



**“GESTIÓN Y DESEMPEÑO EN UN HOSPITAL DE ESSALUD,  
CAÑETE, LIMA, 2017”**

**Trabajo de Investigación presentado  
para optar al Grado Académico de  
Magíster en Gestión Pública**

**Presentado por**

**Sr. Andrés Oré Cárdenas**

**Asesor: Dra. Vilma Aurora Montañez Ginocchio**

**2017**

### **Dedicatoria**

A Dios, por las infinitas bendiciones que recibo  
todos los días.

A mi madre, por la razón de mi existencia.

A mis hijos, por su apoyo a lo largo de este  
proceso de investigación.

## Resumen ejecutivo

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre la variable prácticas de gestión de la calidad y la variable desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete. Se diseñó una investigación no experimental y transversal. La muestra estuvo constituida por 33 médicos y 10 directivos del hospital a quienes se aplicó una encuesta para medir las dos variables de estudio: prácticas de gestión de la calidad en sus dimensiones liderazgo, planificación estratégica, orientación hacia el paciente y la salud pública, información y análisis, orientación a los recursos humanos y la dimensión gestión de procesos, así como la variable desempeño organizacional del hospital en sus dimensiones: resultados del desempeño, eficiencia y efectividad, continuidad, y empleo de recursos. Cada una de las dimensiones que es resultado de la suma de las puntuaciones de varios ítems ha sido calificada en una escala de tres categorías: mala, regular y buena.

Los resultados revelaron que entre la variable prácticas de gestión de la calidad y la variable desempeño organizacional existe una relación directa y significativa ( $r= 0,803$  y  $p\_valor < 0,05$ ). También se halló una correlación significativa entre las variables las prácticas de liderazgo y el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete ( $r= 0,68$  y  $p\_valor = 0,00$ ); entre las variables prácticas de planificación estratégica de la calidad y el desempeño organizacional, ( $r= 0,63$  y  $p\_valor = <0,05$ ), entre las prácticas de gestión de la calidad orientada hacia el paciente y el desempeño organizacional ( $r =0,645$  y  $p\_valor = 0,00 < 0,05$ ), entre las prácticas de gestión de la calidad de la información y el desempeño organizacional ( $r=0,613$  y  $p\_valor = 0,00$ ), entre la dimensión prácticas de gestión de calidad de recursos humanos y la variable desempeño organizacional ( $r = 0,706$ , y  $p\_valor = 0,00 < 0,05$ ), entre la dimensión gestión de los procesos y la variable desempeño hospitalario ( $r = 0,684$  y  $p\_valor = 0,000 < 0,05$ ). Respecto a la medición de la variable prácticas de gestión de calidad en el hospital desde la percepción de médicos y directivos se halló que globalmente la calificaron como regular (67,4%) siendo que el 70% de los directivos lo percibieron como regular y 0% lo calificaron como buena, en tanto que el 66,7% de los médicos lo calificaron como regular y un 12,1% como buena. Desde la percepción de médicos y directivos del hospital la variable desempeño organizacional es calificado como regular (66,7% y 60%, respectivamente) alcanzando una calificación promedio de 65,1% entre médicos y directivos. Muy pocos la califican como de buen desempeño (9,3%). La percepción de médicos y directivos de la variable desempeño organizacional es proporcionalmente casi similar en las tres calificaciones, mala regular y buena, predominando la calificación de regular seguida de mala y buena.

Estos resultados se explicarían por las bajas competencias o perfil para el cargo, registradas por los médicos y directivos del hospital sobre sus gestores, ya que se analizaron variables de gestión pública como son: liderazgo, planificación estratégica, orientación hacia el paciente y la salud pública, información y análisis, orientación a los recursos humanos y gestión de procesos. El desempeño organizacional global del Hospital Essalud Cañete fue calificado como de nivel regular y malo (90%), según percepción de los médicos y directivos al analizar las variables: resultado del desempeño, eficiencia y efectividad, continuidad de los procesos, y empleo de recursos; ello se explicaría por la escasez de recursos e insumos para cubrir la atención en salud de la población asegurada asignada al Hospital Essalud Cañete, que ocasionaría **conflictos** entre la población demandante de salud y los médicos que dan la cara a diario en la atención de los pacientes. Asimismo, la escasez de recursos e insumos médicos traban los procesos, el flujo y la calidad de atención hospitalaria. “Que la sección Quejas del hospital no puede solucionar”. Se concluye que en la dimensión liderazgo en la gestión existe una percepción de los directivos calificada como regular en el 80% y por los médicos 66,7 %, y como mala es calificada entre el 18% y el 20%, respectivamente. En la práctica, estos niveles se reflejan en las escasas estrategias operacionales de dirección orientadas a priorizar la atención al paciente, a pesar de ser el discurso o lenguaje frecuente: la atención de salud enfocada a los pacientes, empleado con frecuencia en diversos eventos del hospital; no se espera que la práctica actual en la dimensión liderazgo en la gestión hospitalaria tenga un impacto más significativo en el desempeño de la organización hospitalaria. Por lo que se recomienda implementar una evaluación permanente de mejora de procesos y servicios hospitalarios para mejorar el desempeño en la atención de los pacientes mediante la aplicación y ejecución de los procesos de gestión: planificación, ejecución, dirección, control y mejora continua.

Palabras claves: prácticas de gestión de la calidad y desempeño organizacional.

## Índice

Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficos.....	ix
Índice de anexos.....	x
<b>Capítulo I. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo II. Planteamiento del problema.....</b>	<b>2</b>
1. Antecedentes.....	2
2. Planteamiento del problema.....	3
3. Preguntas.....	7
4. Objetivos.....	8
4.1 Objetivo general.....	8
4.2 Objetivos específicos.....	8
5. Justificación.....	8
6. Limitaciones.....	9
7. Delimitaciones.....	9
<b>Capítulo III. Marco teórico.....</b>	<b>10</b>
1. La gestión hospitalaria.....	10
2. El desempeño hospitalario.....	13
<b>Capítulo IV. Metodología.....</b>	<b>25</b>
1. Diseño de la investigación.....	25
2. Conveniencia del diseño.....	25
3. Definición del alcance de la investigación: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa.....	25
4. Formulación de la hipótesis.....	26
5. Población y muestra.....	26
6. Recolección de datos.....	27
7. Análisis e interpretación de resultados.....	28
8. Aspectos éticos.....	28

<b>Capítulo V. Resultados .....</b>	<b>29</b>
<b>Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>48</b>
1. Conclusiones.....	48
2. Recomendaciones .....	50
<b>Bibliografía.....</b>	<b>52</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>60</b>
<b>Nota biográfica.....</b>	<b>79</b>

## Índice de tablas

Tabla 1.	Medición del desempeño .....	16
Tabla 2.	Utilidad de los indicadores estructurales de resultados y procesos .....	18
Tabla 3.	Características de los buenos indicadores de desempeño.....	19
Tabla 4.	Población de médicos y directivos .....	27
Tabla 5.	Muestra de médicos y directivos .....	27
Tabla 6.	Liderazgo según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017.....	29
Tabla 7.	Planificación estratégica según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017 .....	30
Tabla 8.	La orientación hacia el paciente y la salud publica según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017 .....	30
Tabla 9.	La información y análisis según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017 .....	31
Tabla 10.	La orientación a los recursos humanos según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017 .....	32
Tabla 11.	La gestión de procesos según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017.....	33
Tabla 12.	Prácticas de gestión de la calidad según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017 .....	33
Tabla 13.	Resultado del desempeño según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017 .....	34
Tabla 14.	Eficiencia y efectividad según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017.....	35
Tabla 15.	Continuidad según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017.....	36
Tabla 16.	Empleo de recursos según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, 2017 .....	36
Tabla 17.	Desempeño organizacional según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, 2017.....	37
Tabla 18.	Correlación de Pearson entre el Liderazgo y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete, 2017 .....	39
Tabla 19.	Correlación de Pearson entre la planificación estratégica y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete 2017.....	40

Tabla 20.	Correlación de Pearson entre la orientación al paciente y salud pública y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete, 2017 .....	41
Tabla 21.	Correlación de Pearson entre la información y análisis y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete, 2017.....	41
Tabla 22.	Correlación de Pearson entre la orientación a los recursos humanos y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete, 2017 .....	42
Tabla 23.	Correlación de Pearson entre la gestión de procesos y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete, 2017.....	43
Tabla 24.	Correlación de Pearson entre las prácticas de gestión de la calidad y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete, 2017 .....	44



## Índice de gráficos

Gráfico 1.	Tablero de Mando de Control ( <i>Balanced Scorecard</i> ).....	23
Gráfico 2.	Mapa del proceso de la gestión del desempeño.....	24

## Índice de anexos

Anexo 1.	Matriz de consistencia .....	61
Anexo 2.	Instrumento: Evaluación de la gestión.....	62
Anexo 3.	Instrumento: Desempeño de la gestión hospitalaria .....	63
Anexo 4.	Operacionalización de variables.....	64
Anexo 5.	Grupo = Médicos .....	66
Anexo 6.	Grupo = Directivos .....	67
Anexo 7.	Confiabilidad del instrumento .....	68
Anexo 8.	Notas.....	69
Anexo 9.	Árbol del problema.....	78

## **Capítulo I. Introducción**

En el presente proyecto titulado “*Gestión y desempeño en un Hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017*” analiza en qué medida la práctica de gestión de la Calidad Total en el hospital se corresponde con el desempeño organizacional y por ende en la calidad de atención y satisfacción de los pacientes.

La presente investigación se enmarca en una de las líneas de investigación de la Gestión Pública en hospitales. Campo de investigación que ha venido evolucionando tanto teórica como metodológicamente y sobre el que es necesario aportar más conocimiento con el propósito de alcanzar mejores procesos de atención en la salud y mayores niveles de eficiencia y eficacia para lograr una mejora en la calidad de atención de los pacientes.

El problema de estudio es relevante en nuestra realidad hospitalaria donde existen muchos problemas de gestión que influyen en el desempeño del personal de salud y en la atención satisfactoria de los pacientes.

El primer Capítulo corresponde a la parte introductoria. En el segundo Capítulo se plantea el problema, se desarrollan los antecedentes, se formulan las preguntas se establecen los objetivos, se explica las razones que justifican el estudio, se mencionan las limitaciones y delimitaciones. En el Capítulo III se desarrolla el marco teórico. En el Capítulo IV se describe la Metodología de la Investigación. En la parte final se indican las fuentes bibliográficas que se han consultado.

## Capítulo II. Planteamiento del problema

### 1. Antecedentes

Para la presente investigación, se han considerado algunos estudios nacionales e internacionales que se relacionan directa e indirectamente con las variables de estudio: prácticas de gestión de la calidad y el desempeño organizacional, lo que permite un mejor conocimiento y entendimiento del problema y de la relación entre las variables de estudio. A continuación, se hace referencia a los antecedentes más relevantes para nuestro estudio.

