#grafico01>
3. Organización Mundial de la Salud (19 de julio de 2023). Partes sobre brotes epidémicos - Dengue en la Región de las Américas. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON475>
4. Organización Mundial de la Salud (19 de julio de 2023). Partes sobre brotes epidémicos - Dengue en la Región de las Américas. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON475>
5. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA (2024). Semana Epidemiológica (del 10 al 16 de marzo de 2024). Volumen 33 - SE 11-2024. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_2024_30_083906.pdf
6. Decreto Legislativo N° 1156 (2013) Decreto Legislativo que dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos en que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200290/197020_DL1156.pdf20180926-32492-1x66bfl.pdf?v=1594241827
7. OPS/OMS (2008). Ministerios de Salud de Estados Parte de la Sub-Región Andina. Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control de dengue para la Subregión Andina EGI-Dengue Subregión Andina. Lima. Disponible en: [file:///C:/Users/51932/Downloads/EGI-DENGUE%20PARA%20LA%20SUBREGION%20ANDINA%2024_08%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/51932/Downloads/EGI-DENGUE%20PARA%20LA%20SUBREGION%20ANDINA%2024_08%20(2).pdf)
8. Bardach, A. E., García-Perdomo, H. A., Alcaraz, A., Tapia López, E., Gándara, R. A. R., Ruvinsky, S., & Ciapponi, A. (2019). Interventions for the control of *Aedes aegypti* in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 24(5), 530–552. <https://doi.org/10.1111/tmi.13217>
9. Roiz, D., Wilson, A. L., Scott, T. W., Fonseca, D. M., Jourdain, F., Müller, P., Velayudhan, R., & Corbel, V. (2018). Integrated Aedes management for the control of Aedes-borne diseases. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 12(12), e0006845. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006845>
10. Mulderij-Jansen, V., Pundir, P., Grillet, M. E., Lakiang, T., Gerstenbluth, I., Duits, A., Tami, A., & Bailey, A. (2022). Effectiveness of Aedes-borne infectious disease control in Latin America and the Caribbean region: A scoping review. *PloS One*, 17(11), e0277038. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277038>

11. Mettenleiter, T.C., Markotter, W., Charron, D.F. et al. The One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). *One Health Outlook* 5, 18 (2023). <https://doi.org/10.1186/s42522-023-00085-2>
12. Osman Dar and Catherine Machalaba, Wiku B. Adisasmito, Salama Almuhaire, et al. One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). (2021) One Health Theory of Change. Available in: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/one-health/ohhlep/ohhlep--one-health-theory-of-chance.pdf>
13. Organización Panamericana De La, S. (2010). Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de Salud, Proyecto de Servicios Integrados de Salud. Metodología de gestión productiva de los servicios de salud: introducción y generalidades. OPS.
14. Kotter, J. L., El Cambio, & En, A. (2011). *Harvard Business Review: gestión del cambio*. Ediciones Deusto.
15. Waissbluth, M. (2008) «Sistemas complejos y gestión pública.» Magíster en Gestión y Políticas Públicas. Departamento de Ingeniería Industrial Universidad de Chile, Santiago. Disponible en: https://mariowaissbluth.com/descargas/complejidad_y_gestion.pdf
16. Waissbluth, M. (2008). «Gestión del cambio en el sector público.» *Comparative and General Pharmacology* (2008): 541-559. Disponible en: <https://www.mariowaissbluth.com/publicaciones/>
17. Cabezas, C., Fiestas, V., García-Mendoza, M., Palomino, M., Mamani, E., & Donaires, F. (2015). Dengue en el Perú: a un cuarto de siglo de su reemergencia. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, 32(1), 146. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.321.1587>
18. Cabezas, C., & Durand, S. (2024). Estrategias integradas para el control del dengue en el Perú, ¿hay nuevas opciones? *Anales de la Facultad de Medicina (Lima, Perú: 1990)*, 85(1), 3–5. <https://doi.org/10.15381/anales.v85i1.17010>
19. Organización Panamericana De La, S. (2017). Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en la Región de las Américas. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34859/OPSCHA17039_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y
20. Organización Panamericana de la Salud (2019). Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales en las Américas. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51787/9789275320495_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Organización Panamericana de la Salud, Banco Interamericano de Desarrollo y Banco Mundial. Actualización del marco conceptual y operacional para las redes integradas de servicios de salud en las Américas: Consenso técnico del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud para fortalecer las redes integradas de servicios de salud en la Región de las Américas. Washington, D.C.; 2025. Disponible en <https://doi.org/10.37774/9789275330692>.

22. Gómez-Dantés, Héctor, Martín, José Luis San, Danis-Lozano, Rogelio, & Manrique-Saide, Pablo. (2011). La estrategia para la prevención y el control integrado del dengue en Mesoamérica. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 3), s349-s357.
23. Alvarado-Prado, Rebeca, Nieto López, Emmanuel, & Ramírez Rojas, Melissa. (2020). Challenges posed by the implementation of the Integrated Management Strategy for dengue prevention and control, Costa Rica 2016. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 72(2),. Epub 20 de octubre de 2020. Recuperado en 28 de diciembre de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602020000200009&lng=es&tlng=en.
24. Côrtes, N., Lira, A., Prates-Syed, W., Dinis Silva, J., Vuitika, L., Cabral-Miranda, W., Durães-Carvalho, R., Balan, A., Cabral-Marques, O., & Cabral-Miranda, G. (2023). Integrated control strategies for dengue, Zika, and Chikungunya virus infections. *Frontiers in immunology*, 14, 1281667. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2023.1281667>
25. Cano M. (2022). Gestión del Cambio en proyectos de eSalud: Revisión Bibliográfica y estudio de caso. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10609/140467>
26. Cassetti, Viola, & Paredes-Carbonell, Joan J. (2020). La teoría del cambio: una herramienta para la planificación y la evaluación participativa en salud comunitaria. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 305-307. Epub 13 de octubre de 2020. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.002>
27. Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades. MINSA (2023). Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 32 - SE 52.
28. Tudela, J. W. G. (2024). La situación actual del dengue en el Perú. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 37(1), 5-6.
29. Castro-Orozco, R., Alvis-Guzmán, N., & Gómez-Arias, R. (2015). Diferencias y similitudes entre las estrategias de gestión integrada para la prevención y control del dengue en Colombia y Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 32(4), 801. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.324.1775>
30. OPS. (2021) Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal. Washington, D.C.: <https://doi.org/10.37774/9789275324264>.
31. OPS/OMS. (2019). Gestión del Cambio en la Salud Pública. Versión 1.0, agosto del 2019. Disponible en: <https://www3.paho.org/ish/images/toolkit/IS4H-KCCM-ES.pdf>
32. Segovia, G., Bartolo, M., Trujillo, O., Rivera, G., Monteza, B., Gonzales, C. M., & Lazóriga, K. (2022). La gestión sanitaria en la atención a la población indígena y afroperuana en la pandemia por la COVID-19. *Acta Med Peru*, 39(3), 263–270.
33. Munayco, C., & Valderrama, B. (2024). Brote Dengue-Perú, 2023. US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention | *MMWR*, 73(4).
34. Gutiérrez-Tudela, J. (2024). La situación actual del dengue en el Perú. *Rev Soc Peru Med Interna*, 37(1), 5–6.

35. MINSA. (2024). Norma Técnica de Salud para la atención integral de pacientes con dengue en el Perú. NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024.
36. Bocanegra Morales, C. O., & Flores Coapaza, P. A. (2024). Estrategias para el control del dengue en las áreas urbanas de Lima: un estudio de incidencia en Lima Sur y Lima Norte. *Politai*, 15(24), 109-127. <https://doi.org/10.18800/politai.202401.005>
37. Terán Rosero, Gustavo Javier, Mora Chuquer, Edwin Jonathan, Gutiérrez Villarreal, Milena del Rocío, Maldonado Tapia, Sonia Cumanda, Delgado Campaña, Wilmar Alberto, & Fernández Lorenzo, Angie. (2017). Gestión de la innovación en los servicios de salud pública. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(3) Recuperado en 05 de enero de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000300016&lng=es&tlng=es.
38. Carrión A. Montesinos P. Martínez M. Jabaloyes J. (2022). Introducción a la Gestión de la Innovación. Sendemà Editorial, Valencia. Disponible en: <file:///C:/Users/51932/Desktop/ICA/Invest,%20GC%20en%20TBC%20SISTEMATIZ/Introd%20INNOVAC%20UPV%20ESPA%C3%91A.pdf>
39. Carrión, A., Jabaloyes, J., Montesinos, P., & Grisales, A. EMOI: AN INNOVATION MANAGEMENT MODEL PROPOSAL. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Andres-Carrion-Garcia/publication/382298038_EMOI_AN_INNOVATION_MANAGEMENT_MODEL_PROPOSAL/links/6696c1904a172d2988a60bbb/EMOI-AN-INNOVATION-MANAGEMENT-MODEL-PROPOSAL.pdf
40. Peña, M. P. (2021-02-12). Estudio apoyado en la metodología del modelo EMOI para el desarrollo de una herramienta basada en realidad aumentada para el manejo en la doble carga nutricional Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10654/39154>
41. Segovia, G., & Monteza, B. (2021). Un modelo de gestión para incorporar la interculturalidad en la prevención y control de la tuberculosis en Ica, 2021-2022. *Bol Inst Nac Salud*, 28(4), 78–83.
42. Rovere, M. R. (1994). Gestión estratégica de la educación permanente en salud. In *Educación permanente de personal de salud* (pp. 63-106).
43. Davini, M. (1995). *Educación permanente en salud*. OPS.
44. Davini, M. C. (2005). Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud. *OPS. Julio*, 45.
45. Haddad, J., Mojica, M. J., & Chang, M. I. (1987). Proceso de educación permanente en salud. *Educ. méd. salud*, 11-29.
46. Vélez Benito, Gladys Amélia, & Schwabe Franz, Marisa. (2010). Educación permanente en la salud. Reflexiones en la perspectiva de la Integralidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(4), 267-279. Recuperado en 06 de enero de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400010&lng=es&tlng=es.
47. Fortuna, C. M., Franceschini, T. R. D. C., Mishima, S. M., Matumoto, S., & Pereira, M. J. B. (2011). Movimientos de la educación permanente en salud

- desencadenados a partir de la formación de facilitadores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 411-420.
48. Lloréns Figueroa, J. A. (1986). Educación permanente en salud: Posibilidades y limitaciones. *Educ. méd. salud*, 513-23.
 49. Ricardo, B. (2019). Pasos Preliminares para el Control del Dengue. *Investigación Clínica*, 60(1), 181+. <https://link.gale.com/apps/doc/A625408660/AONE?u=anon~d0446ea6&sid=googleScholar&xid=508d5478>
 50. Segovia-Meza G, Maguiña Vargas CP. La gestión del cambio una opción en la prevención y control del dengue. *Rev Méd Hered* [Internet]. 27 de septiembre de 2024 [citado 10 de febrero de 2026];35(3):187-9. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/5562>
 51. OPS/OMS. (2023). Evaluación de Riesgos para la salud pública sobre dengue en la Región de las Américas en diciembre de 2023. Disponible en: <file:///C:/Users/51932/Downloads/2023diciembrerradenguephesp.pdf>
 52. Vázquez, F. (2016). Comportamiento psicométrico de una versión corta del PCAT en español. *Aten Primaria*, 49(2), 69–76.
 53. Costa-Maia-Monteiro, Vínicius, Miranda-Aiquoc, Kezauyn, Silva-de Mesquita-Xavier, Suênia, Albuquerque-Silva-de Paula, Weslla Karla, Lima-de Souza, Nilba, & Galvão-Pinto, Erika Simone. (2022). Evaluación del grado de implantación de los atributos de la atención primaria a la salud como indicador de la calidad de la asistencia prestada a las comunidades quilombolas en el estado de Rio Grande del Norte. *Enfermería Global*, 21(68), 484-530. Epub 28 de noviembre de 2022. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.507371>
 54. Lizana, Magaly, Flores, Estefany Ángela, & Carhuayo-Luján, Silvia. (2020). Evaluación de los atributos de atención primaria de salud en establecimientos del primer nivel atención de Ayacucho, Perú. *Revista Medica Herediana*, 31(3), 175-180. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i3.3807>
 55. Pena, F. V., Harzheim, E., Terrasa, S., & Berra, S. (2017). Psychometric validation in Spanish of the Brazilian short version of the primary care assessment tools-users questionnaire for the evaluation of the orientation of health systems towards primary care. *Aten Primaria*, 49(2), 69–76
 56. Shi, L., Starfield, B., & Xu, J. (2001). Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *Journal of Family Practice*, 50(2).
 57. Ponzo, J., Berra, S., Giraldo-Osorio, A., Pasarín, M. I., Leyns, C., Vélez Álvarez, C., Soto, C., Molina, D., Fuentes-García, A., Hauser, L., Magne, J., Chicaiza, V., Torres, T., González Mora, F., Terra, A., Harzheim, E., Ferre, P., Borja-Aburto, V., & Fuentes, M. (2018). Armonización iberoamericana de los instrumentos PCAT para la evaluación del primer nivel de atención. *Revista panamericana de salud publica [Pan American journal of public health]*, 42. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.80>
 58. Contreras, Pavel J., Urdy-Fernandez, Dayana, Izquierdo-Hernandez, Mario, Chacon-Uscamaita, Pamela R., & Cuba-Fuentes, María Sofia. (2024). Percepción de afroperuanos sobre la atención primaria de salud en el primer nivel de