Seitio-Kgokgwe, Gauld, Hill & Barnett (2014) desarrollan una investigación titulada *Evaluación del desempeño del sistema de hospitales públicos de Botswana: el uso del Marco de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud de la Organización Mundial de la Salud (Assessing performance of Botswana's public hospital system: the use of the World Health Organization Health System Performance Assessment Framework)* con el objetivo de evaluar el desempeño del sistema de hospitales públicos de Botswana, África; relacionar los resultados de la evaluación con el potencial de mejoras en el desempeño hospitalario y determinar la utilidad del sistema de indicadores del Marco de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud (HSPAF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la evaluación del desempeño de los sistemas hospitalarios en un país en desarrollo. El artículo se basa en datos basados en análisis documental, datos proporcionados por 54 informantes constituidos por altos directivos y personal del Ministerio de Salud (N = 40), altos funcionarios de organizaciones vinculadas (N = 14), y encuestas a 42 gerentes de hospitales y 389 trabajadores de salud. Se halló que la estructura organizativa del sistema de hospitales públicos de Botswana, la dirección y la toma de decisiones está altamente centralizadas. El acceso físico general a los servicios de salud es alto. Sin embargo, los desafíos en la distribución de instalaciones y camas de hospitalización crean inequidades e ineficiencias. La capacidad de los hospitales para prestar servicios está limitada por recursos inadecuados. Hay desafíos significativos en la calidad de la atención. Se concluye que «Mientras que Botswana invirtió considerablemente en la construcción de hospitales en todo el país, lo que dio como resultado un alto acceso físico a los servicios, la organización y el gobierno del sistema hospitalario y los recursos inadecuados limitan la prestación de servicios» (Seitio-Kgokgwe, Gauld, Hill & Barnett 2014: 179). Mattias Elg, Klara Palmberg Broryd, & Beata Kollberg (2013) realizan una investigación en Suecia titulada *Medición del rendimiento para impulsar mejoras en la práctica sanitaria (Performance measurement to drive improvements in healthcare practice)*. Los resultados sugieren que la medición del desempeño puede ser un método versátil para impulsar mejoras en las organizaciones de salud. Seis tipos de actividades se orientan directa o

indirectamente al mejoramiento en el departamento clínico: seguimiento continuo en espacios y reuniones formales; Trabajo de mejora; Esfuerzos profesionales; Despliegue de metas; Informes basados en demandas externas; y Crear conciencia en el trabajo clínico cotidiano.

«Los resultados dan evidencia de que la medición del desempeño puede ser un método versátil para impulsar la mejora en las organizaciones de salud» (Elg, Palmberg, y Kollberg 2013, citados por Spano y Aroni 2015: 28). Sabella, Laso y Omran (2014) realizaron una investigación bajo el título de *Prácticas de gestión de calidad y su relación con el desempeño organizacional* (Quality management practices and their relationship to organizational performance) con el objetivo de examinar el alcance de las prácticas de Gestión de la Calidad Total (TQM) implementadas en los hospitales palestinos y su relación con el desempeño organizacional usando los criterios del Premio Nacional de Calidad Malcolm Baldrige. Se aplicó una encuesta en 51 hospitales que operaban en la Ribera Occidental de Palestina para probar la validez y confiabilidad de los constructos TQM y su relación con el desempeño organizacional. Los resultados mostraron que los constructos TQM utilizados en este estudio están positivamente relacionados con el rendimiento hospitalario y, en su mayor parte, la relación fue significativa; Fueron capaces de explicar una porción significativa de la varianza en el rendimiento. Se encontró que tres elementos eran predictores fuertemente significativos de rendimiento: manejo de personas, manejo de procesos, e información y análisis. Aunque los hospitales que operan en la Franja de Gaza fueron excluidos del estudio, esta investigación promueve prácticas críticas de gestión que ayudan a canalizar los recursos de la organización hacia áreas que buscan mejorar la calidad y el rendimiento. El estudio mostró que hay ciertas áreas en las que los administradores o gerentes deben centrarse en si aspiran a un mejor rendimiento. Los constructos usados en este estudio pueden usarse para evaluar la implementación de prácticas de calidad e identificar áreas que necesitan cambios y mejoras. El estudio proporciona a los profesionales, administradores y académicos una nueva perspectiva sobre las prácticas de gestión de la calidad y su impacto en el desempeño organizacional. También sirve de base para futuras iniciativas y programas destinados a mejorar la calidad en los hospitales (Sabella, Laso y Omran 2014).

**Otros antecedentes (Ver nota 10. Anexo 8)**

## **2. Planteamiento del problema**

En la década de 1990, los países latinoamericanos incluyendo el Perú llevaron profundas reformas estructurales en el estado y la administración pública en todos los sectores incluyendo el sector

salud a partir de las recomendaciones y lineamientos de los organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

Como resultado se han generado un conjunto de entidades aseguradoras, instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento de la salud. (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal y Espinosa-Henao, 2016: 17)

En 2013 el gobierno de turno, puso en marcha una reforma que busca fortalecer el aseguramiento mediante lo que se denominó la reorganización del Seguro Social de Salud y el Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. (Ver Nota 6. Anexo 8)

Los hospitales de la seguridad social están atravesando una grave crisis institucional que se manifiesta en atención caótica y deficiente puesto que aumenta el número de quejas de parte de los asegurados y por parte del mismo personal médico y no médico que laboran en las diferentes instituciones.

Entre los principales problemas que se evidencia en la gestión de los hospitales se pueden mencionar los siguientes de acuerdo a informes de Contraloría que corresponde a la Sede Central pero que son generalizables a los niveles inferiores.

No se cuenta con documentos que permitan conocer claramente los procesos, procedimientos, operaciones, niveles jerárquicos, Canales y medios de comunicación, así como las funciones de cada uno de los servidores. Aunque los hospitales cuentan con procedimientos para cada una de las etapas relacionadas del proceso de gestión de recursos humanos, sin embargo, requieren ser actualizados y ser compatibilizadas con las normas vigentes. (Essalud 2016).

Si bien Essalud cuenta con un Plan Estratégico Institucional y un Plan Operativo institucional, no ha formulado procedimientos y mecanismos para anticipar y reaccionar a los riesgos que pudiesen afectar el logro de los objetivos contemplados.

De acuerdo al Informe de Contraloría de la República 2016, no todos los bienes que son adquiridos por Essalud entran al Almacén Central para ser utilizados por las áreas lo que hace difícil un eficiente control de los recursos adquiridos por Essalud. Pero aun, diversas áreas cuentan con depósitos donde se almacenan bienes no registrados en el Almacén Central. (Essalud 2016).

Asimismo, no existe un sistema seguro de manejo y gestión de los archivos centrales y periféricos que garantice el acceso a las fuentes de información de manera segura.

Las deficiencias en la Sede Central es parte de la problemática de gestión en todos los niveles organizacionales de Essalud siendo más grave en los niveles inferiores debido a que no existe ni supervisión, Control Interno, monitoreo del desempeño organizacional en todas las áreas.

En relación a la evaluación de desempeño, la Alta Dirección ha establecido indicadores para el seguimiento, control y evaluación del cumplimiento de los objetivos y metas de corto plazo del Plan Operativo Institucional y su eficacia para lograr los objetivos del Plan Estratégico Institucional, desde las cuales se debe revisar los procesos y procedimientos en relación a los controles establecidos sin embargo se enfatiza los objetivos presupuestales pero no de gestión y desempeño organizacional.

En los hospitales de nivel I, II y III se encuentran con que tienen un plan estratégico, sin embargo son planes que por lo general no son tenidos en cuenta en la gestión de los hospitales como es el caso del Hospital Essalud II de Cañete objeto del presente estudio, cuyo en el plan estratégico está encarpado.

En la actualidad, la administración de la seguridad social Essalud, se encuentra fragmentada en 3 ministerios diferentes y autónomos con ninguna articulación y coordinación. a) Dependencia de la administración y de gestión del Ministerio del Trabajo, b) Dependencia del manejo económico y financiero de FONAFE (oficina del Ministerio de Economía y Finanzas), quien realiza el manejo económico de los aportes de los trabajadores; c) Como entidad prestadora de salud no está obligada a cumplir con las políticas públicas de salud del país solo cumplir la normatividad del Ministerio de Salud.

El Presidente Ejecutivo (jefe máximo de Essalud) de la Gerencia de la Seguridad Social, Essalud, es designado por el Gobierno de turno, y de acuerdo a política económica del gobernante de turno. El servicio de salud, que brinda la seguridad social a través de sus hospitales a nivel nacional, es exclusivo para los pacientes asegurados.

La atención en casi todos los hospitales de Essalud es deficiente lo que motiva muchas veces reclamos airados de los usuarios, pacientes asegurados, por los medios de comunicación hablados, escritos y televisivos, de que “no reciben las atenciones de salud que requieren ellos; cuando

enferman, a pesar de que cumplen con realizar sus pagos mensuales en descuentos por planillas a favor de la seguridad social en el Perú”.

En el caso del Hospital Essalud de Cañete, es un hospital categoría II-1, según RENIPRESS, Pertenece al departamento de Lima y es dependencia Periférica del Hospital Rebagliati III-2. En los últimos 15 años la Gestión Institucional Central de Essalud, como ente rector Institucional, junto con la Red del Hospital Rebagliati, cada 5 años aproximadamente ha cambiado las estrategias de Gestión de Administración de Salud, renovándose cada 5 años la Gerencia y dando nacimiento a una Nueva gerencia con denominación e instrumentos administrativos diferentes. Los problemas de gestión tienen incidencia en los resultados y en el caso de los hospitales, la gestión hospitalaria tiene incidencia en el desempeño. Sobre el desempeño de los Hospitales de Salud existen muchas quejas de los pacientes asegurados, que a pesar de pagar mensualmente sus derechos a atención en salud no reciben las atenciones en salud que requieren en el tiempo y oportunidad demandada, por múltiples factores, entre ellos, no conseguir citas, Falta de médicos especialistas, medicamentos, exámenes de ayuda al diagnóstico u otros servicios de promoción y recuperación de la salud. A nivel local Hospitalario y las citas para las enfermedades complejas que requieren transferencia a un nivel de atención Hospitalario puede demorar incluso meses, poniendo en riesgo la salud y la vida de los enfermos.

Desde este punto de análisis el presente estudio se enfoca en analizar el desempeño Organizacional del Hospital Nivel II-1 Essalud Cañete; en las dimensiones de: Resultado del desempeño, Eficiencia y efectividad, Continuidad de los procesos, Empleo de recursos, con el propósito de explicar los problemas en los procesos, flujo y la calidad de atención hospitalaria. “Que la sección de Quejas del hospital no puede solucionar”.

La atención masiva de pacientes por cada turno ha llevado a los hospitales a aplicar mecanismos de contención, restringiendo o postergando el acceso, limitando los recursos necesarios para una atención completa y adecuada de los pacientes (como el número de exámenes auxiliares y la disponibilidad de medicamentos) afectando así el éxito en el tratamiento de los pacientes. De ahí viene la importancia de este estudio que tiene por objetivo estudiar a nivel local-microgestión la gestión hospitalaria y el desempeño institucional en un Hospital de Essalud, Cañete, 2017.