- atención. *Acta Médica Peruana*, 41(2), 112-121. Epub 27 de agosto de 2024. <https://doi.org/10.35663/amp.2024.412.3016>
59. Cuba-Fuentes, M., Jurado, A., & Estrella, E. (2011). Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. *Revista médica herediana: órgano oficial de la Facultad de Medicina "Alberto Hurtado", Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru*, 22(1). <https://doi.org/10.20453/rmh.v22i1.1093>
 60. Bono Cabré, R. (2012). Diseños cuasi-experimentales y longitudinales.
 61. Cáceres-Manrique, F. de M., Vesga-Gómez, C., & Angulo-Silva, M. L. (2010). Empoderamiento para la prevención y control del Dengue. *Revista de salud pública (Bogota, Colombia)*, 12(5), 798–806. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642010000500010>
 62. Sangkaew, S., Ming, D., Boonyasiri, A., Honeyford, K., Kalayanaroj, S., Yacoub, S., Dorigatti, I., & Holmes, A. (2021). Risk predictors of progression to severe disease during the febrile phase of dengue: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Infectious diseases*, 21(7), 1014–1026. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30601-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30601-0)
 63. Mungall-Baldwin C. (2022). Women's participation in the prevention and control of dengue using environmental methods in the global south: a qualitative meta-synthesis. *International journal for equity in health*, 21(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01726-0>
 64. Begam, N. N., Kumar, A., Sahu, M., Soneja, M., Bhatt, M., Vishwakarma, V. K., Sethi, P., Baitha, U., Barua, K., & Biswas, A. (2021). Management of dengue with co-infections: an updated narrative review. *Drug discoveries & therapeutics*, 15(3), 130–138. <https://doi.org/10.5582/ddt.2021.01027>
 65. Ng, T. C., Teo, C. H., Toh, J. Y., Dunn, A. G., Ng, C. J., Ang, T. F., Abdullah, A., Syed, A., Lim, H. M., Yin, K., & Liew, C. S. (2022). Factors influencing healthcare seeking in patients with dengue: Systematic review. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 27(1), 13–27. <https://doi.org/10.1111/tmi.13695>
 66. Ganem-Luna, A., & Tuesca-Molina, R. (2018). Promoción de la salud y prevención del dengue: implementación de la metodología -combi- en tres barrios del distrito de Barranquilla, Colombia. *Colombia. Sal Jal*, 5, 82–92.
 67. Aparicio-Meneses, L. M., Hernández-Méndez, O., & Igarza-Varona, R. (2022). Evaluación de una estrategia de intervención comunitaria para reducir el dengue. *Rev Méd Electrón*, 44(1), 56–68.
 68. Valencia-Jiménez, N. N., Rodríguez-Triana, Z. E., & Vélez-Álvarez, C. (2021). Familia y empoderamiento. Una revisión desde la mirada social del dengue. *Universidad y salud*, 23(3), 272–283. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.241>
 69. Caicedo Gaviria, L. J., & Verjel Peñaranda, E. D. (2024). *Evaluación de la calidad de la información sobre promoción y prevención basada en la estrategia COMBI, de las apps de dengue actualmente disponibles en Android e iOS* (Bachelor's thesis, Enfermería).

70. Llanos-Cuentas, A., & Altamirano-Quiroz, A. (2023). Control del Dengue: una visión crítica. *iagnostico*, 62(2), e461. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v62i2.461>
71. Jiménez, N. N. V., & Constanzo, A. Z. (2024). La familia empoderada: Nuevas narrativas para repensar la prevención y control del dengue en Córdoba, Colombia. *Salud colectiva*, 20, e4800.
72. Pollack J, Pollack R. Using Kotter's Eight Stage Process to Manage an Organisational Change Program: Presentation and Practice. *Systemic Practice and Action Research*. 2014;28(1). doi:10.1007/s11213-014-9317-0
73. Appelbaum SH, Habashy S, Malo JL, Shafiq H. Back to the future: revisiting Kotter's 1996 change model. *Journal of Management Development*. 2012;31(8):764-782. doi:10.1108/02621711211253231
74. Lizana M, Flores Á, Carhuayo-Luján S. Evaluación de los atributos de Atención Primaria de Salud en establecimientos del primer nivel de atención de Ayacucho, Perú. *Rev Méd Herediana*. 2020;31(3):175-180.
75. Contreras PJ, Urdy-Fernández D, Izquierdo-Hernández M, Chacón-Uscamaita PR, Cuba-Fuentes MS. Percepción de Afro-peruanos sobre la Atención Primaria de Salud en el primer nivel de atención. *Acta Médica Peruana*. 2024;41(2):112-121.
76. Kinalski, Daniela Dal Forno; de Paula, Cristiane Cardoso; Nascimento, Leticia do; Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Evaluación de la atención primaria en salud: revisión de evidencia de la Primary Care Assessment Tool. *Enfermería Comunitaria (rev. digital)* 2014, 10(2).
77. Dois, A., Bravo, P., & Soto, G. (2017). Atributos y características de los principios orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. *Revista Médica De Chile*, 145(7). Recuperado a partir de <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/5715>
78. Fernandez-Guzman, D., Caira-Chuquineyra, B., Calderon-Ramirez, P. M., Cisneros-Alcca, S., & Benito-Vargas, R. M. (2023). Sociodemographic factors associated to knowledge and attitudes towards dengue prevention among the Peruvian population: findings from a national survey. *BMJ open*, 13(3), e071236. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071236>
79. Segovia-Meza G, Medina-Ibañez A, Bartolo-Marchena M, Monteza-Facho B. Action-research in the development of a change management model to strengthen health interventions with an intercultural approach, Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2025 Jun. 18 [cited 2025 Nov. 12];42(2):203-11. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/14134>
80. Madrid, P., & Luján, G. (2025). Disparidad en Salud desde la Experiencia de Trabajadores en la Gestión Epidemiológica del Dengue. *Revista Científica*, 10(35), 130-148, e-ISSN:2542-2987. Recuperado de: <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2025.10.35.6.130-148>

81. León-Figueroa DA, García-Vasquez EA, Díaz-Torres M, Aguirre-Milachay E, Villanueva-De La Cruz JP, Saldaña-Cumpa HM, Valladares-Garrido MJ. Prevalencia del dengue en pacientes con fiebre en Perú: una revisión sistemática y metaanálisis. Uno, por favor. 17 de junio de 2025; 20(6):e0310163. doi: 10.1371/journal.pone.0310163. PMID: 40526741; PMCID: PMC12173410.
82. Beltrán-Castro Marvin, León-Forero Ana. Estrategias de gestión para mejorar la atención primaria en salud. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2025 Abr [citado 2025 Nov 18] ; 85(1): 165-181. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802025000100165&lng=es.
83. Arruda, M. Locks, G. Pagliosa, F. Araújo, A. La estrategia de educación permanente en salud como posibilidad de intervención social. Revista Perspectivas N° 20, 2009 • ISSN 0717-1714 • pp. 115-127. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8229482>
84. Lucano, Clarita Melissa Puitiza, et al. "Clima organizacional y desempeño laboral en trabajadores de la microrred de salud Bagua Grande en Perú//Organizational climate and work performance in workers of the Bagua Grande health microgrid in Peru." *Revista de la Universidad del Zulia* 11.31 (2020): 71-85.
85. Gamarra C, Paola M. Clima organizacional y satisfacción de los usuarios del centro de salud Bellavista, Callao [Internet]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2017. Available from: <http://hdl.handle.net/10757/622587>
86. Hidalgo, C. G. ., Cabezas, A. M. ., & Collados, M. . (1997). Clima organizacional en un centro de salud de atención primaria: evaluación e intervención para mejorar la satisfacción laboral del equipo de salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 38(3), 3–12. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1000>
87. Vega Tomasto, M Clima organizacional y calidad de atención del personal de salud del Centro Materno Infantil Perú Corea Bellavista, Lima - Perú 2021. [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2021 [citado: 2025, noviembre]
88. Apaza Guevara, B. F. Clima organizacional y desempeño laboral en el personal del centro de salud de Limatambo, Anta, Cusco, Perú – 2021. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/79679/Apaza_GBF-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
89. Castillo Saavedra, E. F. et al. "Liderazgo y clima organizacional en trabajadores de establecimientos de salud de una microrred de Perú." *Revista cubana de salud pública* 45 (2019): e1351. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2019.v45n2/e1351/>
90. OPS/OMS. Dengue – Situación actual. diciembre 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON498>
91. González, I.B, Pedraza Melo, A.M. Sánchez Limón, M.L "El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico." *Estudios gerenciales* 31.134 (2015): 8-19. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-estudios-gerenciales-354-pdf-S0123592314001624>

VIII. ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables independientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
Eficacia del modelo orientador de la gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en el Primer Nivel de Atención	La eficacia del modelo orientador de la gestión del cambio se refiere al grado en que las estrategias, procesos y acciones planificadas logran los resultados propuestos en términos de fortalecimiento organizacional, adopción de nuevas prácticas y mejora del desempeño institucional en salud (Kotter, 2012; MINSA, 2023).	Resultado de la aplicación de un modelo de gestión del cambio implementado en los establecimientos intervenidos del primer nivel de atención, medido a través del cumplimiento de actividades, relacionadas a los primeros pasos de la gestión del cambio para crear un clima de cambio y comprometer y capacitar a las IPRESS, para el logro de mejoras en la gestión del dengue.	Cualitativo ordinal	Escala porcentual (0-100%)	1. Generar sentido de urgencia al cambio en funcionarios y gestores en control del dengue	Se procede con la Prueba exacta de Fisher, para verificar la diferencia entre la línea inicial y final y determinar la existencia de un cambio significativo estadísticamente.
					2. Formar un equipo con los involucrados para conducir la gestión.	
					3. Desarrollar una visión y el plan integral contra el dengue	
					4. Comunicar y empoderar a los miembros de las IPRESS en la visión de cambio.	
					5. Identificar y vencer obstáculos contra el dengue	
Eficacia del Plan de cambio para la Gestión Integrada contra el Dengue en el marco de los atributos de la APS.	Grado en que los resultados obtenidos mediante la aplicación del Plan de cambio con los elementos de la Estrategia de Gestión Integrada contra el Dengue (EGI-Dengue) en el marco de los atributos de la Atención Primaria de la Salud, logran mejorar las demandas de los usuarios y de los servicios con acciones efectivas.	Resultado medible del proceso de implementación del Plan de cambio para la gestión integrada contra el dengue, valorado a través cumplimiento de actividades cuando se implementan los componentes técnicos (atención al paciente, epidemiología, laboratorio, manejo integrado de vectores, comunicación social y acciones ambientales), y articulados a los atributos de la APS	Cualitativo ordinal	Porcentaje (0-100%) según indicador	Gestión integrada contra el dengue	=>80% de puntajes se califica como BUENO. 60 a 80% de puntaje se califica como REGULAR < 60% de puntaje se califica como DEFICIENTE Diferencia significativa entre la puntuación inicial y final del grupo de intervención.
					Primer contacto y accesibilidad	
					Coordinación para la continuidad de la atención	
					Integralidad de la atención	
					Longitudinalidad de la atención	
					Enfoque familiar	
					Orientación comunitaria	
					Competencia cultural	

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Eficacia de las Reuniones de Gestión del Cambio para el desarrollo del plan.	Estrategia de gestión y educativa, dinámica y eficaz para promover modelos y mejorar procesos en el trabajo, en los establecimientos de salud. Está destinada a reflexionar e intervenir en el proceso del trabajo, en la mejora de la calidad. Su eficacia se expresa en la capacidad de generar reuniones sostenidas (OPS, 2021)	Grado de cumplimiento y efectividad de las reuniones de gestión del cambio desarrolladas en el entorno laboral, que a partir de problemas y experiencias cotidianas promueven la generación de conocimientos, actitudes y prácticas profesionales en el personal de salud, con el fin de desarrollar el Plan de Prevención y Control del dengue.	Cuantitativa ordinal (percepción de eficacia)	Porcentaje (0-100%)	Reuniones de gestión para ejecutar el plan de prevención y control del dengue. Proyectos de mejora para prevención y control de dengue	- Número de reuniones del equipo de gestión para desarrollo del Plan Prueba de muestras independientes, si existen diferencias significativas en los resultados de los grupos de intervención y control.

2.5.3 Operacionalización de variable dependiente.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Mejora del Clima organizacional en los establecimientos intervenidos	Es el conjunto de percepciones compartidas entre sus miembros sobre el ambiente laboral interno , que abarca políticas, prácticas, estructura, liderazgo, relaciones interpersonales y condiciones físicas y emocionales. Estas percepciones influyen directamente en la motivación, comportamiento y desempeño de los colaboradores, y, por tanto, en la efectividad institucional. (Chiavenato, 2017; Robbins, 2020).	Nivel de mejora observado en las percepciones del personal de salud sobre el ambiente laboral en los establecimientos intervenidos, medido antes y después de la implementación del modelo y plan de gestión del cambio, considerando dimensiones como liderazgo, comunicación, trabajo en equipo, motivación y satisfacción laboral, se valora como: Deficiente, regular y bueno.	Cualitativa (percepción)	Escala de Likert (1 a 5)	liderazgo	=>80% de puntajes se califica como BUENO. 60 a 80% de puntaje se califica como REGULAR < 60% de puntaje se califica como DEFICIENTE Diferencia significativa entre la puntuación inicial y final del grupo de intervención.
					Innovación	
					Confort	
					Toma decisiones	
					Comunicación organizacional	
					Identidad	
					Motivación y cooperación	
					Motivación	

Anexo 2. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO
General: ¿Cuál es la eficacia del modelo de la gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en establecimientos del Primer Nivel de Atención de la provincia de Chincha en la Región Ica, 2025?	General: Determinar la eficacia del modelo de gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue en establecimientos del Primer Nivel de Atención de la provincia de Chincha, Región Ica, 2025	General: H1: El modelo de gestión del cambio es eficaz para fortalecer la prevención y control del dengue en establecimientos del Primer Nivel de Atención de la provincia de Chincha, Región Ica, 2025.	"La aplicación de un modelo de gestión del cambio (VI) influye positivamente y de manera eficaz en el fortalecimiento de la prevención y control del dengue (VD) en los establecimientos de salud."	Tipo de estudio: Cuasi experimental con estrategia longitudinal, con intervalo de observación frecuente Diagrama del diseño es el siguiente: G1: $O_1 \xrightarrow{X} O_2$ G2: $O_1 \rightarrow O_2$ O: observaciones X: Modelo de Gestión
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Específicos		
1. ¿Cuál es la eficacia del modelo orientador de la gestión del cambio para la prevención y control del dengue?	1. Determinar la eficacia del modelo orientador de la gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue.	H2: El modelo orientador de la gestión del cambio es eficaz para planificar e intervenir en la prevención y control del dengue.	"La aplicación del modelo orientador de la gestión del cambio influye de manera eficaz en la planificación e intervención en la prevención y control del dengue en los establecimientos de salud"	G1: 03 IPRESS Intervención Con elementos del primer momento del cambio (Crear un clima de cambio) G2: 03 IPRESS Control Sin intervención
2. ¿Cuál es la eficacia del Plan de cambio para la implementación de la Estrategia de Gestión Integrada contra el dengue EGI-dengue, en el marco de los atributos de la APS?	2. Determinar la eficacia del desarrollo del Plan de cambio para implementar la EGI-dengue en el marco de los atributos de la APS.	H3: El Plan de cambio para implementar la EGI-dengue en el marco de los atributos de la APS es eficaz.	"Desarrollo del Plan de cambio es eficaz para implementar la EGI-dengue y los atributos de la APS"	G1: 03 IPRESS Intervención Con Plan de cambio G2: 03 IPRESS Control Sin intervención
3. ¿Cuál es la eficacia de la Reuniones de Gestión del Cambio (RGC) para el desarrollo de las actividades del Plan?	3. Determinar la eficacia de las RGC para el desarrollo de las actividades del Plan de cambio	H4: Las frecuencias de las RGC están relacionadas directamente al desarrollo de las actividades del Plan de cambio	"Reuniones de gestión del cambio"	G1: 03 IPRESS Intervención Con RGC para desarrollar el Plan de cambio G2: 03 IPRESS Control Sin intervención
4. ¿Cuáles son los cambios en clima organizacional de los establecimientos de salud luego de la intervención con el modelo?	4. Determinar los cambios del Clima organizacional luego de la intervención con RGC	H5: Hay relación directa de las RGC con mejorar el clima organizacional en los establecimientos de salud intervenidos.	"Clima organizacional"	G1: 03 IPRESS Intervención Con RGC para el desarrollo del Plan de cambio G2: 03 IPRESS Control Sin intervención

Anexo 3. Programa de acciones desarrolladas en la implementación del Modelo de gestión del cambio para fortalecer la prevención y control del dengue, 2025

Momentos del modelo	Pasos en la Orientación de la Gestión del Cambio	Acción	Fecha / Local	Participantes	Resultado	Evidencia
Crear un clima de cambio	1. Crear urgencia al cambio en funcionarios y gestores en el control del dengue.	Reunión de coordinación con la autoridad sanitaria regional de Ica, y autoridades de la UE 401 Red de Salud Chincha.	4/10/2024 Sala situacional Hospital Chincha	Equipo de gestión de la UE 401 Chincha	Presentación del proyecto "Modelo de Gestión del Cambio para fortalecer la intervención contra el dengue, y urgencia de su prevención.	Lista de participantes y registro fotográfico
		Taller de análisis sobre la situación actual del plan de respuesta frente al dengue el año 2025	28/10/2024 Auditórium Hospital Chincha	Equipo técnico del Hospital San José de Chincha, y equipos de CS Sunampe, CS Grocio Prado y CS Pueblo Nuevo	Observaciones al plan contra el dengue del 2024: Cada coordinador tiene su plan, no hay un plan unificado para la Red de Salud, y los centros de salud no cuentan con un Plan.	Anotaciones de los grupos de trabajo e informe del taller. Registro fotográfico
		Presentación del Modelo de Gestión del Cambio para fortalecer la prevención y control del dengue el año 2025.		Equipo técnico del Hospital San José de Chincha, y equipos de CS Sunampe, CS Grocio Prado y CS Pueblo Nuevo	Participantes sensibilizados, suscriben acta de acuerdo y compromiso, elaboran sus Planes de Salud contra el dengue e implementan reuniones de gestión con asistencia técnica del investigador.	Acta de acuerdo y compromiso firmado por los participantes.
	2. Formar un equipo con los involucrados para conducir la gestión.	Taller para la conformación del equipo de gestión contra con todos los involucrados del proceso de atención a usuarios con dengue.	13/11/2025 Auditórium municipalidad Sunampe. 15/11 Auditórium Hospital de Chincha	Equipos técnicos de los CS Sunampe, CS Grocio Prado y CS Pueblo Nuevo	Se conforma el equipo de gestión para la prevención y control del dengue: jefe del Centro de Salud, Responsables de Triage, admisión, consultorios externos, laboratorio, farmacia, metaxénicas, PROMSA, epidemiología y salud ambiental.	Memorando de aprobación de cada equipo de prevención y control del dengue
	3. Desarrollar una visión y el plan de acción integral contra el dengue	Taller para el desarrollo una visión y el plan para la prevención y control del dengue el año 2025.	10/12/2025 Auditórium Hospital de Chincha	Equipos técnicos de los CS Sunampe, CS Grocio Prado y CS Pueblo Nuevo	Desarrollo de una visión de cambio y Plan de prevención y control del dengue en los distritos intervenidos. Validación de instrumento de planificación.	Acta de acuerdo y compromiso firmado por los participantes.
Comprometer y capacitar a la organización	4. Comunicar y empoderar a los miembros de las IPRESS en la visión de cambio.	Taller de socialización de la visión y desarrollo de habilidades blandas: Trabajo en equipo, comunicación efectiva, reuniones de gestión de cambio para la prevención y control del dengue.	19/12/2025 Auditórium Hospital de Chincha	Equipos presenta su visión y plan de prevención y control del dengue	Red de Salud Chincha con Plan Operativo integrado; Centros de Salud con Plan de Prevención y Control del Dengue, que incorpora los atributos de la APS.	Planes aprobados y en archivo de la Red Chincha.

	5. Identificar y vencer obstáculos en el control del dengue.	Taller para desarrollar la estrategia: Reuniones de Gestión del Cambio como aplicación de la Educación Permanente en Salud (EPS).	20/12/2025 Auditorium Hospital de Chíncha	Equipos técnicos de los CS Sunampe, CS Grocio Prado y CS Pueblo Nuevo	Equipos técnicos de los centros de salud capacitados en el desarrollo de reuniones de gestión del cambio para su apoyo en la operativización de los Planes de prevención y control del dengue, 2025	Acta de acuerdo y compromiso firmado por los participantes.
	6. Generar logros a corto plazo y anunciarlos para generar credibilidad.	Los equipos han realizado presentaciones de sus planes a todo el personal del EESS. Y otros han realizado acciones en sus municipios	28/02/2025 Equipo Grocio Prado asistió al Comité Distrital de Salud.	Representantes del Comité Distrital de Salud	Equipos de gestión de los Centros de Salud, difunden y realizan acciones en sus gobiernos locales, la familia y comunidad para la prevención y control del dengue.	Páginas de redes sociales de los CLAS
Implantar y mantener el cambio	7. Consolidar logros y producir más cambios	La DIRES Ica exige y monitorea el cumplimiento de las reuniones de gestión del cambio	Quincenal	Director de la UE Chíncha, y Equipo de gestión de los EESS	Plantean estrategias para continuar con reuniones de gestión del cambio, como programar en el rol un día a la quincena a los miembros del equipo para el desarrollo de las reuniones.	Evaluación de la gestión
	8. Lograr que el cambio perdure	Monitoreo del desarrollo del cumplimiento de reuniones por la DIRESA, y Red de Salud Chíncha	Mensual	Funcionarios de la DIRESA y Red de Salud Chíncha	Se mantiene la exigencia de la DIRESA a la Red, de informar sus avances.	Memorando de la DIRESA a la Red de Salud Chíncha

Anexo 4. Ficha de programación y evaluación del Modelo de intervención basado en la EGI-Dengue y los atributos de la APS para la prevención y control del dengue, basado en los estándares validados previamente, 2025

Ficha de evaluación sobre la gestión integral del Dengue en establecimientos del Primer Nivel de Atención, basado en los atributos de la Atención Primaria de la Salud					
ATRIBUTO	N°	ESTÁNDARES	NIVELES DE EVALUACIÓN		
			INICIAL (1)	INTERMEDIO (2)	AVANZADO (3)
1. Gestión Integrada contra el Dengue	1.1	Tiene formalizado con memorando el equipo de gestión completo para la prevención y control del dengue, su Plan de Salud y los ejecuta.	No se ha formalizado un equipo de gestión para la prevención y control del dengue, y no se cuenta con plan.	Se ha formalizado un equipo para la prevención y control del dengue, y no tiene el plan	Se ha formalizado un equipo para la prevención y control del dengue, tiene el plan y se ejecuta.
	1.2	El equipo de gestión del EESS realiza reuniones por lo menos una vez a la semana para enfrentar el Dengue, y viene desarrollando un proyecto de mejora contra el dengue.	El equipo de gestión no realiza reuniones por lo menos una vez a la semana para enfrentar el dengue, y no desarrolla un proyecto de mejora para la Prevención y Control del Dengue.	El equipo de gestión realiza reuniones por lo menos una vez a la semana para enfrentar el dengue, y NO desarrolla un proyecto de mejora para la Prevención y Control del Dengue.	El equipo de gestión realiza reuniones por lo menos una vez a la semana para enfrentar el dengue, y SI desarrolla un proyecto de mejora para la Prevención y Control del Dengue.
	1.3	Mantienen el stock necesario de insumos para laboratorio, farmacia, metaxénicas, Unidad de Febriles / UVICLIN, etc.	No mantienen el stock necesario de insumos para laboratorio, o farmacia, o metaxénicas, o Unidad de Febriles / UVICLIN, etc.	Se viene gestionando el stock necesario de insumos para laboratorio, o farmacia, o metaxénicas, o Unidad de Febriles / UVICLIN, etc.	SI mantienen el stock necesario de insumos para laboratorio, farmacia, metaxénicas, Unidad de Febriles / UVICLIN, etc.
	1.4	Se tiene sala situacional actualizada y se integra información de febriles, casos de dengue, laboratorio, índice aédico.	No tiene sala situacional actualizada y no se integra información de casos de febriles, dengue, laboratorio, índice aédico.	Se tiene sala situacional actualizada y no se integra información de casos de febriles, dengue, laboratorio, índice aédico.	Se tiene sala situacional actualizada y se integra información de casos de febriles, dengue, laboratorio, índice aédico.
	1.5	El municipio o la autoridad comunal tiene una sala situacional de dengue actualizado por quincenas con información general de los casos.	En el municipio no se cuenta con sala situacional de dengue con información general de casos.	El municipio cuenta con sala situacional de Dengue con información general del dengue, y no esta actualizado por quincenas.	El municipio si se cuenta con sala situacional de Dengue con información general del dengue, y esta actualizado por quincenas.