Un factor que agrava esta realidad es la forma en que se gestionan los hospitales tanto del sector salud como de Essalud, que por su naturaleza misma es compleja y multidimensional por cuanto se superponen aspectos de carácter político, técnico, recursos humanos y clínico. Los hospitales



adolecen de serias deficiencias en la gestión, tanto en el planeamiento, la organización, la dirección y las acciones de control.

Los hospitales por su complejidad, requieren de una administración y gestión eficaz porque se trata de valorar la salud y la vida de las personas, razón por la cual es necesario conocer la forma en que se gestionan los hospitales identificando debilidades, aspectos críticos en los procesos y servicios y cuellos de botella que afectan la atención de los pacientes en los servicios que brinda el hospital.

Aunque existen referencias a estándares internacionales para evaluar el desempeño de los hospitales, cada país y cada hospital adoptan el sistema de medición que mejor contribuye a mejorar la atención de los pacientes.

En este contexto es que se ha optado por emplear la metodología de la gestión de la calidad total (TQM) para evaluar tanto las prácticas de gestión orientadas hacia la calidad total y el desempeño del hospital de acuerdo con algunos estudios que se han realizado en otros países del mundo.

En la presente investigación se propone indagar qué relación existe entre las prácticas de gestión orientada a la calidad y el desempeño organizacional del hospital de Essalud en Cañete, Lima.

### **3. Preguntas**

#### **Problema general**

¿Existe correspondencia entre las prácticas de gestión de la calidad y el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete?

#### **Problemas específicos**

1. ¿En qué medida las prácticas de liderazgo influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete?
2. ¿En qué medida las prácticas de gestión estratégica influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete?
3. ¿En qué medida las prácticas de gestión orientada hacia el paciente influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete?
4. ¿En qué medida las prácticas de gestión de la información influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete?

5. ¿En qué medida las prácticas de gestión de recursos humanos influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete?
6. ¿En qué medida las prácticas de gestión de procesos influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete?

#### **4. Objetivos**

##### **4.1 Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre las Prácticas de Gestión de la Calidad y el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

##### **4.2 Objetivos específicos**

1. Analizar en qué medida las prácticas de liderazgo influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete.
2. Analizar en qué medida las prácticas de gestión estratégica influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete.
3. Determinar en qué medida las prácticas de gestión orientada hacia el paciente influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete.
4. Analizar en qué medida las prácticas de gestión de la información influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete.
5. Determinar en qué medida las prácticas de gestión de recursos humanos influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete.
6. Analizar en qué medida las prácticas de gestión de procesos influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete.

#### **5. Justificación**

El estudio sobre la gestión y el desempeño organizacional en un hospital se formula porque el sector salud en nuestro país actualmente atraviesa por una severa crisis en la atención de la salud de la población asegurada y no asegurada existiendo una creciente población insatisfecha siendo uno de los factores causales de este problema la gestión de nuestros hospitales y el bajo desempeño hospitalario lo que evidencia la necesidad de llevar estudios para analizar esta problemática y plantear propuestas orientadas a mejorar los indicadores de gestión y desempeño hospitalario.

Además, el estudio es un aporte al estudio de las crisis del sistema de salud en nuestro país y de las alternativas que se formulan para mejorar la gestión pública en salud. El estudio contribuirá a conocer cómo se gestiona un hospital de nivel II de Essalud teniendo como referencia, los criterios de la gestión de la calidad total (TQM) y en qué medida se pueden mejorar los indicadores de desempeño hospitalario.

Teóricamente es importante porque el análisis del problema de la gestión pública y su implicancia en el desempeño hospitalario, induce a revisar los modelos de gestión hospitalaria que se han venido proponiendo en diversos países del mundo y cuáles son los mejores indicadores para medir el desempeño de un hospital.

Metodológicamente es importante por cuanto no existen suficientes metodologías aplicadas en el Perú que pueden servir para analizar rigurosamente el problema de la gestión pública en salud y sus implicancias en el desempeño hospitalario.

Empíricamente es importante porque los resultados de esta investigación pueden servir a los directores, gerentes, e investigadores académicos interesados en el estudio de la gestión de las instituciones de salud y su influencia en el desempeño organizacional del hospital.

## **6. Limitaciones**

Existen diversas limitaciones en este estudio entre las cuales se reconocen las siguientes:

- Insuficientes estudios sobre el problema de la gestión de los hospitales y el desempeño hospitalario bajo el enfoque de la calidad total.
- Carencia de estudios en el Perú que aporten metodologías, indicadores e instrumentos validados para analizar el problema de la gestión de los hospitales en la realidad peruana.
- La mayoría de los estudios hallados en la literatura hacen referencia a estudios realizados en otros países cuyas características son muy distintas a las características de los hospitales peruanos.

## **7. Delimitaciones**

El estudio está delimitado al campo de la gestión pública en salud y el desempeño hospitalario. Geográficamente está delimitado al ámbito de la gestión de salud en un hospital Essalud de la provincia de Cañete del departamento de Lima. Temporalmente está delimitado al periodo de estudio: año 2017. Teóricamente está delimitado al estudio de la medición del desempeño organizacional de un hospital de acuerdo con el Modelo de Gestión de la Calidad Total.

### **Capítulo III. Marco teórico**

#### **1. La gestión hospitalaria**

La palabra gestión proviene de “gestus”, una palabra latina que significa: actitud, gesto, movimiento del cuerpo. También proviene directamente de “gestio-onis”: acción de llevar a cabo y, además, está relacionada con “gesta”, en tanto historia de lo realizado, y con “gestación”, llevar encima. La gestión en términos generales consiste en conseguir lo planificado, mientras que la visión de futuro hace referencia a la programación, que consiste en asignar los recursos en el tiempo.

«La gestión es considerada como un arte y una ciencia. Es un arte en cuanto que muchas de las habilidades que se necesitan solo pueden conseguirse con la práctica. La gestión también es una ciencia, y el conjunto de conocimientos sobre cómo realizar las distintas funciones y alcanzar los mejores rendimientos es cada vez mayor». (Jiménez 2000: 14).

#### **Modelo de gestión hospitalaria**

##### **Definición**

«El modelo de gestión hospitalaria, se define como la forma explícita de organizar, dirigir y administrar unidades hospitalarias del sector público, fundamentando su diseño en principios de equidad, eficiencia, calidad, sostenibilidad y participación ciudadana, a través de diferentes instrumentos innovadores. La nueva modalidad de gestión que se plantea para los hospitales es un medio para lograr el objetivo central del sistema de salud, que pretende asegurar a la población acceso a servicios de salud con calidad, con equidad en el financiamiento, eficiencia en la producción y participación ciudadana en su gestión» (USAID 2012: 18)

##### **Objetivos del modelo de gestión hospitalaria**

El modelo de gestión hospitalaria tiene como objetivo mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios hospitalarios que se brindan a la población, asegurando la participación social en la gestión y el control de los mismos, todo con la finalidad de contribuir con el objetivo del Sistema de Salud, de asegurar servicios con equidad, calidad y mejorando el acceso a los servicios de salud a la población, especialmente la más vulnerable y excluida.

El Modelo de Gestión Hospitalaria descansa en dos pilares fundamentales: (1) La mesogestión o Gestión Hospitalaria, y (2) La microgestión o Gestión Clínica - Asistencial. Ambos pilares introducen acciones innovadoras que persiguen como objetivos la calidad, efectividad y eficiencia

en la red de servicios del Sistema de Salud, para responder a la misión establecida para el Segundo Nivel de Atención.

«La Gestión Hospitalaria se realiza de forma armónica dentro de una red, establecida mediante criterios normativos para responder a las necesidades de salud de una Población. En este sentido, es indispensable considerar que ineludiblemente las instancias Rectora/Normativa (Nivel Central) y la Instancia de Región Sanitaria Departamental que operativiza la regulación realizan procesos de Macrogestión» (USAID 2012: 21)

### **Modelos de gestión hospitalaria (ver Nota 1. Anexo 8)**

#### **Gestión de la calidad total - TQM**

La calidad total puede definirse como « [...] búsqueda continua para seleccionar las tareas más productivas y llevarlas a cabo, mediante procesos optimizados de valor añadido, entre todos los suministradores y todos los clientes de la cadena, adaptándose así a las expectativas de todos los clientes» (Calle 1996: 27)

Una definición más completa de calidad total nos da Ocaña (2013) para quien la calidad total consiste en satisfacer las necesidades de los clientes al mismo tiempo que las de los empleados y todo con coste mínimos. (Ocaña 2013: 92)

«La mayor revolución en la concepción de la calidad la constituye el paradigma de la Gestión de la calidad total (TQM). En este planteamiento se sobrepasa la consideración de la calidad referida al producto o resultados y se considera la gestión organizacional en un sentido amplio siendo la idea central que toda la organización quede inmersa en una dinámica de mejora continua de todos los procesos y áreas organizativas mediante el compromiso y la participación activa de la dirección y de todos los recursos humanos. El objetivo es alcanzar así la excelencia en la gestión» (Rial 2007: 72).

En este enfoque de excelencia se han basado los dos grandes modelos de calidad total:

- El modelo Malcolm Baldrige en Estados Unidos (BNQP) basado en TQM.
- El modelo europeo de Excelencia Empresarial de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM).

La gestión de la calidad total (TQM) se denominó en la década de 1980 a la combinación de planificación de sistemas de calidad, planificación estratégica de calidad y control estadístico de la calidad. (Calle, 1996: 28).

TQM es una filosofía, un conjunto de herramientas y un proceso cuya aplicación e implementación está orientado a generar satisfacción en el cliente y una mejora continua en la organización siempre que todas y cada una de las personas que forman parte de la organización deben practicarla. Por lo que se requiere que la alta dirección y todos los niveles directivos estén implicados y comprometidos en su implantación.

La gestión de la calidad total (TQM) es una teoría de la práctica, ya que, además de explicar y predecir el efecto de unos determinados comportamientos, prescribe lo que se debe hacer para alcanzar mejores resultados y desempeños empresariales

A manera de resumen, Ocaña (2013: 92) sostiene que la gestión de la calidad total (TQM) es una filosofía de gestión y mejora continua de la calidad en la que todo el mundo, dentro de una organización, aspira a satisfacer al cliente, a los empleados (los clientes internos), a los accionistas y a la sociedad. En la actualidad ha evolucionado y se ha convertido en la metodología 6 Sigma.

Se puede considerar a la gestión de la calidad total (TQM) como un concepto, un conjunto de líneas maestras, un modelo de los que es posible conseguir. Puede servir para fomentar en todos el ánimo de la necesidad de mejorar continuamente la forma en que las cosas son hechas y de eliminar todo lo que sea superfluo.

También se puede considerar como una metodología para gestionar la totalidad de las organizaciones e instituciones con el fin de mejorar la eficacia, la flexibilidad y la competitividad. Es total porque implica a todas las personas y a todos los niveles sin importar la actividad a desarrollar.

La gestión de la calidad total (TQM), orienta las tácticas culturales cambiantes y las tecnologías en continua evolución hacia la satisfacción de las necesidades de los clientes tanto internos como externos de la organización. (Calle 1996: p.28).

Los principios de la gestión de la calidad evolucionaron rápidamente, durante los últimos veinticinco años, desde los sistemas más simples a los más evolucionados, pasando por cuatro

estadios: inspección, aseguramiento/garantía de calidad, gestión de calidad total (TQM) y excelencia organizativa. Los más complejos (TQM) se basan en un concepto de calidad más amplio, dinámico y sobre todo orientado a los usuarios.

Sobre la gestión de la calidad total (TQM), Perdomo y Gonzales (2004) sostienen que es una teoría de la práctica, ya que, además de explicar y predecir el efecto de unos determinados comportamientos, prescribe lo que se debe hacer para alcanzar mejores resultados y desempeños organizacionales. (Perdomo y Gonzales 2004: 94)

Los preceptos de la gestión de la calidad total (TQM) se fueron institucionalizando a través de los premios de la calidad y sus modelos de evaluación de la gerencia (modelo europeo EFQM y modelo MBNQA de Estados Unidos). Posteriormente se promovió la normalización de la gerencia de la calidad como un mecanismo idóneo para la creación de ventajas competitivas en los mercados (Norma ISO 9000).

### **Funciones de la gestión (ver Nota 2, Anexo 8).**

#### **2. El desempeño hospitalario**

La definición de desempeño en la teoría organizacional es una de las más difíciles tareas a pesar de que es un tema central e inevitable. Sobre el tema se pueden hallar en la literatura, destacadas disertaciones desde hace varias décadas.

Asimismo, la medición del desempeño es otro ámbito en donde existen también diversas propuestas y que muchas veces son *ad hoc* ya que solo se pueden aplicar a organizaciones que tienen ciertas características como es el caso de los hospitales y dentro de las cuales se pueden hallar una amplia gama de indicadores que cada gerente, director, o auditor puede seleccionar y aplicar de acuerdo a su pertinencia.

Ciertamente que la definición del desempeño está estrechamente relacionada con la conceptualización de las organizaciones y la variedad de conceptos lleva a una variedad de modelos de desempeño.

Diversos autores han propuesto una variedad de modelos argumentando que sus modelos abarcaban la totalidad del significado de desempeño. De todos estos modelos de desempeño unos cuatro modelos son los más mencionados en la literatura.

Tradicionalmente se ha hablado del Modelo de Metas del Desempeño y es el que más ha sido utilizado en los diferentes estudios organizacionales. Este modelo se corresponde con la teoría funcionalista sobre las organizaciones. De acuerdo con este modelo (Price 1972) una organización existe para lograr un número específico de objetivos específicos. La evaluación de su desempeño se lleva a cabo evaluando el grado en que estos objetivos se alcanzaron mediante la producción de la organización que implica el uso de recursos con los que dispone la organización. «En otras palabras, la evaluación del desempeño consiste en evaluar empíricamente la fortaleza de las relaciones entre recursos y resultados de la organización» (Malagón-Londoño, Pontón y Galán 2008: 549).

Estas relaciones pueden ser esquematizadas en tres componentes:

1. La relación entre recursos y resultados (producción, actividades) que en conjunto se pueden denominar productividad.
2. La relación entre resultados y logros (metas cumplidas y otros efectos) que puede ser denominadas como efectividad.
3. La relación entre recursos y logros que puede ser denominada como eficiencia.

Este modelo ha sido criticado por la evolución del concepto de organización y por la dificultad de definir y medir los resultados y los logros. Crítica que ha conducido a la propuesta de otros modelos alternativos de desempeño.

El modelo de las relaciones humanas deriva de una visión orgánica o natural de las organizaciones las cuales son percibidas como arenas políticas donde múltiples actores y coaliciones interactúan entre sí. Este modelo pone énfasis en la satisfacción de las necesidades y en las actividades que desarrollan los grupos de interés para que la organización continúe operando. El desempeño es entonces definido en términos de la salud interna de la organización utilizando constructos tales como la moral, el entorno, la cohesión y el conflicto y en última instancia en términos de la sobrevivencia de la organización.

El modelo de sistemas abiertos pone énfasis en las relaciones entre las organizaciones y su medio por lo que uno de los procesos claves es la adquisición y mantenimiento de un adecuado acceso a los recursos convirtiéndose esto en la operacionalización de los objetivos de la organización. Bajo este modelo los criterios de desempeño más valorados serán: el éxito de la adquisición de recursos, el crecimiento a través de flexibilidad, la adaptación y soporte externo.



El cuarto modelo de desempeño es el modelo de procesos internos y toma de decisiones. Según este modelo, una organización de alto desempeño es aquella que funciona armónicamente y sin tensiones internas innecesarias. Este modelo de desempeño valora las funciones de estabilidad, predictibilidad y el control, la información administrativa, la comunicación y la optimización en la toma de decisiones.

El concepto más amplio de desempeño es el de efectividad organizacional. Esta se basa en la idea de que la organización está formada por un conjunto de personas o entidades con diferentes objetivos que pueden entrar en conflicto y mide, por tanto, aspectos relacionados con la satisfacción de sus miembros.

Diferentes autores asocian el desempeño a la idea de efectividad, es decir, el grado en el cual los objetivos de la organización han sido alcanzados. Este significado del desempeño es congruente con la de efectividad organizacional de Venkatraman y Ramanujam (1986) que engloba al desempeño financiero, el operativo y los objetivos de distintos grupos de interés.

### **Medición del desempeño de los sistemas hospitalarios**

La implementación de un sistema de medición del desempeño es fundamental para un sistema de salud y para las organizaciones hospitalarias por cuanto es un instrumento de cambio en la cultura organizacional pues sirve de brújula para orientar el tránsito de la cultura de la organización.

### **Propósito de la medición del desempeño (Ver Nota 3, Anexo 8).**

#### **Definición y medición del desempeño**

En general, la medición del rendimiento busca supervisar, evaluar y comunicar hasta qué punto varios aspectos del sistema sanitario cumplen sus objetivos principales. Normalmente, estos objetivos pueden resumirse en un número limitado de indicadores, por ejemplo, salud proporcionada a los pacientes por el sistema de salud, capacidad de respuesta ante las necesidades del público, la protección financiera que ofrece y su productividad. La salud se asocia tanto a los resultados de salud después del tratamiento y al más amplio estado de salud de la población. La capacidad de respuesta refleja aspectos del comportamiento del sistema de salud que no están directamente relacionados con los resultados de la salud, como la dignidad, la comunicación, la autonomía, la prontitud del servicio, el acceso al apoyo social durante el cuidado, la calidad de los servicios básicos y la elección del proveedor. Productividad se refiere a la medida en que los recursos empleados por el sistema de salud se utilizan de manera eficiente en la búsqueda de la

eficacia. Además de preocuparse por el logro general en cada una de estas áreas, el Informe sobre la Salud en el Mundo (2000) destacó la importancia de las cuestiones distributivas (o de equidad), expresadas en términos de inequidad en los resultados de salud, aspectos de las medidas de desempeño sanitario, capacidad de respuesta y pagos (Smith 2009: 2).

Algunos indicadores en ciertas áreas de salud poblacional están muy establecidos, por ejemplo, mortalidad infantil, expectativas de vida, sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se han hecho en el desarrollo de la medición del desempeño de los sistemas de salud y en las técnicas de recolección de datos en diferentes aspectos del desempeño es necesario más estudios puesto que no existe estándares de amplia aceptación en los sistemas de salud.

La contribución de los sistemas de salud a la atención sanitaria puede captarse de manera más fiable en términos de resultados clínicos de los pacientes. Tradicionalmente, esta contribución se ha examinado utilizando la mortalidad post-tratamiento, que es un instrumento contundente. Sin embargo, el creciente interés se centra en medidas más generales de mejoras en el estado de salud del paciente, a menudo en forma de medidas de resultado informadas por el paciente. Estas medidas se derivan de simples encuestas de estado subjetivo de salud administradas directamente a los pacientes, a menudo antes y después del tratamiento. Numerosos instrumentos se han desarrollado, a menudo como ensayos clínicos. Estos toman la forma de cuestionarios específicos de enfermedades específicas o de medidas genéricas de amplio espectro. (Fitzpatrick 2009).

La tabla 1 resume los aspectos generales de la medición del desempeño.

**Tabla 1. Medición del desempeño**

<b>Área de medición</b>	<b>Descripción de medidas</b>	<b>Ejemplo de indicadores</b>
Salud de la población	Medidas de datos agregados sobre la salud de la población.	Esperanza de vida. Años de vida perdidos. Mortalidad evitable. Años de vida ajustados por discapacidad.
Resultados de salud individual	Medidas del estado de salud del individuo, que pueden ser relativos a toda la población o entre grupos. Indicadores que también aplican los rankings de utilidad a diferentes estados de salud.	Medidas genéricas: - Forma corta 36 (SF-36) - EQ-5Db Medidas específicas de la enfermedad: - Escala de medición del impacto de la artritis - El cuestionario sobre la enfermedad de Parkinson (PDQ-39)

Área de medición	Descripción de medidas	Ejemplo de indicadores
Calidad clínica y cuidado apropiado	Medidas de los servicios y atención que reciben los pacientes para lograr los resultados deseados. Medidas utilizadas para determinar si se llevan a cabo las mejores prácticas y si estas acciones se llevan a cabo de una manera tecnológicamente correcta.	Medidas de resultado: • Estado de salud. • Tasas de reingreso y mortalidad post-operatorias específicas. Medidas del proceso: • Frecuencia de la medición de la presión arterial.
Capacidad de respuesta	Medidas de la forma en que los individuos son tratados y del medio en el que se tratan durante las interacciones del sistema de salud.  Medidas relacionadas con la dignidad del paciente, la autonomía, la confidencialidad, la comunicación, la atención inmediata, el apoyo social y la calidad de los servicios básicos.	Medidas de la experiencia del paciente.  Medidas de satisfacción del paciente.
Equidad	Medidas de la medida en que hay equidad en la salud, el acceso a la atención de la salud, la capacidad de respuesta y la financiación	Medidas de utilización. Tarifas de acceso. Razones de uso y necesidades. Umbrales de gasto. Medidas de resultado desagregadas para la salud.
Productividad	Medidas de la productividad del sistema de salud, organizaciones de atención de salud y profesionales individuales.	Productividad laboral. Medidas de rentabilidad (para intervenciones). Eficiencia técnica (medidas de salida / entrada). Eficiencia de la asignación (medida por la disposición a pagar).

a) SF-36 es una encuesta de salud multipropósito y de forma corta con solo 36 preguntas.

b) EQ-5D es un instrumento estandarizado para medir el resultado de una amplia gama de condiciones de salud y tratamientos. Proporciona un perfil descriptivo simple y un valor de índice único para el estado de salud que puede usarse en la evaluación clínica y económica de la atención de salud y en encuestas de salud de la población.

Fuente: Smith et al. (2009).