	1.6	Se tiene activo el Comité Distrital de Salud del municipio o Comité Comunal en Salud o su equivalente y cuentan con plan de actividades con participación comunitaria, e interinstitucionales, en la prevención y control del dengue en el distrito o comunidad.	No se tiene activo el Comité Distrital de Salud del municipio o Comité Comunal en Salud o su equivalente y No cuentan con plan de actividades con participación comunitaria, e interinstitucionales, en la prevención y control del dengue en el distrito o comunidad.	Se tiene activo el Comité Distrital de Salud del municipio o Comité Comunal en Salud o su equivalente y NO cuentan con plan de actividades con participación comunitaria, e interinstitucionales, en la prevención y control del dengue en el distrito o comunidad.	Se tiene activo el Comité Distrital de Salud del municipio o Comité Comunal en Salud o su equivalente y se cuenta con plan de actividades con participación comunitaria, e interinstitucionales, en la prevención y control del dengue en el distrito o comunidad.
2. Primer contacto y accesibilidad	2.1	Cuando el Puesto o Centro de Salud se encuentra cerrado en algún momento, se ha implementado estrategias para comunicar a la población y ser atendido oportunamente por probable caso de dengue.	EESS de 12 hr cuando se cierra por momentos en el periodo de baja transmisión, o brote de dengue, éste NO ha establecido estrategias para que los usuarios puedan acceder a una atención médica oportuna personal o telefónica.	EESS de 12 hr cuando se cierra por momentos en el periodo de baja transmisión, o brote de dengue, éste ha establecido estrategias para que los usuarios puedan acceder a una atención médica oportuna personal o telefónica.	EESS de 12 hr cuando se cierra por momentos en el periodo de baja transmisión, o brote de dengue, éste ha establecido estrategias para que los usuarios puedan acceder a una atención médica oportuna personal, telefónica y otra estrategia operativa.
	2.2	En caso de brote. El acceso al E.S. por los usuarios con sospecha de dengue es a través de un triaje diferenciado, se hace un diagnóstico oportuno con personal capacitado, y servicio organizado con recursos humanos y físicos necesarios.	El E.S no ha organizado su triaje diferenciado para la atención de pacientes sospechosos de dengue o dengue.	El E.S tiene organizado su triaje diferenciado para atención de pacientes sospechosos de dengue o dengue, además cuenta con personal capacitado, tiene su respectivo flujograma de atención integral.	El E.S tiene organizado su triaje diferenciado para atención de pacientes sospechosos de dengue o dengue, además cuenta con personal capacitado, tiene su respectivo flujograma de atención integral. Se evidencia que se encuentra listo y operativo.
	2.3	Establecimientos de 12 hr/ 24 hr, en periodo de baja transmisión, brinda atención en observación del servicio, o en área hospitalaria. En situación de brote se atiende en la Unidad de Febriles (UF) a pacientes con dengue sin signos de alarma; o UVICLIN a pacientes sin signos de alarma con FR, y a pacientes con signos de alarma (SA).	No se encuentra organizado el acceso a E.S 12 hr su Unidad de Febriles (UF). O No se encuentra organizado el acceso a E.S 24 hr su área hospitalaria; o UVICLIN.	SI se encuentra organizado el acceso a E.S 12 hr su Unidad de Febriles (UF). O SI se encuentra organizado el acceso a E.S 24 hr su área hospitalaria; o UVICLIN.	SI se encuentra organizado el acceso a E.S 12 hr su Unidad de Febriles (UF). O SI se encuentra organizado el acceso a E.S 24 hr su área hospitalaria; o UVICLIN, se muestra evidencias de la asignación de responsabilidades de las unidades respectivas.

3. Coordinación para la continuidad de la atención	2.4	En los sectores definidos por los E.S. (en el marco de la sectorización), se tienen identificado nominalmente a las personas con riesgo para dengue grave (HTA, DM2, adultos mayores, gestantes, niños, etc), para realizar acciones de protección a personas con comorbilidades o en riesgo de dengue.	En los sectores definidos por el E.S. NO se tiene identificado nominalmente a los pacientes con DM2, HTA, gestantes, niños, adultos mayores, por los sectoristas, para realizar acciones de protección a personas con comorbilidades o en riesgo de dengue.	En los sectores definidos por el E.S. SI se tiene identificado nominalmente a los pacientes con DM2, HTA, gestantes, niños, adultos mayores, por los sectoristas, para realizar acciones de protección a personas con comorbilidades o en riesgo de dengue.	En los sectores definidos por el E.S. SI se tiene identificado nominalmente a los pacientes con DM2, HTA, gestantes, niños, adultos mayores, por los sectoristas, para realizar acciones de protección a personas con comorbilidades o en riesgo de dengue, y se evidencia su funcionalidad (registro de atención).
	2.5	Identifican sus poblaciones alejadas que no acceden fácilmente al E.S. y tienen identificado el real problema de su poco acceso al servicio de salud, y se plantean estrategias para mejorar el acceso al servicio de salud en situaciones de brote.	No se identifican sus poblaciones alejadas que no acceden fácilmente al E.S. y tampoco identifican el real problema de su poco acceso al servicio de salud, y no se plantean estrategias para mejorar el acceso al servicio de salud en situaciones de brote.	Se tiene identificado a sus poblaciones alejadas que no acceden fácilmente al E.S. y tienen identificado el real problema de su poco acceso al servicio de salud, y NO se realizan estrategias para mejorar el acceso al servicio de salud en situaciones de amenaza de dengue	Se identifican a sus poblaciones alejadas que no acceden fácilmente al E.S. y tienen identificado el real problema de su poco acceso al servicio de salud, y ejecutan más de una estrategia para mejorar el acceso al servicio de salud en situaciones de brote.
	3.1	Se brinda servicios continuos a pacientes con dengue o probable de dengue, sea en su domicilio, o E.S. y durante su traslado al hospital utilizando el sistema de referencias y contrarreferencias según flujos establecidos.	No se brinda servicio continuo a pacientes con dengue o probable de dengue, desde su domicilio, o EESS, y durante su referencia al hospital según los flujos establecidos.	Se brinda el servicio continuo al paciente con dengue o probable de dengue, en su domicilio, o EESS, y durante su referencia al hospital, de acuerdo a los flujos establecidos, y no funciona la contrarreferencia.	Se brinda el servicio continuo al paciente con dengue o probable de dengue, en su domicilio, o EESS, y durante su referencia al hospital, de acuerdo a los flujos establecidos, y funciona la contrarreferencia.
	3.2	El personal conoce los criterios de referencias del flujograma de atención en casos probables de dengue y los cumple.	El personal desconoce los criterios de referencias del flujograma de atención en casos probables de dengue	El personal conoce los criterios de referencias del flujograma de atención en casos probables de dengue y no los cumple.	El personal conoce los criterios de referencias del flujograma de atención en casos probables de dengue, en pacientes con dengue y los cumple.
	3.3	Para situaciones de brote epidémico se ha organizado las referencias y contrarreferencias para ser oportuna en los casos de dengue con signos de alarma o dengue grave, de acuerdo con su condición clínica del paciente, y continuar con el tratamiento ininterrumpido.	Para situaciones de brote epidémico NO se ha organizado las referencias para ser oportunas en los casos de dengue con signos de alarma o dengue grave, y continuar con el tratamiento ininterrumpido. Las contrarreferencias al E.S. no se realizan.	Para situaciones de brote epidémico se ha organizado las referencias para ser oportunos en los casos de dengue con signos de alarma o dengue grave, y continuar con el tratamiento ininterrumpido. Se inicia las coordinaciones con el hospital para mejorar las contrarreferencias al E.S.	Para situaciones de brote epidémico se cumplen según lo organizado, para tener referencias oportunas en los casos de dengue con signos de alarma o dengue grave, y continuar con el tratamiento ininterrumpido. Se empieza a recibir contrarreferencias del hospital según lo coordinado.

4. Integralidad de la atención	4.1	Se brinda a los usuarios información sobre hábitos saludables para evitar el dengue en todos los servicios del EESS.	No se comunica a los usuarios que acuden a los consultorios externos sobre medidas preventivas contra el dengue	Se comunica a los usuarios que acuden a los servicios de consultorios externos sobre las medidas preventivas contra el dengue.	Se comunica a los usuarios que acuden a los servicios de consulta externa sobre las medidas preventivas contra el dengue, y se brinda material educativo (díptico, etc).
	4.2	Se aplica en todas las familias que viven en zona con riesgo de dengue, donde todos los domicilios tienen la ficha de autoevaluación familiar “10 minutos contra el dengue” y se realiza su sesión educativa y demostrativa de eliminación de criaderos.	No se utiliza la ficha de 10 minutos contra el dengue en todas las visitas domiciliarias a usuarios con co-morbilidades o factores de riesgo.	Se utiliza la ficha “10 minutos contra el dengue” en todas las visitas domiciliarias a usuarios con co-morbilidades o factores de riesgo, y se realiza su sesión educativa y demostrativa de eliminación de criaderos.	Se aplica la ficha “10 minutos contra el dengue” en todos los domicilios de las zonas de riesgo en dengue, y se realiza su sesión educativa y demostrativa en la eliminación de criaderos.
	4.3	Se encuentran preparados los ambientes disponibles, o medicamentos, o insumos necesarios, y recursos para los laboratorios con capacidad instalada de acuerdo a su función en el diagnóstico, para una respuesta adecuada al brote de dengue.	No se cuentan con los ambientes disponibles, o medicamentos, o insumos necesarios, y recursos para los laboratorios, para una respuesta adecuada en un brote de dengue.	Se cuentan con todos los medicamentos necesarios, los laboratorios operativos de acuerdo a su función, los ambientes y los recursos correspondientes (UF, UVICLIN).	Se encuentran preparados o capacitados para enfrentar el dengue; y se cuentan con todos los medicamentos necesarios, el laboratorio con capacidad instalada de acuerdo a su función, los ambientes de las UF, UVICLIN, listos y disponibles.
	4.4	Personal profesional que participa en el tratamiento del paciente conoce y aplica las “Buenas Prácticas Clínicas”, aplica los flujos para la atención de casos de dengue: a) Probable, Dengue sin signos de alarma, b) gestantes con probable dengue, c) dengue con signos de alarma, grave y los criterios para su referencia a otro establecidos de EESS. (NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024). Anexo:14, 15, 16 y 22	No todo el personal médico conoce sobre las últimas actualizaciones del flujograma de dengue de acuerdo a NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024. Anexo:14, 15, 16 y 22. “Buenas Prácticas Clínicas”, flujos de atención en casos: a) Probable, b) Dengue sin signos de alarma, c) gestantes con probable dengue, d) dengue con signos de alarma, grave y los criterios para su referencia a otro establecidos de EESS.	Todo el personal médico involucrado en el manejo integral del dengue conoce sobre las últimas actualizaciones del flujograma de dengue de acuerdo a NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024. Anexo:14, 15, 16 y 22. “Buenas Prácticas Clínicas”, flujos de atención en casos: a) Probable, b) Dengue sin signos de alarma, c) gestantes con probable dengue, d) dengue con signos de alarma, grave y los criterios para su referencia a otro establecidos de EESS.	Todo el personal involucrado en el manejo integral del dengue conoce sobre las últimas actualizaciones del flujograma de dengue de acuerdo a NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024. Anexo:14, 15, 16 y 22. “Buenas Prácticas Clínicas”, flujos de atención en casos: a) Probable, b) Dengue sin signos de alarma, c) gestantes con probable dengue, d) dengue con signos de alarma, grave y los criterios para su referencia a otro establecidos de EESS.
	4.5	Realizan auditoria de las HC o evaluaciones del manejo integral del paciente con probable dengue o dengue confirmado, y se mejora continuamente la gestión integral contra el dengue.	El E.S. no se organizan para realizar auditorías de las HC o evaluaciones del manejo integral de casos de acuerdo a la normatividad sobre dengue.	El E.S. se organiza con o sin la Red de Salud para realizar las auditorías de las HC o evaluaciones del manejo integral de pacientes atendidos con diagnóstico de dengue.	El E.S se organiza y ejecuta con o sin la Red de Salud las auditorías de las HC o evaluaciones del manejo integral de pacientes atendidos con diagnóstico de dengue, y se emiten informes para la mejora continua e integral.