Para medir el desempeño al monitorear los resultados de las intervenciones de atención de la salud a lo largo del tiempo y de los proveedores, el reto más importante es identificar la opción más apropiada del instrumento de recopilación de datos. En Inglaterra, por ejemplo, el gobierno ordenó el uso del instrumento genérico de medición de resultados EQ-5D para uso de todos los pacientes del Servicio Nacional de Salud sometidos a cuatro procedimientos comunes. Este experimento evalúa los costos de uso rutinario y verifica si la resistencia de algunos profesionales de la salud a las medidas de resultado reportadas por el paciente es sostenida. Además, aunque la relevancia de las medidas de resultado notificadas por los pacientes a la atención aguda es clara, su aplicación a áreas tales como las enfermedades crónicas y las enfermedades mentales siguen estando menos desarrolladas. Aunque las medidas de resultado clínico son el estándar de oro para medir la efectividad en el cuidado de la salud, su uso puede ser problemático; por ejemplo, si los

resultados no pueden ser evaluados de manera realista en un momento oportuno o factible. Esto es particularmente importante para las enfermedades crónicas. Las medidas del proceso se convierten entonces en señales irrefutables de éxito futuro. (Donobedian 1966).

Las medidas del proceso se basan en acciones o estructuras que se sabe están asociadas con los resultados del sistema de salud, en cuanto a salud o la capacidad de respuesta. Un ejemplo de una acción puede ser la prescripción apropiada, que es conocida como evidencia de la investigación que contribuye a buenos resultados. (Naylor, Iron, Handa 2002).

También el concepto de cobertura efectiva es una medida importante del proceso de salud de la población. La tabla 2 resume las ventajas y desventajas básicas de usar los indicadores de resultado y de proceso y las áreas donde los medidores de rendimiento son más útiles.

**Tabla 2. Utilidad de los indicadores estructurales de resultados y procesos**

<b>Tipo de indicador</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Desventajas</b>	<b>Áreas de mayor utilidad</b>
<i>Outcome</i>	Con frecuencia más importante para los grupos de interés Atención dirigida a (y objetivos de salud focalizados en) el paciente. Promueve las estrategias de salud a largo plazo. No es manipulada fácilmente.	Puede ser ambiguo y difícil de interpretar, ya que son los resultados de muchos factores difíciles de desenredar. Toma tiempo recopilar Requiere un tamaño de muestra grande para detectar efectos estadísticamente significativos Puede ser difícil de medir – para ejemplo, infección de herida.	Para medir la calidad de procedimientos homogéneos Para medir la calidad de diagnósticos homogéneos con fuertes vínculos entre intervenciones y resultados. Para medir la calidad de las intervenciones hechas a poblaciones heterogéneas Que sufren de una enfermedad común.
Procesos	Se mide fácilmente sin sesgo importante o Error. Más sensible a la calidad de la atención. Más fácil de interpretar. Requiere un tamaño de muestra menor para detectar efectos estadísticamente significativos A menudo se puede observar discretamente. Proporciona caminos claros para la acción. Captura aspectos de la atención valorada por los pacientes (aparte de los resultados).	A menudo demasiado específico, centrándose en una intervención o enfermedad particular. Pueden ser rápidamente anticuadas a medida que se desarrollan modelos de atención y tecnología. Puede tener poco valor para los pacientes a menos que entiendan cómo se relacionan con los resultados. Puede manipularse fácilmente.	Para medir la calidad de la atención, especialmente para los tratamientos donde la habilidad técnica es relativamente sin importancia. Para medir la calidad de la atención de las condiciones homogéneas en diferentes contextos.

Fuente: Naylor, Iron, Handa 2002.

El trabajo en el área de la capacidad de respuesta es intrínsecamente difícil, ya que en principio requiere encuestas generales de usuarios y no usuarios de los servicios de salud. Además, la agregación de diversas áreas en indicadores útiles resumidos de la capacidad de respuesta es problemática. (Ver nota 11. Anexo 8).

### **Aspectos metodológicos en la medición del desempeño (ver nota 9. Anexo 8)**

La tabla 3 resume algunas de las características de los buenos indicadores. La intención es desarrollar medidas de desempeño que muestren las características de aceptabilidad, factibilidad, confiabilidad, sensibilidad al cambio y validez.

**Tabla 3. Características de los buenos indicadores de desempeño**

<b>Etapa</b>	<b>Característica de indicadores</b>
Desarrollo de indicadores	<p>Validez de cara / contenido: la medida en que el indicador mide con precisión lo que pretende medir.</p> <p>Reproducibilidad: la medida en que el indicador sería el mismo si se repitiera el método por el cual se produjo.</p>
Aplicación de indicadores	<p>Aceptabilidad: la medida en que el indicador es aceptable para los evaluados y para los que realizan la evaluación.</p> <p>Factibilidad: la medida en que se dispone de datos válidos, fiables y coherentes para la recogida.</p> <p>Fiabilidad: la medida en que hay un error de medición mínimo o la medida en que los hallazgos son reproducibles si son recogidos de nuevo por otra organización.</p> <p>Sensibilidad al cambio: la medida en que el indicador tiene la capacidad de detectar cambios en la unidad de medida.</p> <p>Validez predictiva: la medida en que el indicador tiene la capacidad de predecir con precisión.</p>

Fuente: Adaptado de Campbell *et al.* por Smith (2009).

### **La medición del desempeño hospitalario (Ver Nota 4, Anexo 8).**

#### **Gestión y medición del desempeño hospitalario**

La medición del desempeño tiene muchas interrelaciones con la mejora de la calidad (QI), y se centran en el uso de los datos.

Los datos utilizados para medir el rendimiento proporciona evidencia de qué tan bien un sistema de la organización está trabajando en la actualidad y qué sucede cuando se aplican los cambios. Los datos de medición del desempeño y el mejoramiento de la calidad (QI) también apoyan y maximizan la utilidad de las herramientas de mejoramiento de la calidad. Tres importantes

conceptos son definidos como fundamentales para el mejoramiento de la calidad QI (Ver Nota 12, Anexo 8)

### **La medición del desempeño en estudios sobre la calidad total (TQM)**

El desempeño organizacional también se puede medir mediante los criterios de evaluación de los llamados modelos de la gestión de calidad total (TQM). En realidad mediante la práctica de gestión de la calidad total se promueve la orientación a resultados y desempeños superiores de las organizaciones como un indicador del éxito de la implementación de las prácticas de la gestión de calidad total.

Aunque en la literatura sobre la calidad y su ciclo de generación no se hace referencia a los resultados como un factor que se vaya a evaluar, lo cierto es que el sentido de la implementación de un sistema integral de gestión de la calidad es el logro de unos mejores resultados empresariales validados por los mercados. (Perdomo y Gonzales 2004: 96).

A partir de la afirmación de que la gestión de la calidad es una filosofía de gestión integral basada en el mejoramiento continuo de la calidad de productos y procesos, para alcanzar la satisfacción del consumidor, por lo que este modelo de comportamiento y desarrollo organizacional permite mejorar los resultados de las organizaciones. Siendo entonces que la gestión de la calidad total (TQM) un concepto multidimensional y latente que va más allá de los estándares de calidad, de los premios y modelos de evaluación, de las técnicas y herramientas de control de la calidad y se constituye a la vez en una metodología para evaluar los productos y servicios en términos de calidad como una medida del desempeño en la gestión misma y en sus resultados. En las propuestas teóricas de modelos descriptivos de la calidad las prácticas están planteadas en función de los resultados por lo tanto del desempeño. (Ver Nota 7. Anexo 8).

### **Criterios de la gestión de la calidad para medir el desempeño**

Tomando como base la estructura del Premio Nacional de la Calidad Malcolm Baldrige (MBNQA) se mencionan siete constructos que sirven para evaluar las prácticas de gestión de la calidad en hospitales:

**Liderazgo:** El liderazgo tiene la responsabilidad final de establecer la dirección estratégica y establecer sistemas que faciliten el desempeño de la organización. El liderazgo tiene múltiples dimensiones: Creación de un propósito unificador, motivación del cambio, gestión del medio ambiente, y fomentar un enfoque participativo para mejorar el rendimiento.

**Gestión de los recursos humanos:** este elemento en particular aborda la eficacia de los recursos humanos en la organización en términos de reclutamiento, contratación, entrenamiento y desarrollo, comunicación, seguridad laboral y satisfacción. Garavan (1993) sostiene que el recurso humano tiene el impacto más profundo en el desempeño de la organización.

**Atención al cliente:** Se refiere a cómo la organización atiende las necesidades y expectativas del cliente y cuán efectiva es la organización en términos de manejo de las relaciones con el cliente. Convertirse en una organización orientada al cliente se convierte en uno de los principales retos a los que se enfrentan las organizaciones (Armstrong 1999); la adaptación e implementación de estrategias dirigidas a mejorar la satisfacción del cliente debe ser la principal preocupación de toda organización.

**Planificación estratégica:** Para David (2001) la planificación estratégica es una habilidad que requiere práctica; las organizaciones que más practican esta habilidad tienen una oportunidad de mejorar su rendimiento. Este elemento se centra en cómo las organizaciones van formulando e implementando sus planes con un enfoque centrado en el cliente y en la fuerza laboral de los empleados.

**Información y análisis:** Este elemento se refiere al alcance, la gestión y el uso de datos e información para mantener un enfoque en el cliente, orientado a la calidad basada en la excelencia y la mejora del desempeño (Instituto Nacional de Normas y Tecnología 1995). Existen varias técnicas de gestión de la calidad TQM tales como gráficos de Pareto y análisis de causa y efecto que están orientados a ayudar a las organizaciones a procesar la información de manera efectiva.

**Gestión de procesos:** Desde la perspectiva de un sistema abierto, las organizaciones son vistas como una serie de subsistemas que se integran para un sistema unificado (Doyle 2000). Este elemento de TQM es responsable de evaluar cómo las organizaciones diseñan e introducen sus productos y servicios; analiza toda la cadena de suministro. Deming (1986) consideró a las organizaciones como procesos interrelacionados, y que la mejora en estos procesos es la base para mejorar el rendimiento.

**Resultados de rendimiento:** Varios elementos constituyen la base para este elemento: calidad del desempeño, desempeño operacional y desempeño empresarial, satisfacción del cliente, crecimiento organizacional y satisfacción de los empleados. Un estudio de Elg *et al.* (2013)

sugirió que los resultados de desempeño y la medición pueden conducir a mejoras en las organizaciones sanitarias.

### **Importancia de la medición del desempeño en una organización (ver Nota 8, Anexo 8).**

#### **Gestión del rendimiento**

La gestión del rendimiento es un proceso para establecer metas y verificar regularmente el progreso hacia el logro de esas metas. Incluye actividades que aseguran que los objetivos de la organización se cumplan de manera eficaz y eficiente. El objetivo general de la gestión del rendimiento es garantizar que una organización y sus subsistemas (procesos, departamentos, equipos, etc.) trabajen conjuntamente para lograr los resultados deseados por la organización. La gestión del rendimiento tiene una amplia variedad de aplicaciones, como el desempeño del personal, el desempeño del negocio, o en el cuidado de la salud, las medidas de desempeño de resultados de salud.

Dado que la gestión del rendimiento se esfuerza por alinear todos los subsistemas para lograr resultados, el enfoque de la gestión del rendimiento también debe afectar a la gestión del rendimiento general de una organización.

Una organización puede lograr el objetivo general de una gestión eficaz del desempeño mediante la participación continua en las siguientes actividades:

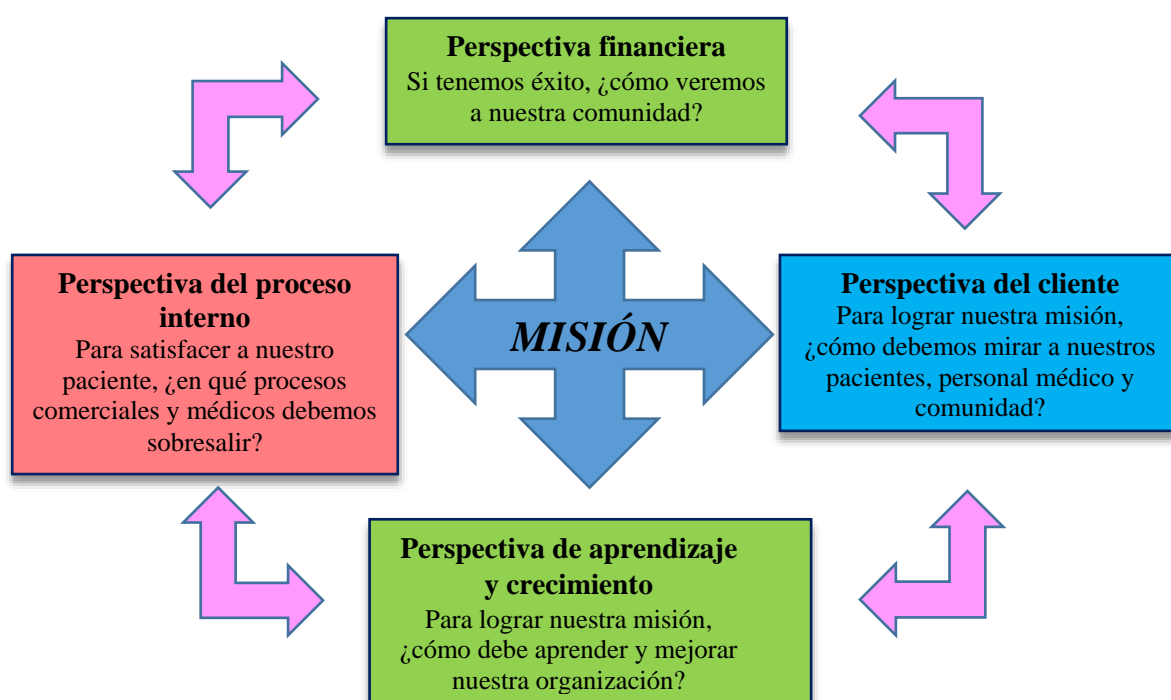
- Identificar y priorizar los resultados deseados.
- Establecer medios para medir el progreso hacia esos resultados.
- Establecimiento de normas para evaluar la eficacia de los resultados.
- Seguimiento y medición del progreso hacia los resultados.
- Intercambio de comentarios continuos entre aquellos individuos que trabajan para lograr resultados.
- Revisar periódicamente el progreso.
- Reforzar las actividades que logren resultados.
- Intervenir para mejorar el progreso cuando sea necesario.

Una forma de diseñar un sistema de gestión del rendimiento bien equilibrado es centrarse en cuatro perspectivas estratégicas derivadas del modelo de *Balanced Scorecard* (Cuadro de Mando) como se muestra en el gráfico 1.



El *Balanced Scorecard* es una herramienta de gestión del desempeño para medir si las actividades operacionales a menor escala están alineadas con objetivos de mayor escala en términos de visión y estrategia. El ejemplo que se muestra a continuación muestra que centrándose en los resultados financieros más los aspectos operativos de un programa u organización, el *Balanced Scorecard* ayuda a proporcionar una visión más completa, que a su vez ayuda a una organización a actuar en sus mejores intereses a largo plazo.

**Gráfico 1. Tablero de Mando de Control (*Balanced Scorecard*)**



Fuente: Adaptado de Kaplan & Norton por HRSA (2011: 5).

Los pasos básicos para administrar el desempeño de una organización son los mismos para cualquier medida de desempeño orientada a la mejora. En consonancia con el enfoque de este conjunto de herramientas sobre las medidas básicas clínicas de HRSA, el resto de este módulo se concentra en el manejo del desempeño dentro de las áreas clínicas. Se proporcionan ejemplos clínicos para ilustrar estos conceptos básicos. (HRSA 2011).

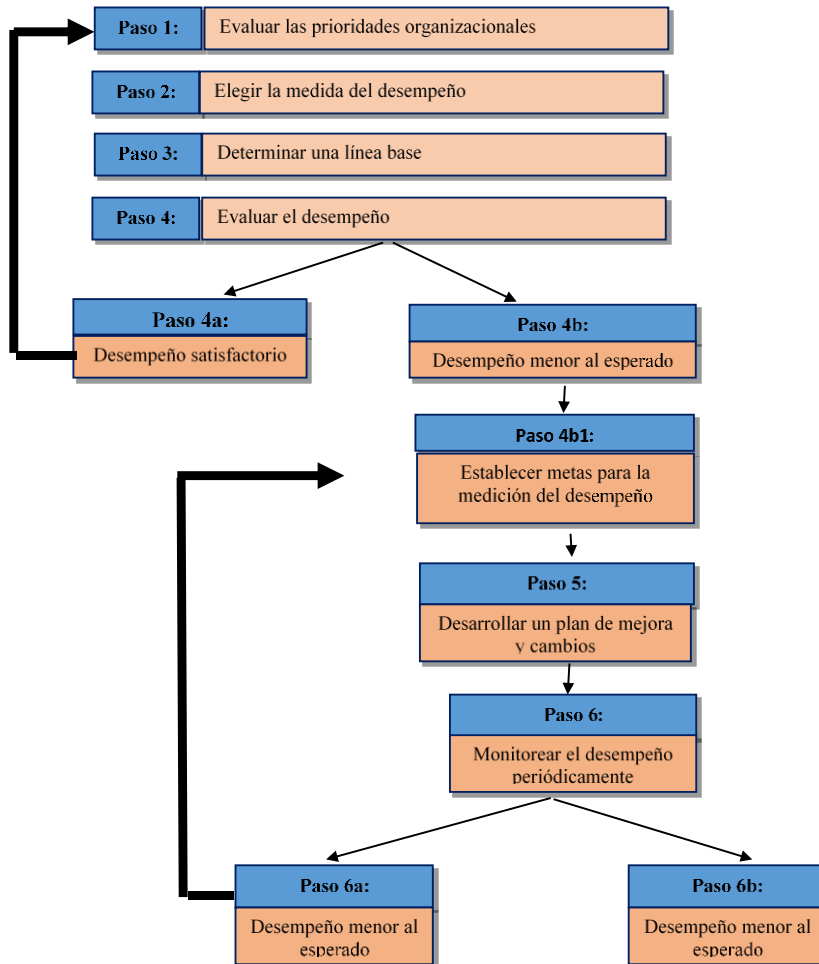
### **El proceso de gestión del desempeño**

La gestión del rendimiento abarca una serie de pasos con algunos puntos de decisión incrustados. A continuación se describe brevemente cada paso en el proceso de gestión del desempeño basado en las prácticas de las organizaciones de atención de salud eficaces.

## Mapa de proceso de la gestión de rendimiento

El mapa de procesos proporciona una visión general de los pasos críticos y el flujo, que es seguido por una descripción detallada de cada paso.

**Gráfico 2. Mapa del proceso de la gestión del desempeño**



Fuente: HRSA (2011: 6).

**Descripción del proceso de la gestión del desempeño (Nota 5, Anexo 8).**

## **Capítulo IV. Metodología**

### **1. Diseño de la investigación**

El diseño del presente estudio corresponde a una investigación no experimental y transversal. Es no experimental porque no se va a manipular ni las variables de estudio ni a los sujetos que constituyen la muestra de estudio. Es transversal por que el recojo de los datos se realiza en un momento único en el tiempo.

Gómez (2006: 102) al definir los diseños no experimentales afirma que es la «...investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Lo que hacemos es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. En la investigación no experimental no es posible asignar aleatoriamente a los participantes o tratamientos. De hecho, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. En un experimento se “construye” una realidad, se desarrolla en un ambiente artificial. En cambio, en un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. En resumen, en un estudio no experimental los sujetos ya pertenecían a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por autoselección».

Respecto a los diseños transversales, este autor sostiene que: «Los diseños de investigación transeccionales o transversales recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (o describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos)». (Gómez 2006: 102).

### **2. Conveniencia del diseño**

La conveniencia del diseño no experimental y transversal está en que estos diseños de investigación permiten recopilar datos en breve tiempo y de acuerdo a la realidad existente sin manipular variables por lo que permite un análisis descriptivo de la realidad.

### **3. Definición del alcance de la investigación: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa**

Conforme a los objetivos de la presente investigación la investigación según su alcance es de tipo descriptiva y correlacional.

Basándonos esencialmente en Hernández y Baptista (2003) y Vieytes (2004), la presente investigación responde al nivel descriptivo que se orienta a medir o recoger información independiente o conjunta, sin necesidad de establecer relaciones entre las variables medidas. Para Narváez (2009: 182): «Los estudios correlacionales miden las dos o más variables que se pretende ver si están o no correlacionadas en el mismo sujeto y después se analiza la correlación. El propósito y utilidad principal de los estudios correlacionales son de saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas». (p. 182)

#### **4. Formulación de la hipótesis**

##### **Hipótesis general**

Las prácticas de gestión de la calidad se relacionan directa y significativamente con el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

##### **Hipótesis específicas**

1. Las prácticas de liderazgo influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.
2. Las prácticas de planificación estratégica de la calidad influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.
3. Las prácticas de gestión de la calidad orientada hacia el paciente influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.
4. Las prácticas de gestión de la calidad de la información influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.
5. Las prácticas de gestión de calidad de recursos humanos influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.
6. Las prácticas de gestión de la calidad de procesos influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

#### **5 Población y muestra**

##### **Población**

La población está constituida por todo el personal médico, y directivos del Hospital Essalud II Cañete. Seguridad Social.

En la población de médicos se incluyeron todos los médicos del hospital mencionado, con la exclusión de los médicos jefes y directivos quienes fueron agrupados en la población de directivos de acuerdo al cargo jefatural.

**Tabla 4. Población de médicos y directivos**

Hospital	Médicos	Directivos	Total
Hospital Essalud II Cañete	37	11	48
Total	77,1%	22,9%	100%

Fuente: Elaboración propia 2017.

### Cálculo de la muestra

El tamaño muestral para médicos y directivos fue fijado con un margen de error de 0,05 y un nivel de confianza de 0,95%, utilizando la fórmula de Cochran (1990), donde el estimador es el porcentaje de elección de cada elemento:



Donde:

p = Probabilidad de ocurrencia del evento

q = Probabilidad de no ocurrencia

e = Márgenes de error permitido

Z = Nivel de confianza

n = Población

Con esta fórmula se obtuvo los siguientes resultados para cada población:

**Tabla 5. Muestra de médicos y directivos**

Hospital	Médicos	Directivos	Total
Hospital Essalud II Cañete	33	10	43
Total	77,1%	22,9%	100%

Fuente: Elaboración propia 2017.