5 Longitudinalidad de la atención	5.1	En el E.S. los usuarios con problemas crónico como HTA/DM2/Adultos mayores, gestantes, y otras comorbilidades son siempre atendidos por el equipo de salud, y se les brinda seguimiento para educar y detectar oportunamente síntomas o signos de dengue.	En el E.S los usuarios con problemas crónicos como HTA/DM2/Adultos mayores, gestantes, y otras comorbilidades, no son identificados por el equipo de salud para su educación y detección oportunamente de síntomas o signos de dengue.	En el E.S. se conoce a los pacientes con HTA/DM2/Adultos mayores, gestantes y otros factores de riesgo para dengue, son atendidos por el equipo de salud, se les brinda educación preventiva contra el dengue, y seguimiento	En el E.S. se conoce a los pacientes con HTA/DM2/ Adultos mayores, gestantes y otros factores de riesgo para dengue, y son atendidos por el equipo de salud, se les brinda educación preventiva para dengue, y seguimiento de ellos aun cuando no acuden al E.S.
	5.2	Se Administra tratamiento, y se realiza el monitoreo y seguimiento estricto de los casos diagnosticados como probables o confirmados casos de dengue hasta el alta del paciente.	Se administra tratamiento, pero no se organiza el monitoreo y seguimiento estricto de los casos diagnosticados como probables o confirmados de dengue, y no se le da de alta al paciente.	Se administra tratamiento, se está organizando el monitoreo y seguimiento estricto de los casos diagnosticados como probables o confirmados de dengue.	Se administra tratamiento, se tiene organizado y se ejecuta el monitoreo y seguimiento estricto de los casos diagnosticados como probables o confirmados de dengue, y se brinda el alta correspondiente.
6. Enfoque familiar	6.1	En el consultorio externos se pregunta a los usuarios sobre otros miembros de la familia con síntomas semejantes al dengue, se captan probables casos de dengue y se contacta al familiar para su diagnóstico correspondiente.	En consultorios externos no se pregunta si hay algún miembro de la familia con fiebre, o síntomas parecidos al dengue.	En consultorios externos si se pregunta y registra en la HC si hay algún miembro de la familia con fiebre, o síntomas parecidos al dengue, pero no se efectiviza el contacto al presunto caso.	En consultorios externos si se pregunta y registra en la HC si hay algún miembro de la familia con fiebre, o síntomas parecidos al dengue, y se captan probables casos de dengue.
	6.2	Se identifica por sectores a las familias que cuentan con algunos miembros con comorbilidad (HTA, DM2, Adulto mayor, gestante, niños, otros), y se le ha brindado sesiones educativa y demostrativa sobre eliminación de criaderos y prevención del dengue.	No se identifica por sectores a familias que cuenta con miembros con comorbilidad como HTA, DM2, Adultos mayores, gestantes, niños, se brinda a algunas familias sesión educativa y demostrativa contra el dengue.	Se tiene identificado por sectores a algunas familias con miembros con comorbilidad (HTA, DM2, Adulto mayor, gestante, niños, otros), se ha visitado y brindado sesiones educativas y demostrativas contra el dengue.	Se identifica por sectores a todas las familias con miembros con comorbilidad (HTA, DM2, Adulto mayor, gestante, niños, otros), se ha visitado y brindado sesiones educativa y demostrativa sobre contra el dengue.
	6.3	Se aplica ficha familiar a familias que tienen miembros con: HTA, DM2, Obesidad, adultos mayores, gestantes, cáncer, niños, en el marco del programa PROFAM o APS. Se realiza la identificación de riesgos de la vivienda y entorno relacionados con el dengue y se interviene.	Se aplican fichas familiares a algunas familias con miembros con HTA, DM2, Obesidad, adultos mayores, gestantes, cáncer, niños. Se realiza identificación de riesgos de la vivienda y entorno relacionados al dengue pero no se interviene.	Se aplican las fichas familiares a algunas familias que tienen miembros con HTA, DM2, Adultos mayores, gestantes, niños. Se realiza identificación de riesgos de la vivienda y entorno relacionados al dengue, si se interviene en la prevención y control del dengue.	Se aplican las fichas familiares a todas las familias que tienen miembros con HTA, DM2, Adultos mayores, gestantes, niños. Se realiza identificación de riesgos de la vivienda y entorno relacionados al dengue, si se interviene en la prevención y control del dengue.

7. Orientación comunitaria	7.1	En los sectores o barrios con presencia del vector y/o presencia de casos de dengue; se conforma o activa el comité de vigilancia comunitaria formalmente, se identifican espacios públicos (cementeros, mercados, y otros), población con signos de alarma para dengue, se procede al control de los riesgos. Se aplica la ficha de vigilancia comunitaria de enfermedades metaxénicas. (Anexo 5. De la NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024)	En el marco de la sectorización, No se identifican a sectores o barrios con presencia del vector y/o presencia de casos de dengue; tampoco se conforma o activa el comité de vigilancia comunitaria formalmente. NO se aplica la ficha de vigilancia comunitaria de enfermedades metaxénicas. (Anexo 5. De la NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024)	En el marco de la sectorización, se identifican a sectores o barrios con presencia del vector y/o presencia de casos de dengue; se conforma o activa el comité de vigilancia comunitaria formalmente. NO se aplica la ficha de vigilancia comunitaria de enfermedades metaxénicas. (Anexo 5. De la NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024)	En los sectores o barrios con presencia del vector y/o presencia de casos de dengue; se conforma o activa el comité de vigilancia comunitaria formalmente, se identifican espacios públicos (cementeros, mercados, y otros), población con signos de alarma para dengue, se procede al control de los riesgos. Se aplica la ficha de vigilancia comunitaria de enfermedades metaxénicas. (Anexo 5. De la NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024)
	7.2	Se tiene información completa sobre el riesgo entomológico de sus comunidades o sectores, además se realiza el control larvario, y vectorial.	No se cuenta con información completa sobre el riesgo entomológico de los sectores, tampoco se realiza control larvario, y vectorial según corresponde.	Se cuenta con información parcial sobre el riesgo entomológico de los sectores, y se realizan el control larvario en zonas de riesgo.	Se tiene información completa sobre el riesgo entomológico de sus comunidades o sectores, además se realiza el control larvario, y vectorial según corresponde.
	7.3	Empoderamiento del equipo de salud multidisciplinario para mejorar el trabajo extramural con las JVC, ACS, y OSB (Organizaciones Sociales de Base), y fortalecer la participación comunitaria para enfrentar el dengue.	Débil empoderamiento del equipo de salud para mejorar el trabajo extramural con las JVC, ACS, y OSB (Organizaciones Sociales de Base), y débil participación comunitaria para enfrentar el dengue.	EMS empoderado para mejorar el trabajo extramural con las JVC, ACS, y OSB (Organizaciones Sociales de Base), y fortalece en reuniones la participación comunitaria para enfrentar el dengue.	Equipo de salud multidisciplinario empoderado para mejorar el trabajo extramural con las JVC, ACS, y OSB (Organizaciones Sociales de Base), se realizan acciones con la participación comunitaria para enfrentar el dengue.
8. Competencia cultural	8.1	Se tienen en cuenta las creencias especiales de la familia en el uso de medicinas tradicionales para tratar el dengue.	No se tienen en cuenta las creencias especiales de la familia en el uso de medicinas tradicionales para tratar el dengue.	Se considera las creencias especiales de la familia en el uso de medicinas tradicionales para tratar el dengue, sin embargo, se brinda el tratamiento convencional para dengue.	Se tienen en cuenta las creencias especiales de la familia en el uso de medicinas tradicionales para tratar el dengue, y se articula con la medicina convencional.
	8.2	En consultorio registran correctamente los códigos étnicos en el HIS, a partir de la pregunta correcta, y elaborar cuadros de dengue considerando la variable étnica.	Débil conocimiento sobre los códigos y el registro del enfoque de interculturalidad sobre dengue	Se registra correctamente los códigos étnicos en el HIS, y se desarrollan acciones con enfoque de interculturalidad sobre dengue	Se registra correctamente los códigos étnicos en la HIS, y se elaboran cuadros estadísticos del dengue considerando la variable étnica.

Anexo 4.1. Análisis de estándares aplicados en la evaluación de línea basal y final de la intervención.

Cuadro 4.1 Ficha de evaluación de los 29 estándares por juicio de expertos.

ESTÁNDARES	Expertos	EVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES			
		1=Nada; 2=Un poco; 3=Moderadamente; 4=Mucho; 5=Muchísimo			
		a) ¿El estándar y los niveles de evaluación son claros y fáciles de comprender?	b) ¿Los contenidos de las preguntas han sido interesantes para ti?	c) ¿El lenguaje del cuestionario te han parecido adecuados?	d) ¿Te ayuda a organizar mejor la intervención contra el dengue?
1.1 Tiene formalizado con memorando el equipo de gestión completo para la prevención y control del dengue, su Plan de Salud y los ejecuta.	A	5	5	5	5
	B	3	5	4	5
	C	3	4	4	5
	D	3	5	4	5
	E	3	4	3	5
	F	3	5	4	5
	G	3	5	4	5
	H	4	5	4	5
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
1.2 El equipo de gestión del EESS realiza reuniones por lo menos una vez a la semana para enfrentar el Dengue, y viene desarrollando un proyecto de mejora contra el dengue.	A	4	4	5	5
	B	4	4	4	4
	C	5	5	5	5
	D	5	4	4	4
	E	5	5	5	5
	F	5	5	4	4
	G	4	5	5	5
	H	4	4	5	5
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	5
1.3 Mantienen el stock necesario de insumos para laboratorio, farmacia, metaxénicas, Unidad de Febriles / UVICLIN, etc.	A	5	5	5	5
	B	5	5	5	4
	C	5	4	4	4
	D	5	5	5	5
	E	5	5	5	5
	F	5	5	5	4
	G	5	5	5	5
	H	5	5	4	5
	I	4	5	4	5
	J	4	5	3	4
1.4 Se tiene sala situacional actualizada y se integra información de febriles, casos de dengue, laboratorio, índice aédico.	A	5	4	5	5
	B	5	5	5	5
	C	4	4	5	5
	D	5	5	5	5
	E	5	5	4	4
	F	5	5	5	5
	G	5	5	4	5
	H	4	4	4	4
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
1.5 El municipio o la autoridad comunal tiene una sala situacional de dengue actualizado por quincenas con	A	5	5	5	5
	B	5	5	5	5
	C	5	5	5	5
	D	4	4	4	4
	E	4	4	5	5
	F	4	4	4	4

información general de los casos.	G	5	5	5	5
	H	5	4	4	4
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
1.6 Se tiene activo el Comité Distrital de Salud del municipio o Comité Comunal en Salud o su equivalente y cuentan con plan de actividades con participación comunitaria, e interinstitucionales, en la prevención y control del dengue en el distrito o comunidad.	A	5	5	5	5
	B	5	5	4	4
	C	4	5	5	5
	D	4	4	5	5
	E	5	5	5	5
	F	5	5	5	4
	G	5	4	4	4
	H	5	5	5	5
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
2.1 Cuando el Puesto o Centro de Salud se encuentra cerrado en algún momento, se ha implementado estrategias para comunicar a la población y ser atendido oportunamente por probable caso de dengue.	A	5	5	5	5
	B	5	5	5	4
	C	5	5	5	5
	D	5	5	4	5
	E	5	4	5	5
	F	5	5	5	5
	G	4	4	5	5
	H	5	5	5	5
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
2.2 En caso de brote. El acceso al E.S. por los usuarios con sospecha de dengue es a través de un triaje diferenciado, se hace un diagnóstico oportuno con personal capacitado, y servicio organizado con recursos humanos y físicos necesarios.	A	5	5	4	4
	B	5	5	5	5
	C	5	5	4	5
	D	4	4	4	4
	E	5	5	5	5
	F	5	5	5	5
	G	5	5	5	5
	H	3	4	4	4
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
2.3 Establecimientos de 12 hr/ 24 hr, en periodo de baja transmisión, brinda atención en observación del servicio, o en área hospitalaria. En situación de brote se atiende en la Unidad de Febriles (UF) a pacientes con dengue sin signos de alarma; o UVICLIN a pacientes sin signos de alarma con FR, y a pacientes con signos de alarma (SA).	A	4	4	4	4
	B	4	4	4	5
	C	3	4	4	4
	D	4	4	4	4
	E	4	4	4	4
	F	4	4	4	4
	G	4	4	4	4
	H	4	4	4	5
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
2.4 En los sectores definidos por los E.S. (en el marco de la sectorización), se tienen identificado nominalmente a las personas con riesgo para dengue grave (HTA, DM2, adultos mayores, gestantes, niños, etc), para realizar acciones de protección a personas	A	3	3	3	4
	B	4	4	4	4
	C	5	5	5	5
	D	5	5	5	5
	E	4	4	4	4
	F	4	5	4	5
	G	4	4	4	4
	H	4	4	4	5
	I	4	5	4	5

con co-morbilidades o en riesgo de dengue.	J	4	5	4	4
2.5 Identifican sus poblaciones alejadas que no acceden fácilmente al E.S. y tienen identificado el real problema de su poco acceso al servicio de salud, y se plantean estrategias para mejorar el acceso al servicio de salud en situaciones de brote.	A	3	3	3	4
	B	4	4	4	5
	C	3	4	5	4
	D	3	4	4	4
	E	4	4	4	5
	F	4	4	4	5
	G	4	4	4	5
	H	5	5	5	5
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
3.1 Se brinda servicios continuos a pacientes con dengue o probable de dengue, sea en su domicilio, o E.S, y durante su traslado al hospital utilizando el sistema de referencias y contrarreferencias según flujos establecidos.	A	3	3	3	4
	B	4	4	4	4
	C	2	3	3	3
	D	4	4	4	4
	E	4	4	4	4
	F	4	4	4	4
	G	4	4	4	4
	H	4	4	4	4
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
3.2 El personal conoce los criterios de referencias del flujograma de atención en casos probables de dengue y los cumple.	A	5	4	4	5
	B	4	4	4	4
	C	5	4	4	4
	D	4	4	4	4
	E	5	4	4	4
	F	4	4	4	4
	G	5	4	4	4
	H	4	4	4	4
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
3.3 Para situaciones de brote epidémico se ha organizado las referencias y contrarreferencias para ser oportuna en los casos de dengue con signos de alarma o dengue grave, de acuerdo con su condición clínica del paciente, y continuar con el tratamiento ininterrumpido.	A	4	4	4	4
	B	4	4	4	4
	C	5	4	4	4
	D	4	4	4	4
	E	4	4	4	4
	F	4	4	4	4
	G	4	4	4	4
	H	4	4	4	4
	I	4	5	4	5
	J	4	5	3	4
4.1 Se brinda a los usuarios información sobre hábitos saludables para evitar el dengue en todos los servicios del EESS.	A	4	4	4	4
	B	4	4	4	4
	C	3	4	4	4
	D	4	4	4	4
	E	4	4	4	5
	F	5	4	4	5
	G	5	4	4	4
	H	4	3	3	5
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
4.2 Se aplica en todas las familias que viven en zona con riesgo de dengue, donde todos los domicilios tienen la ficha	A	4	4	4	4
	B	4	4	4	4
	C	4	4	4	4
	D	5	5	5	5
	E	4	4	4	5