## 6. Recolección de datos

### Técnica

Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta tomando como unidad de análisis a un médico, y un directivo del Hospital Essalud Cañete.

## **Instrumento**

Como instrumento se empleó un cuestionario el cual es una adaptación del instrumento validado por Sabella, Kashou & Omran (2014) quienes examinaron el desempeño organizacional en varios hospitales usando los criterios del Premio Nacional de Calidad Malcolm Baldrige (MBNQA). Los autores probaron la validez y confiabilidad de los constructos TQM y su relación con el desempeño organizacional de los hospitales. El cuestionario mide tanto las prácticas de gestión de acuerdo al Modelo de Calidad Total y el desempeño hospitalario (anexo 2).

## **7. Análisis e interpretación de resultados**

Los datos recopilados se clasifican y tabulan para su análisis mediante técnicas estadísticas descriptivas que permite describir los resultados mediante distribución de frecuencias y mediante medidas de tendencia central.

Para el procesamiento de los datos obtenidos por la encuesta se utiliza el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (Statistical Package for Social Sciences) en español versión 22.0.

El SPSS permite elaborar una base de datos para registrar la información recogida para todos los indicadores de las variables de estudio. Asimismo, permite presentar los datos en tablas de contingencia para efectuar el correspondiente análisis de frecuencia univariable.

Para el análisis de los datos se usan las técnicas de estadística inferencial las cuales permiten contrastar las hipótesis de investigación. Específicamente se aplican pruebas Chi cuadrado para determinar la asociación entre variables y el análisis correlacional bivariado para hallar el coeficiente de correlación entre las variables de estudio.

## **8. Aspectos éticos**

Considerando la importancia de cumplir con todos los criterios éticos de una investigación biomédica, se tuvo presente el cumplimiento de los criterios de valor social, validez científica, selección adecuada de los participantes, evaluación del riesgo beneficio, no tener conflictos de interés y siempre contar con el respeto por los participantes. (Emanuel Wendler & Grady 2000).

## Capítulo V. Resultados

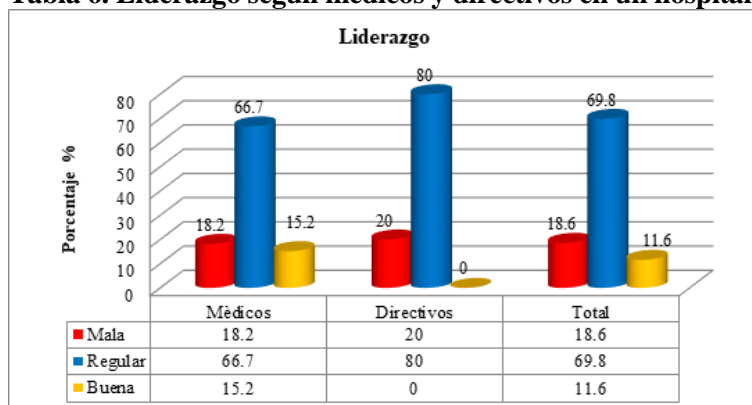
### Análisis descriptivo

En el análisis descriptivo que sigue a continuación, se analizan las mediciones que se han realizado de las variables prácticas de gestión de la calidad y sus dimensiones: liderazgo, planificación estratégica, orientación hacia el paciente y la salud pública, información y análisis, orientación a los recursos humanos y la dimensión gestión de procesos. Así como de la variable desempeño organizacional del hospital y sus dimensiones: resultados del desempeño, eficiencia y efectividad, continuidad, y empleo de recursos. Cada una de las dimensiones que es resultado de la suma de las puntuaciones de varios ítems ha sido calificada en una escala de tres categorías. Los gráficos y las tablas representan los resultados tanto del total de la muestra, así como de los segmentos de médicos y directivos, lo cual permite comparar la percepción de las prácticas de gestión de la calidad y el desempeño organizacional desde la percepción de estos dos grupos.

### Variable gestión hospitalaria

#### Dimensión: Liderazgo

**Tabla 6. Liderazgo según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017**

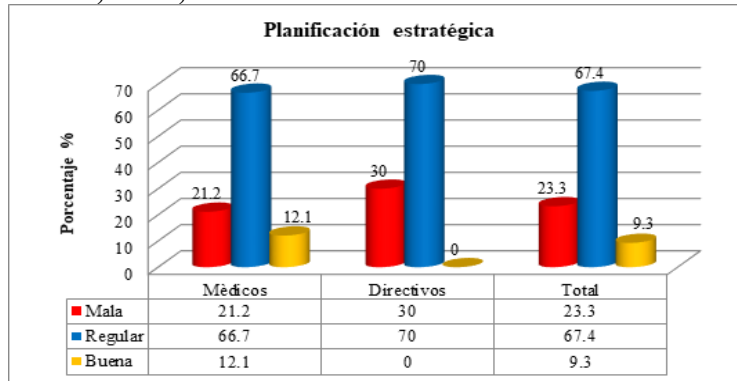


Fuente: Elaboración propia 2017.

En la tabla se aprecia que, del total de médicos, el 18,2% consideran que el liderazgo es malo; el 66,7% consideran que el liderazgo es regular y solo un 15,2% considera que es bueno. Mientras que del total de directivos el 80% opina que el liderazgo es regular y el 20% consideran que el liderazgo es malo. En la muestra total se halló que el 69,8% de la muestra de médicos y directivos, consideran el liderazgo como regular; el 18,6% como malo y el 11,6% como bueno (ver tabla 6). Desde la percepción de los directivos, nadie considera las prácticas de liderazgo en la gestión del hospital en nivel bueno a pesar de que los directivos son los que ejecutan las tareas de gestión del hospital, sin embargo, todos perciben el liderazgo entre malo y regular. En percepción del liderazgo entre los médicos es mayoritariamente regular al igual que los directivos.

**Dimensión: Planificación estratégica**

**Tabla 7. Planificación estratégica según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017**



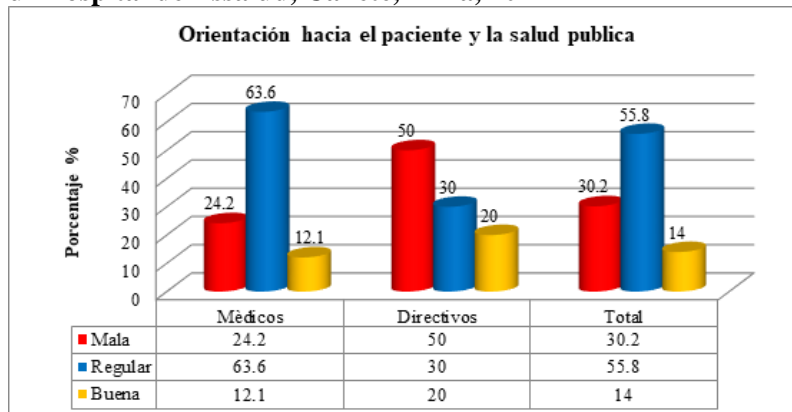
Fuente: Elaboración propia 2017.

De la tabla se aprecia que, del total de médicos, el 21,2% consideran que la planificación estratégica es mala; el 66,7% consideran que la planificación estratégica es regular y un 12,1% considera que es buena. Mientras que del total de directivos el 70% opina que la planificación estratégica es regular y el 30% consideran que la planificación estratégica es mala. En la muestra total de médicos y directivos se halló que el 67,4% consideran las prácticas de planificación estratégica como regular, el 23,3% como mala y el 9,3% como buena (ver tabla 7).

Al comparar los resultados de la variable liderazgo desde la percepción de los directivos, con los resultados en la dimensión planificación estratégica, ninguno de los directivos llega a percibir la planificación estratégica en el hospital como buena y entre médicos la calificación de buena cae tres puntos en esta dimensión en comparación con la dimensión liderazgo.

**Dimensión: Orientación hacia el paciente y la salud pública**

**Tabla 8. La orientación hacia el paciente y la salud pública según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017**



Fuente: Elaboración propia 2017.

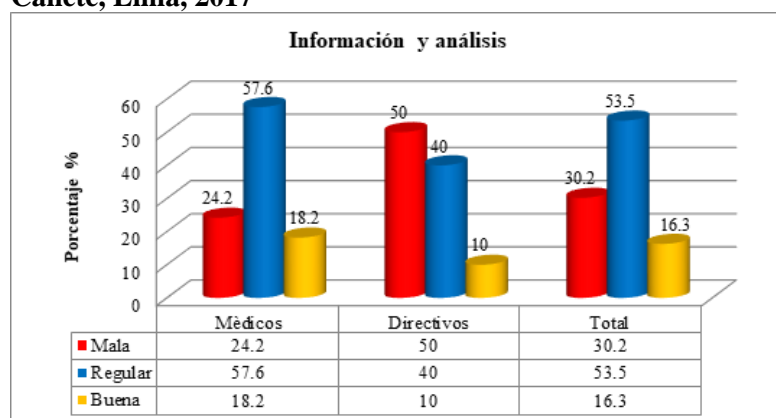


De la tabla se aprecia que, del total de médicos, el 24,2% consideran que la orientación hacia el paciente y la salud públicas mala; el 63,6% consideran que la orientación hacia el paciente y la salud públicas regular y 12,1% la califica como buena. Mientras que del total de directivos el 30% opina que la orientación hacia el paciente y la salud pública es regular y el 50% consideran que la orientación hacia el paciente y la salud pública mala y 20% considera que es buena. Considerando el total de la muestra, se halló que el 55,8% percibe que la gestión del hospital tiene orientación hacia el paciente y la salud pública en un nivel regular: el 30,2% en nivel malo y el 14% en un nivel bueno (ver tabla 8).

En comparación con las variables de liderazgo y planeamiento estratégico que obtuvieron calificaciones de mala y regular desde la percepción de los directivos, la variable de orientación al paciente y la salud pública obtiene una calificación de buena. Los médicos en cambio, tienen una percepción más favorable en el desempeño de las tres variables aunque prevalece la calificación de regular y mala.

#### Dimensión: Información y análisis

**Tabla 9. La información y análisis según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017**



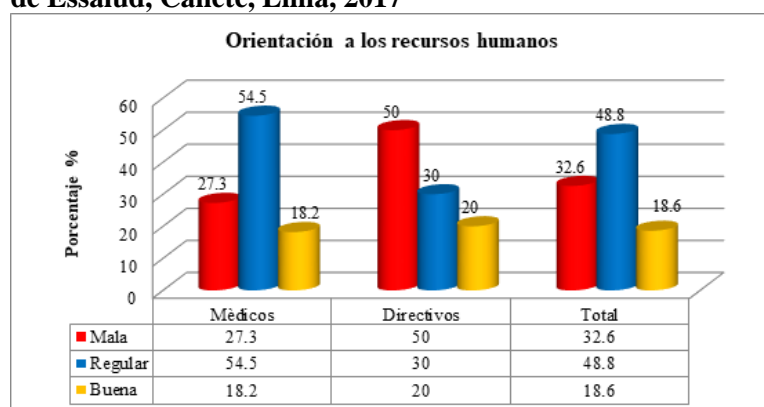
Fuente: Elaboración propia 2017.