de autoevaluación familiar "10 minutos contra el dengue" y se realiza su sesión educativa y demostrativa de eliminación de criaderos.	F	4	4	4	4
	G	3	3	3	3
	H	4	4	4	4
	I	4	5	4	5
	J	4	5	3	4
4.3 Se encuentran preparados los ambientes disponibles, o medicamentos, o insumos necesarios, y recursos para los laboratorios con capacidad instalada de acuerdo a su función en el diagnóstico, para una respuesta adecuada al brote de dengue.	A	3	3	3	5
	B	4	4	4	4
	C	3	3	3	3
	D	4	4	4	4
	E	5	5	5	5
	F	4	4	4	4
	G	3	3	3	5
	H	4	4	4	4
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
4.4 Personal profesional que participa en el tratamiento del paciente conoce y aplica las "Buenas Prácticas Clínicas", aplica los flujos para la atención de casos de dengue: a) Probable, Dengue sin signos de alarma, b) gestantes con probable dengue, c) dengue con signos de alarma, grave y los criterios para su referencia a otro establecidos de EESS. (NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024). Anexo:14, 15, 16 y 22	A	4	4	4	4
	B	4	4	4	4
	C	4	4	4	4
	D	4	4	4	4
	E	4	4	4	4
	F	4	4	4	4
	G	3	3	3	3
	H	4	4	4	4
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
4.5 Realizan auditoria de las HC o evaluaciones del manejo integral del paciente con sospecha de dengue o dengue.	A	4	4	4	4
	B	4	4	4	4
	C	4	3	4	3
	D	4	4	4	4
	E	4	4	4	5
	F	4	3	4	4
	G	3	4	4	4
	H	4	4	3	4
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
5.1 En el E.S. los usuarios con problemas crónico como HTA/DM2/Adultos mayores, gestantes, y otras comorbilidades son siempre atendidos por el o los mismos médicos, enfermeras, y obstetras, y se les brinda seguimiento para educar y detectar síntomas de dengue.	A	4	4	4	4
	B	4	4	4	4
	C	4	3	3	3
	D	4	4	4	4
	E	4	3	3	3
	F	4	3	4	4
	G	4	4	4	5
	H	4	4	4	4
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
5.2 Se Administra tratamiento, y se realiza el monitoreo y seguimiento estricto de	A	4	4	4	4
	B	4	4	4	4
	C	4	4	4	4
	D	4	4	4	4

los casos diagnosticados como probables o confirmados de dengue hasta el alta del paciente.	E	4	3	3	3
	F	4	4	4	4
	G	4	3	3	3
	H	4	3	4	3
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
6.1 En el consultorio externos se pregunta a los usuarios sobre las enfermedades o problemas que puede haber en la familia semejante al dengue, se captan casos y se contacta para su diagnóstico correspondiente.	A	4	3	3	4
	B	4	3	3	4
	C	4	3	3	3
	D	4	3	3	4
	E	4	3	3	3
	F	4	4	3	4
	G	3	3	3	3
	H	4	5	5	5
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
6.2 Se identifica por sectores a las familias que cuentan con algunos miembros con comorbilidad (HTA, DM2, Adulto mayor, gestante, niños, otros), y se le ha brindado sesiones educativa y demostrativa sobre eliminación de criaderos y prevención del dengue.	A	4	5	5	5
	B	5	5	5	5
	C	5	5	5	5
	D	4	5	5	5
	E	4	5	5	5
	F	5	5	5	5
	G	5	5	5	5
	H	4	5	5	5
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
6.3 Se aplica ficha familiar a familias que tienen miembros con: HTA, DM2, Obesidad, adultos mayores, gestantes, cáncer, niños, en el marco del programa PROFAM o APS. Se realiza la identificación de riesgos de la vivienda y entorno relacionados con el dengue y se interviene.	A	5	5	5	5
	B	5	5	5	5
	C	4	5	5	5
	D	4	5	5	5
	E	5	5	5	5
	F	5	5	5	5
	G	5	5	5	5
	H	5	5	5	5
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
7.1 En los sectores o barrios con presencia del vector y/o presencia de casos de dengue; se conforma o activa el comité de vigilancia comunitaria formalmente, se identifican espacios públicos (cementeros, mercados, y otros), población con signos de alarma para dengue, se procede al control de los riesgos. Se aplica la ficha de vigilancia comunitaria de enfermedades metaxénicas. (Anexo 5. De la NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024)	A	4	5	5	5
	B	4	5	5	5
	C	4	5	5	5
	D	5	5	5	5
	E	5	5	5	5
	F	5	5	5	5
	G	5	5	5	5
	H		5	4	5
	I	4	5	4	5
	J	4	5	3	4
7.2 Se tiene información completa sobre el riesgo entomológico de sus comunidades o sectores, además se realiza el	A	5	5	4	5
	B	5	5	4	4
	C	5	5	4	4
	D	4	4	4	4
	E	3	4	5	4

control larvario, y vectorial.	F	4	4	4	5
	G	4	4	4	4
	H	3	4	4	4
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
7.3 Empoderamiento del equipo de salud multidisciplinario para mejorar el trabajo extramural con las JVC, ACS, y OSB (Organizaciones Sociales de Base), y fortalecer la participación comunitaria para enfrentar el dengue.	A	2	3	3	3
	B	4	4	5	4
	C	4	3	3	3
	D	3	3	4	4
	E	3	3	4	4
	F	4	4	5	4
	G	4	4	5	4
	H	4	3	4	4
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
8.1 Se tienen en cuenta las creencias especiales de la familia en el uso de medicinas tradicionales para tratar el dengue.	A	4	4	4	4
	B	4	4	4	4
	C	4	5	5	5
	D	2	3	3	3
	E	4	5	4	5
	F	2	3	3	3
	G	4	4	5	4
	H	2	3	3	3
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4
8.2 En consultorio registran correctamente los códigos étnicos en el HIS, a partir de la pregunta correcta, y elaborar cuadros de dengue considerando la variable étnica.	A	4	4	5	4
	B	4	4	5	4
	C	4	4	5	4
	D	4	5	5	5
	E	4	4	4	4
	F	5	5	5	4
	G	4	3	3	3
	H				
	I	4	5	4	5
	J	4	5	4	4

Procedimiento utilizado

Para cada estándar y cada criterio calculé la **V de Aiken** mediante:

$$V = \frac{\sum(s_i)}{n(c-1)}$$

donde:

- $s_i = r_i - l_o$
- r_i = puntuación otorgada por cada experto
- $l_o = 1$, valor mínimo de la escala
- $c = 5$, número de categorías
- n = número de expertos que respondieron ese criterio.

Por tanto, con 10 expertos y escala 1–5:

$$V = \frac{\sum(r_i - 1)}{40}$$

En los casos donde hay una celda vacía, **no la he considerado como cero**; se excluye del denominador y se utiliza el número real de expertos que respondieron. Esto ocurre en 7.1-a y en 8.2, donde el experto H no respondió. En la matriz se observa explícitamente esta ausencia.

Se utiliza la prueba de V de Aiken porque es particularmente adecuada para la **Validez de contenido del instrumento**, se hace a través de juicio de expertos, se tiene 29 estándares, organizados en los atributos de la APS, para la evaluación de la gestión integral del dengue. Por ello necesitabas comprobar previamente que esos estándares fueran considerados por especialistas como: claros, pertinentes en su contenido, adecuadamente formulados y útiles para la intervención.

Cuadro 4.2 Lista de expertos locales y nacionales para validez de los 29 estándares

Nº	Participantes	Profesión	Centro laboral
01	José Félix Ramos Siguas	Médico Veterinario CMVP N° 5763	Coordinador del PP 017: Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis. Chincha
02	Cindy Cristina Chinchay Almeyda	Médico Cirujano CMP: 095508	Hospital San José de Chincha - Ica
03	Esther Dueñas Rotta	Médico Cirujano CMP: 109263	Centro de Salud Sunampe
04	Lesly Liliana Galvez Acevedo	Médico Veterinaria CMVP N° 9399	Centro de Salud Sunampe - Chincha
05	Sandra Cabrejas Navarro	Odontóloga	Coordinadora PROMSA CS La Tinguña - Ica
06	Fabiola Salas Cahua	Médico de Familia CMP: 054646	Centro de Salud Los Molinos de Ica
07	Julio C. Torres Sebastián	Lic. Enfermería	Coordinador de Metaxénicas del Centro de Salud Tambo de Mora de Chincha.
08	Lita Silvia del Río Muñiz	Médico Epidemióloga	Jefe de Unidad de Epidemiología de la Red de Salud Chincha
09	Susan Mateo Lizarbe,	Enfermera, Epidemióloga de Campo	Equipo técnico vigilancia de Dengue y OEM del CDC-MINSA
10	Salomón Durand Velazco	Médico Infectólogo	Responsable del Centro de Investigación en Medicina Tropical “Hugo Pesce y Maxime Kuczyński” (INS-CIETROP). Loreto

Cuadro 4.3 Resultado de evaluación a través del Coeficiente V de Aiken de los 29 estándares, 2025

Estándar	Claridad	Contenido	Lenguaje	Utilidad	V global
1.1	0.625	0.950	0.750	0.975	0.825
1.2	0.850	0.900	0.875	0.925	0.888
1.3	0.950	0.975	0.875	0.900	0.925
1.4	0.900	0.925	0.875	0.925	0.906
1.5	0.875	0.900	0.875	0.900	0.888
1.6	0.900	0.950	0.900	0.900	0.912
2.1	0.925	0.950	0.925	0.950	0.938
2.2	0.875	0.950	0.850	0.900	0.894
2.3	0.725	0.800	0.750	0.825	0.775
2.4	0.775	0.850	0.775	0.875	0.819
2.5	0.700	0.800	0.775	0.900	0.794

3.1	0.675	0.750	0.700	0.750	0.719
3.2	0.850	0.800	0.750	0.800	0.800
3.3	0.775	0.800	0.725	0.775	0.769
4.1	0.775	0.775	0.725	0.850	0.781
4.2	0.750	0.800	0.725	0.800	0.769
4.3	0.700	0.750	0.700	0.825	0.744
4.4	0.725	0.775	0.725	0.750	0.744
4.5	0.725	0.750	0.725	0.775	0.744
5.1	0.750	0.725	0.700	0.750	0.731
5.2	0.750	0.725	0.700	0.700	0.719
6.1	0.725	0.675	0.600	0.725	0.681
6.2	0.850	1.000	0.950	0.975	0.944
6.3	0.900	1.000	0.950	0.975	0.956
7.1	0.861	1.000	0.900	0.975	0.934
7.2	0.775	0.875	0.775	0.825	0.812
7.3	0.650	0.675	0.775	0.725	0.706
8.1	0.600	0.775	0.725	0.750	0.712
8.2	0.778	0.833	0.861	0.778	0.812

Cuadro 4.4. Coeficiente V de Aiken evaluación global según criterio de evaluación de los expertos, 2025

Criterio	V de Aiken
Claridad	0,783
Contenido	0,843
Lenguaje	0,791
Utilidad	0,844

Conclusión: La validez de contenido del instrumento fue evaluada mediante juicio de 10 expertos, utilizando el coeficiente V de Aiken. Los resultados evidenciaron valores globales favorables para los criterios de claridad, contenido, lenguaje y utilidad, con valores de 0,783; 0,843; 0,791 y 0,844, respectivamente. En consecuencia, el juicio de expertos proporciona evidencia favorable de validez de contenido del instrumento, sustentando la pertinencia de los estándares propuestos para evaluar la prevención y control del dengue en el primer nivel de atención.

Anexo 5. Ficha de Metodología de estudio de clima organizacional ADECUADO del MINSA. RM N° 468-2011/MINSA

ENCUESTA DE CLIMA ORGANIZACIONAL EN EL EESS, 2025

La presente es una encuesta para conocer el nivel de clima organizacional del establecimiento de salud, como parte de una evaluación integral para conocer el nivel de motivación del personal y su relación con el compromiso y el rendimiento de la organización en lograr resultados sanitarios positivos, como en la prevención y el control del dengue.

El cuestionario es anónimo y confidencial; es importante responder de manera franca y honesta, y enfocar su atención en lo que sucede habitualmente en el establecimiento de salud, en especial puede pensar en los 3 últimos meses de trabajo.

Servicio o Unidad en el que trabaja:

Profesión: Tiempo de servicios en el EESS (años)

Condición laboral: Nombrado (☒) CAS (☐) SERUMS (☐) Contratado por suplencia (☐), Otro:

Edad: Sexo: M (☒) F (☐) Email:

Por favor, al lado de los enunciados que se transcriben marque con una cruz su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de ellos. Solo debe figurar una cruz o (X) por renglón.

ENUNCIADOS	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. Mi centro de labores me ofrece la oportunidad de hacer lo que mejor sé hacer	1	2	3	4
2. Me río de bromas	1	2	3	4
3. Mi jefe inmediato trata de obtener información antes de tomar una decisión.	1	2	3	4
4. La innovación es característica de nuestra organización	1	2	3	4
5. Mis compañeros toman iniciativas para la solución de problemas.	1	2	3	4
6. Mi remuneración es adecuada en relación con el trabajo que realizo	1	2	3	4
7. Mi jefe(a) está disponible cuando se le necesita	1	2	3	4
8. Mi jefe(a) inmediato se preocupa por crear un ambiente laboral agradable.	1	2	3	4
9. Las cosas me salen perfectas	1	2	3	4
10. Conozco las tareas o funciones específicas que debo realizar en mi organización.	1	2	3	4
11. Mi trabajo es evaluado en forma adecuada	1	2	3	4
12. Es fácil para mis compañeros de trabajo que sus nuevas ideas sean consideradas.	1	2	3	4
13. Las tareas que desempeño corresponden a mi función	1	2	3	4
14. En mi organización participo en la toma de decisiones	1	2	3	4
15. Estoy sonriente en el trabajo	1	2	3	4
16. Los premios y reconocimientos son distribuidos en forma justa.	1	2	3	4
17. Mi institución es flexible y se adapta bien a los cambios	1	2	3	4
18. La limpieza de los ambientes es adecuada	1	2	3	4

ENUNCIADOS	Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
19. Nuestros jefes o gerentes contribuyen a crear condiciones adecuadas para el progreso de mi organización	1	2	3	4
20. Mi contribución juega un papel importante en el éxito de mi organización de salud	1	2	3	4
21. Existen incentivos laborales para que yo trate de hacer mejor mi trabajo	1	2	3	4
22. Cometo errores	1	2	3	4
23. Estoy comprometido con mi organización de salud	1	2	3	4
24. Las otras áreas o servicios me ayudan cuando las necesito	1	2	3	4
25. En términos generales me siento satisfecho con mi ambiente de trabajo	1	2	3	4
26. Puedo contar con mis compañeros de trabajo cuando los necesito	1	2	3	4
27. Mi salario y beneficios son razonables	1	2	3	4
28. Cuando he encontrado algo lo he devuelto a su dueño	1	2	3	4
29. Mi jefe inmediato se comunica regularmente con los trabajadores para recabar apreciaciones técnicas o percepciones relacionadas al trabajo	1	2	3	4
30. Mi jefe(a) inmediato me comunica si estoy realizando bien o mal mi trabajo.	1	2	3	4
31. Me interesa el desarrollo de mi organización de salud	1	2	3	4
32. He mentido	1	2	3	4
33. Recibo buen trato en mi establecimiento de salud	1	2	3	4
34. Presto atención a los comunicados que emiten mis jefes	1	2	3	4
35. Mi jefe(a) inmediato se reúne regularmente con los trabajadores para coordinar aspectos de trabajo.	1	2	3	4
36. La información de interés para todos llega de manera oportuna a mi persona.	1	2	3	4
37. Considero que el trabajo que realiza mi jefe(a) inmediato para manejar conflictos es bueno.	1	2	3	4
38. Existe una buena comunicación entre mis compañeros de trabajo	1	2	3	4
39. Los esfuerzos de los jefes se encaminan al logro de objetivos de mi establecimiento de salud.	1	2	3	4
40. Mi establecimiento de salud se encuentra organizado para prever los problemas que se presentan.	1	2	3	4

ANEXO 6. Ficha de estudio de GRUPO FOCAL

Participantes: Miembros del equipo de gestión del Centro de Salud y responsables de estrategias sanitarias.

Tiempo: 2 horas

Presentación del moderador del grupo y breve explicación introductoria:

- Breve presentación de la moderadora del grupo, del proyecto de investigación y del propósito del encuentro.
- Solicitar autorización para grabar (grabadora de voz) la sesión, explicando la importancia y la finalidad de la grabación para la realización de un buen análisis de la información recabada.
- He de aclarar que no se personalizará ni se asociará la información obtenida durante la sesión con la persona que la brindó.
- Es decir, se va a respetar la confidencialidad y el anonimato de las participantes del grupo a la hora de redactar los resultados obtenidos.
- Para facilitar el análisis de la información, es importante pedir al grupo que respeten los turnos de opinión.
- Hacer especial énfasis en que no hay respuestas correctas ni incorrectas.
- No se trata de valorar sus respuestas, si estas están bien o mal, es decir, no importa quién lo dice, sino qué se dice y por qué se dice.
- Agradecer a todos los que han asistido al grupo su participación en la reunión.

GUIÓN DE PREGUNTAS EN RELACIÓN CON EL MODELO DE GESTIÓN DEL CAMBIO ADECUADO PARA EL PROBLEMA DEL DENGUE

Categorías	Preguntas motivadoras
Los gestores y su convicción de cambio en enfrentar al dengue.	Se llevará a cabo una breve presentación de las participantes del grupo en torno a las siguientes cuestiones: ¿Cuál es su responsabilidad en el EESS? ¿Qué problemas identifican en la forma de gestionar el brote de dengue de los años 2023 y 2024? ¿Qué se ha aprendido en la manera de gestionar o dirigir el brote epidémico de dengue el año 2024 con respecto al año 2023? ¿Cómo ha sido tu participación en el brote del año 2024?
Formar un equipo de cambio empoderado en la prevención y control del dengue	¿Quiénes pertenecen actualmente al equipo de gestión contra el dengue en su EESS? ¿Quién dirigió al equipo contra el dengue en el último brote epidémico del 2024? Se dice que en el equipo contra el dengue deben participar la mayor cantidad de involucrados en el proceso de atención por dengue. ¿Quiénes serían los miembros del equipo que deben dirigir el equipo de prevención y control del dengue?
Desarrollar una visión contra el dengue, estrategias y un	Sobre la orientación común a todo el personal de salud de su centro de salud. ¿Se tenía claro una visión contra la prevención y control del dengue,

plan integral contra el dengue.	y que era compartido por la mayoría del personal de salud? ¿Qué estrategias se aplicó en el brote epidémico del dengue el año 2024? ¿Se tenía un plan integral único para todo el establecimiento de salud, o se tenía planes por separado por responsables de estrategias sanitaria, PROMSA, etc.?
Comunicar la visión, el plan y convencer a la mayoría de personal de salud para ejecutar acciones contra el dengue.	Sobre la difusión de mensaje en prevención y control del dengue al personal de salud. ¿Todo el personal de salud conocía su rol contra el dengue? ¿El plan de prevención y control del dengue en año 2024 fue conocido por todo el personal del centro de salud? ¿El personal de salud participaba activamente en sus sectores en acciones de promoción de la salud y prevención del dengue en personas vulnerables al dengue?

Anexo 7: Aprobación del proyecto de investigación por Comité de ética del Hospital Regional de Ica.

GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 139 -2025-HRI/DE



Resolución Directoral

Ica, 05 de Marzo del 2025

VISTO:
El Expediente N° 25-003684-001, que contiene el Memorando N° 187-2025-HRI/DE, de fecha 26 de Febrero del año 2025, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 050-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

CONSIDERANDO:
Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados

Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

Que, mediante Oficio N° 050-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 26 de Febrero del año 2025, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutorio de aprobación del proyecto de tesis, titulado: **"EFICACIA DEL MODELO DE GESTION DEL CAMBIO PARA FORTALECER LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA REGION ICA – 2024"** presentado por el Investigador: **SEGOVIA MEZA, GUALBERTO**, de la Dirección General de Estudios de Post Grado de la Facultad de Medicina Humana, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, de Lima, para la obtención del Grado Académico de Doctor en Medicina, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 26 de Febrero del año 2025.

Que, con Memorando N° 187-2025-HRI/DE, de fecha 26 de Febrero del año 2025, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 050-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del

...///

-PÁG. 02-



Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:

N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADORA
01	"EFICACIA DEL MODELO DE GESTION DEL CAMBIO PARA FORTALECER LA PREVENCION Y CONTROL DEL DENGUE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA REGION ICA - 2024"	SEGOVIA MEZA, GUALBERTO



ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes.

Regístrese y Comuníquese.


 DR. CARLOS E. NAVEA MÉNDEZ
 PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
 CMP 059270

CMM-06
 CMM-06-ADM
 CMM-06-ADM
 CMM-06-ADM

ANEXO 8: Material educativo producido para promover habilidades blandas y las reuniones de gestión del cambio (RGC).

Ficha sobre Liderazgo en la prevención y control del dengue.



**RED DE SALUD
CHINCHA**

**Ficha 01: Claves
para un LÍDER
EFFECTIVO en la
Lucha contra el
Dengue.**

GSM, 2025



**LIDERAR la
lucha contra
el DENGUE**

- **ES ACEPTAR EL DESAFÍO DE NO TENER MORTALIDAD POR DENGUE.**
- **NO MANTENERSE AL MARGEN HASTA QUE RECIBA UNA LLAMADA DE ATENCIÓN.**
- **TU LIDERAZGO VA MEJORAR LA VIDA DE LAS PERSONAS**

**¿Por qué estar
adelante de
todos?**

Porque **TODO** desafío debe movilizar a los involucrados en el problema de control del DENGUE



Liderar tiene un efecto transformador en el servicio de salud



Liderar permite tener garantizado una gestión exitosa.



El liderazgo conlleva al empoderamiento de los equipos de salud y se verá un mayor rendimiento.

**Los gerentes y
jefes dirigen a
equipos de
cambio**

Visión

**¡En Chíncha ninguna
muerte más por
dengue!**

Estrategia

- **Comunicarse siempre** con los trabajadores y motivar.
- **Convocar y dirigir las reuniones semanales**, de Educación Permanente para ejecutar el PLAN.
- **Gestionar eficientemente los recursos**, y convocar a las autoridades y líderes locales.

Fichas sobre trabajo en equipo

**LIDERAR EL CAMBIO
CON UN EQUIPO
PODEROSO PARA
COMBATIR AL DENGUE
EN CHINCHA**



**Ficha 02: Claves para el
TRABAJO EN EQUIPO en
la Lucha Contra el
Dengue.**

GSM, 2025



**TRABAJO EN
EQUIPO CONTRA EL
DENGUE**

TRABAJO EN EQUIPO Es cuando la SUMA de los esfuerzos individuales da por resultado un desempeño mayor

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD, Equipo de salud con profesionales y técnicos, que tienen la tarea de CUIDAR, PROTEGER Y MANTENER LA SALUD DE LA POBLACIÓN, en los sectores de sus responsabilidad.

**¡HABILIDADES PARA
TRABAJAR EN
EQUIPO!**

1. HABILIDADES PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS.
2. EXPERIENCIA TÉCNICA Y TOMA DE DECISIONES.
3. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN, E INTERLUENCIA EMOCIONAL (Escuchar, generar confianza y ofrecer retroalimentación).
4. BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES CON EL PERSONAL, AUTORIDADES LOCALES Y LÍDERES LOCALES.

1. Formar un equipo con con los involucrados en la lucha contra el dengue.

2. Capacidad el equipo para tener reuniones efectivas (1 hr / sem).

3. Capacidad el equipo para actuar bajo una visión compartida del control del dengue en CHINCHA

4. Actúan como contenedor de las emociones, sin temor al conflicto

5. Evaluar las áreas débiles del equipo y compensar involucrando a otros miembros del EESS.

**Todos
Contra el
Dengue**

Juntos Podemos Prevenirlo



Ficha sobre reuniones de gestión del cambio

FICHA 3

METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LAS REUNIONES DE GESTIÓN DEL CAMBIO

Es una estrategia destinada a reflexionar e intervenir en nuestro trabajo, es multidisciplinaria y además permite fortalecer las capacidades del personal de salud y promover un cambio en la organización

Reuniones de Gestión del Cambio (RGC)

Son reuniones de trabajo donde el equipo de gestión contra el dengue reflexionan sobre los problemas identificados, analizan y plantean soluciones. El equipo multidisciplinario refuerzan sus competencias gradualmente.



Permite promover la participación activa de todos en enfrentar al problema sanitario del DENGUE

Pasos

1. Identificación y priorización de problemas
2. Ordenamiento y clasificación de problemas.
3. Análisis del problema y formulación de acciones de cambios
4. Monitoreo y evaluación del cambio

ES UN CICLO DE MEJORA CONTINUA



Fase previa

Resultados:

1. Las fechas de nuestras reuniones a la semana
2. Revisan el Plan contra el dengue e identifican los problemas que serán intervenidos.
3. Responsabilizan al profesional que va conducir la reunión
4. Realizar la convocatoria al equipo contra el dengue.
5. Alistar las plantillas para registrar la reunión

“No se trata de buscar problemas y culpables, sino identificar los problemas del equipo”, que limitan mejorar la prevención y el control del DENGUE.

1. Identificación y priorización de problemas.

Del Plan de Prevención y Control del Dengue deben elegir un objetivo específico y sus problemas identificados:

- El equipo debe utilizar la plantilla para proceder a priorizarlos.

Objetivo específico	Problemas (¿Cuál es el problema?)	Criterios de priorización			Puntaje total
		Frecuencia	Importancia	Viabilidad	

VALIDACIÓN DE LOS CRITERIOS: Los miembros del equipo asignan un puntaje (1,1 a 2,2)
Frecuencia: ¿Es poco o muy frecuente el problema?
Importancia: ¿Es poco o muy importante el problema?
Viabilidad: ¿Es más difícil o lo tenemos a la mano el problema?

2. Ordenamiento y clasificación de problemas.

Los problemas se ordenan de mayor puntaje a menor, luego se realiza la clasificación de los problemas ¿Ese problema se va poder solucionar sólo organizando o gestionando mejor el servicio de salud?

N° Orden de problemas	Problemas priorizados	Clasificación para su abordaje (Organizar y gestión rápida, o proyecto de mejora)
1*		
2*		
3*		
4*		

* El intervenciones proyecto de mejora cuando requiere utilizar mayores recursos humanos, Espacios y trabajo interdisciplinario, participación comunitaria

- En la columna clasificación se registra "Organización y gestión" o "Proyecto de mejora"



El Plan de los Puestos y Centros de Salud están alineados a "Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del DENGUE", tiene 7 Objetivos Específicos (OE):

OE 1. Gestión integrada y eficiente contra el dengue.

OE 2. Mejorar el primer contacto y accesibilidad de la población al servicio de salud para una atención oportuna y segura.

OE 3. Coordinación interna y externa para la garantizar la continuidad de la atención (Sistema de información).

OE 4. Integralidad de la atención

OE 5. Mejorar la longitudinalidad de la atención en pacientes febriles para garantizar su salud y oportunidad en la atención si lo requiera.

OE 6. Orientación familiar

OE 7. Orientación comunitaria

OE 8. Competencia y enfoque intercultural



“..cuando el equipo de salud se reúne para problematizar un problema específico no hay necesidad de priorizarlo, puede ser el único que existe”

3. Análisis del problema y formulación de acciones de cambios

El equipo analiza el problema priorizado utilizando el cuadro de problematización, se responde todas las preguntas en forma horizontal. Siempre las reuniones deberían ser participativas, con los involucrados en el problema, y el tiempo sería una hora.

¿Cuál es el problema?	¿Por qué existe el problema?	¿De persistir el problema cuáles serán las consecuencias?	¿Qué debemos hacer para solucionar el problema?	¿Cuándo lo haremos?	¿Quién es el responsable?
1.	1.1				
	1.2				
2.	2.1				
	2.2				

En las reuniones de gestión del cambio “la reflexión de la práctica” deberían de participar los involucrados en el problema que se está analizando; sino las soluciones pueden ser insuficientes o inviables. El rol del MODERADOR de la reunión es importante, tiene que liderar el desarrollo de las reuniones.

En la pregunta ¿Qué debemos hacer para solucionar el problema?

Es importante teorizar (fijarse que dice la normatividad contra el dengue con respecto a ese problema), así se podrá explicar los problemas que se tiene en la práctica.



4. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL CAMBIO



FORMATO 01. INFORME OPERACIONAL MENSUAL DE REUNIONES DE GESTIÓN DEL CAMBIO (EPS) EN LA REGIÓN DE SALUD ICA, 2025

Dirección Regional de Salud: _____ Red de Salud: _____
 Microrred: _____ Establecimiento de Salud: _____
 Código RENPRES: _____ Distrito: _____ Provincia: _____
 Nombre y apellidos de la jef(a) de la IPRESS: _____
 Población total de responsabilidad: _____ Tiene su Plan contra el Dengue, 2025: SI () NO ()
 Informe del Mes: _____ Fecha de informe: _____

A. Actividades desarrolladas	IC	%
1. Problemas identificados del plan contra el dengue	120	100%
2. IC de reuniones programadas para el mes	04	
3. IC de reuniones de gestión desarrolladas	01	25%
4. IC de problemas programados este mes	06	
5. IC de problemas resueltos con la reunión de gestión este mes	04	75%
6. IC de proyectos de mejora programados para 2025	03	100%
7. IC de proyectos de mejora en ejecución	01	
8. IC de proyectos de mejora en elaboración	01	
9. Total de proyectos de mejora culminados	00	

B. Número de participantes	IC	%
1. IC miembros del equipo de gestión contra el dengue	12	100%
2. IC de participantes en la 1era reunión	04	33%
3. IC de participantes en la 2era reunión	08	66%
4. IC de participantes en la 3era reunión	10	90%

C. Las actividades informadas se encuentran descritas en el libro de actas / Fichas de reuniones de gestión del establecimiento: SI () NO ()

Firma: _____
 Jefe(a) IPRESS

Firma: _____
 Responsable de Capacitación de la IPRESS

FORMATO 02. INFORME OPERACIONAL CONSOLIDADO MENSUAL DE REUNIONES DE GESTIÓN DEL CAMBIO (EPS) POR MICRORRED, 2025

Dirección Regional de Salud: _____ Red de Salud: _____
 Población como Microrred: _____ Informe del Mes: _____
 Microrred: _____ Fecha de informe: _____

IC	IPRESS	IC de reuniones	IC de problemas desarrollados en el mes	IC de reuniones de gestión desarrolladas este mes	IC de reuniones de gestión desarrolladas este mes	IC de problemas programados para este mes	IC de problemas resueltos con la reunión de gestión este mes	IC de proyectos de mejora en ejecución	IC de proyectos de mejora en elaboración	IC de participantes a la última reunión
1	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
2	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
3	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
4	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
5	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
6	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
7	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
8	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
9	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
10	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
11	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
12	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
13	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
14	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
15	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
16	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
17	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
18	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
19	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
20	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
21	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
22	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
23	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
24	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
25	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
26	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
27	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
28	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
29	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
30	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
31	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
32	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
33	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
34	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
35	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
36	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
37	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
38	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
39	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
40	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
41	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
42	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
43	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
44	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
45	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
46	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
47	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
48	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
49	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
50	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
51	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
52	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
53	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
54	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
55	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
56	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
57	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
58	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
59	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
60	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
61	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
62	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
63	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
64	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
65	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
66	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
67	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
68	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
69	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
70	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
71	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
72	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
73	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
74	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
75	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
76	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
77	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
78	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
79	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
80	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
81	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
82	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
83	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
84	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
85	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
86	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
87	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
88	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
89	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
90	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
91	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
92	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
93	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
94	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
95	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
96	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
97	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
98	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
99	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1
100	CE SANABRE	04	01	01	01	04	04	00	00	1

Firma: _____
 Jefe(a) IPRESS

Firma: _____
 Responsable de Capacitación

El monitoreo y evaluación de las REUNIONES DE GESTIÓN DEL CAMBIO es un proceso que permite recolecta y analiza datos para medir el impacto del desarrollo del PLAN CONTRA EL DENGUE, y nos va orientar en mejorar la toma de decisiones.

Es necesario que cada establecimiento de salud informe los formatos 1. y las cabezas de Microrred consoliden en el formato 2. las diferentes actividades que desarrollan, así podrán verificar como vamos en ejecutar el PLAN.



Ficha sobre el Clima Organizacional

RED DE SALUD CHINCHA - ICA

FICHA 04: CLIMA ORGANIZACIONAL "HACIA UN CENTRO DE SALUD SALUDABLE"

GSM, 2025

Clima Organizacional

El clima organizacional es la percepción que tienen los trabajadores de su lugar de trabajo, y cómo esto influye en su comportamiento y motivación. O sea, es un factor clave para el éxito de nuestras intervenciones sanitarias.

IMPORTANCIA DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

- ✓ Tiene impacto en la gestión y el logro de los objetivos.
- ✓ Promueve el cambio en el comportamiento de los nosotros.
- ✓ Un buen ambiente laboral es sinónimo de buen desempeño y productividad.
- ✓ Mejora la comunicación, el trabajo en equipo y la motivación.

EL PROBLEMA DEL DENGUE NECESITA SEGUIR FORTALECIENDO EL CLIMA ORGANIZACIONAL.



**ENTORNO LABORAL
SALUDABLE**

EL CLIMA ORGANIZACIONAL EN CHINCHA – ICA, 2025



“El análisis del clima organizacional tiene como objetivo de mejorar la eficiencia y eficacia en sus instituciones en la prevención, control y transmisión del dengue, y otros problemas sanitarios.

**HAY 3 VARIABLES
QUE TEMENOS QUE
MEJORAR**

1. EL POTENCIAL HUMANO
2. EL DISEÑO ORGANIZACIONAL
3. LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN

1. EL POTENCIAL HUMANO

- a) Conformar equipos para elaborar proyectos de mejora, o innovaciones, y reconocerlos.
- b) Los Jefes de (área, servicio, equipo), convocan a reuniones de sus grupos de trabajo y exponen sus mejoras.
- c) La jefatura reconoce formalmente a las buenas prácticas o iniciativas.
- d) Los ambientes de trabajo son agradables para el usuario y los trabajadores. Los servicios higiénicos y pasadizos están limpios y ordenados.

“UN CENTRO DE SALUD SALUDABLE, ES UN LUGAR DONDE TODOS TRABAJAN UNIDOS PARA ALCANZAR UN VISIÓN CONJUNTA DE SALUD Y BIENESTAR PARA LOS TRABAJADORES Y LA COMUNIDAD”

2) EL DISEÑO ORGANIZACIONAL

1. En reuniones sobre dengue u otro problema sanitario, evalúan los indicadores y toman las mejores decisiones.
2. El personal pertenece a un equipo de trabajo y conoce sus funciones en la prevención y control del dengue, y otra responsabilidad.
3. Mi jefe de equipo o de servicio comunica sobre los avances y mejoras.





3. LA CULTURA ORGANIZACIONAL

- a) Tenemos cooperación entre compañeros y ayudamos a quien lo solicita.
- b) Hay un buen trato en todo momento a nuestros usuarios y ellos los reconocen.
- c) Los jefes de equipos o servicios se preocupan por tener un ambiente laboral agradable.
- d) Todos nos mostramos bien uniformados y respetuosos con nuestros pacientes.
- e) Todas las semanas implementamos un acto público por cada área o servicio.

“Tomar decisiones implica elegir entre varias opciones. La mejor alternativa implica haber hecho un correcto análisis de lo que hubiera sucedido en cada una de las posibles opciones”

Nuestra cultura organizacional nos hace ser distintos a otras instituciones.



Taller. Fortalecimiento de trabajo en equipo y desarrollo de visión y slogan para la lucha contra el dengue con equipos de los Centros de Salud intervenidos y la Red de Salud Chincha, enero 2025

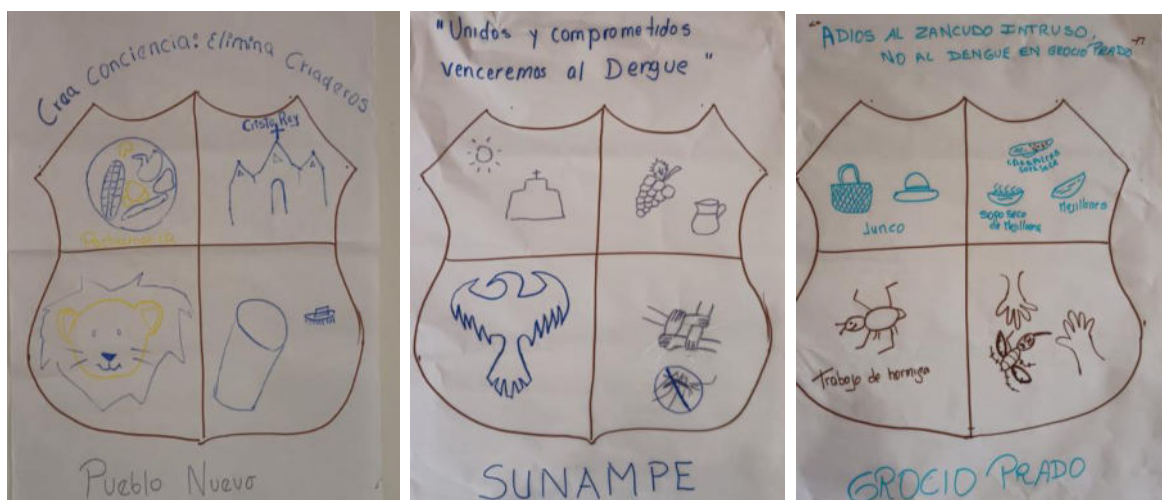


Foto: Papelotes del taller de trabajo en equipo para reconocer sus fortalezas y definir un slogan. Chincha, 2025



Foto: Taller con equipos de salud de los IPRES intervenidas en el auditorium del Hospital San José de Chincha, 2025.