De la tabla se aprecia que del total de médicos, el 24,2% consideran que la variable información y análisis es mala; el 57,6% consideran que información y análisis es regular. Mientras que del total de directivos el 40% opina que información y análisis es regular y el 50% consideran que información y análisis es mala, en tanto que 10% considera que es buena. En la muestra total de médicos y directivos del hospital, se halló que el 53,5% consideraba las prácticas de información y análisis como regular, el 30,2% como mala y el 16,3% como buena (ver tabla 9).

En comparación con las variables de liderazgo y planeamiento estratégico en la que el porcentaje de directivos que calificaban de mala era menor, en la dimensión información y análisis, se registra un mayor porcentaje de directivos que califican como mala, similar a la dimensión orientación hacia el paciente lo que podría evidenciar que son los directivos los que tienen una peor percepción en esta dimensión, a diferencia de los médicos que perciben casi en las mismas proporciones que las anteriores dimensiones.

### Dimensión: Orientación a los Recursos Humanos

**Tabla 10. La orientación a los recursos humanos según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017**



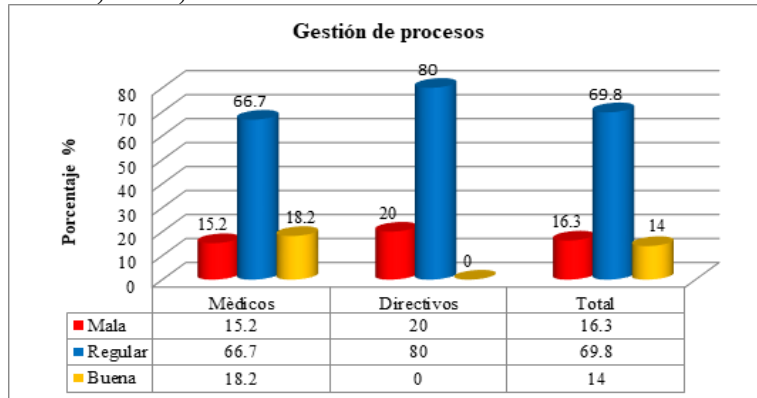
Fuente: Elaboración propia 2017.

De la tabla se aprecia que del total de médicos, el 27,3% consideran que la orientación a los recursos humanos es mala; el 54,5% consideran que la orientación a los recursos humanos es regular. Mientras que del total de directivos el 30% opina que la orientación a los recursos humanos es regular y el 50% consideran que orientación a los recursos humanos es mala. En la muestra total se halló que el 48,8% considera como regular la orientación de la gestión hacia los recursos humanos, el 32,6% como mala y el 18,6% como buena (ver tabla 10).

Similar a la dimensión de información y análisis, que los directivos predominantemente calificaban de mala, en la dimensión orientación a los recursos humanos también predomina la calificación de mala entre los directivos, en tanto que los médicos casi tienen la misma percepción predominante de regular en las dos variables.

**Dimensión: Gestión de procesos**

**Tabla 11. La gestión de procesos según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017**



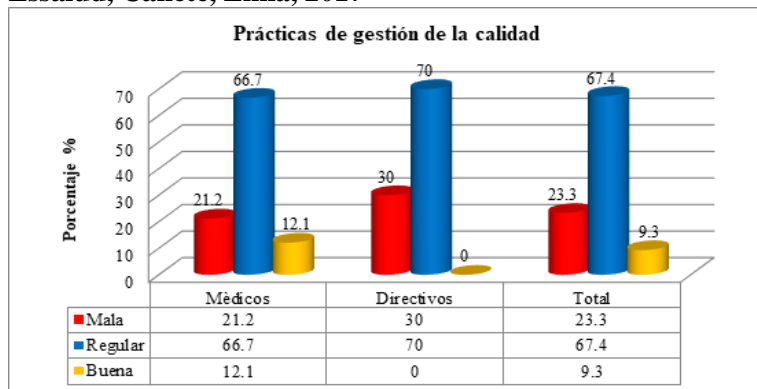
Fuente: Elaboración propia 2017.

De la tabla se aprecia que del total de médicos, el 15,2% consideran que la gestión de proceso es mala; el 66,7% consideran que la gestión de procesos es regular. Mientras que del total de directivos el 80% opina que la gestión de procesos es regular y el 20% consideran que la gestión de procesos es mala. En la muestra total de médicos y directivos se halló que el 69,8% considera como regular el diseño de procesos en el hospital, el 16,3% como mala y el 14% como buena (ver tabla 11).

Comparativamente a los resultados en las dimensiones liderazgo y planificación estratégica en la que los directivos percibían como mala y regular y nadie calificaba como buena, en la dimensión gestión de procesos ningún directivo llega a calificar como buena siendo los médicos los que califican la dimensión de gestión de procesos en las tres calificaciones, aunque principalmente como regular al igual que los directivos.

**Variable: Prácticas de gestión de la calidad**

**Tabla 12. Prácticas de gestión de la calidad según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017**



Fuente: Elaboración propia 2017.

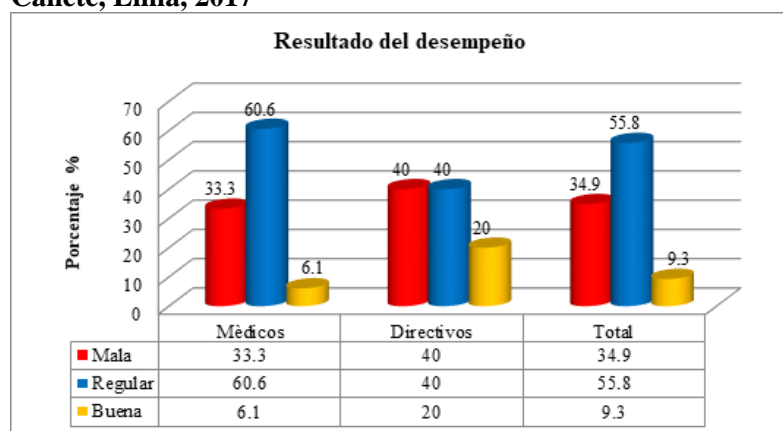
De la tabla se aprecia que, del total de médicos, el 21,2% consideran que las prácticas de gestión de la calidad son malas; el 66,7% consideran que las prácticas de gestión de la calidad son regulares. Mientras que del total de directivos el 70% opina que las prácticas de gestión de la calidad son regulares y el 30% consideran que las prácticas de gestión de la calidad son malas. En la muestra total de médicos y directivos se halló que el 67,4% percibe las prácticas de gestión de la calidad como regular, el 23,3% como mala y el 9,3% como buena (ver tabla 12).

Considerando el total de ítems y dimensiones que miden la variable prácticas de gestión de la calidad, tanto médicos y directivos perciben esta variable en un nivel regular preferentemente. Sin embargo, donde existen mayores diferencias es en la calificación de buena pues los directivos no llegan a percibir las prácticas de gestión de la calidad como buena, a diferencia de los médicos en que se encuentra un 12,1% de ellos que si llegan a calificar como buena la variable prácticas de gestión de la calidad.

**Variable: Desempeño**

**Dimensión: Resultados del desempeño**

**Tabla 13. Resultado del desempeño según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017**



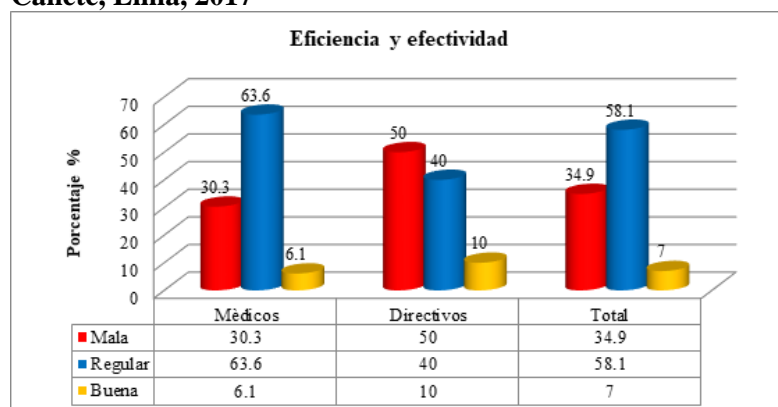
Fuente: Elaboración propia 2017.

En la tabla se aprecia que del total de médicos, el 33,3% considera el desempeño organizacional como malo; el 60,6% considera que el resultado de desempeño organizacional es regular. Mientras que del total de directivos el 40% opinan que el resultado del desempeño es regular y el 40% consideran que el resultado del desempeño organizacional es malo. En la muestra total de médicos y directivos del hospital se halló que el 55,8% percibe los resultados del desempeño como regular, el 34,9% como mala y el 9,3% como buena (ver tabla 13).

La misma proporción de directivos que califican la dimensión resultado del desempeño como mala también la califican de regular y una pequeña proporción de directivos la califica como buena, al igual que existe una pequeña proporción de médicos que si bien califican los resultados del desempeño como buenos prevalece la calificación de regular tanto en médicos como en directivos.

### Dimensión: Eficiencia y efectividad

**Tabla 14. Eficiencia y efectividad según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017**



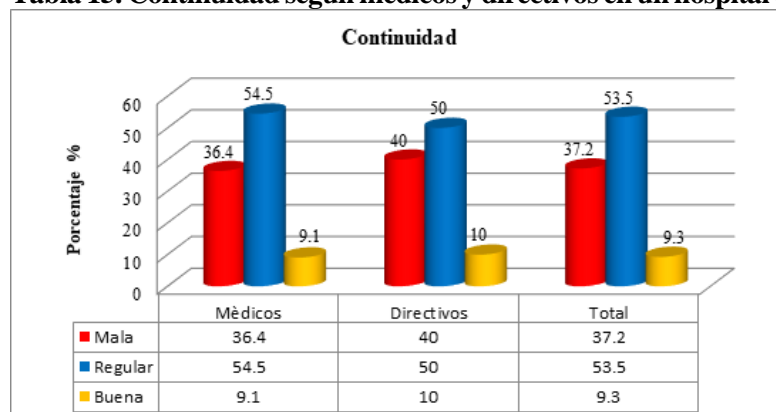
Fuente: Elaboración propia 2017.

En la tabla se aprecia que del total de médicos, el 30,3% consideran que la eficiencia y efectividad es mala; el 63,6% consideran que la eficiencia y efectividad es regular. Mientras que del total de directivos el 50% opina que la eficiencia y efectividad es mala y el 40% consideran que el resultado de la eficiencia y efectividad es regular. En la muestra total de médicos y directivos del hospital se halló que el 58,1% considera como regular, la eficiencia y efectividad de los procesos y servicios, el 34,9% considera como mala y el 7% considera como buena (ver tabla 14).

A diferencia de la dimensión resultados del desempeño, en la que existe un 40% de directivos que califican como mala, en la dimensión eficiencia y efectividad este porcentaje aumenta a 50% entre los directivos y disminuye a la mitad los directivos que la califican de buena. Entre los médicos existe una distribución similar tanto en la variable resultado del desempeño como en la variable eficiencia y efectividad.

### Dimensión: Continuidad de la atención

**Tabla 15. Continuidad según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017**



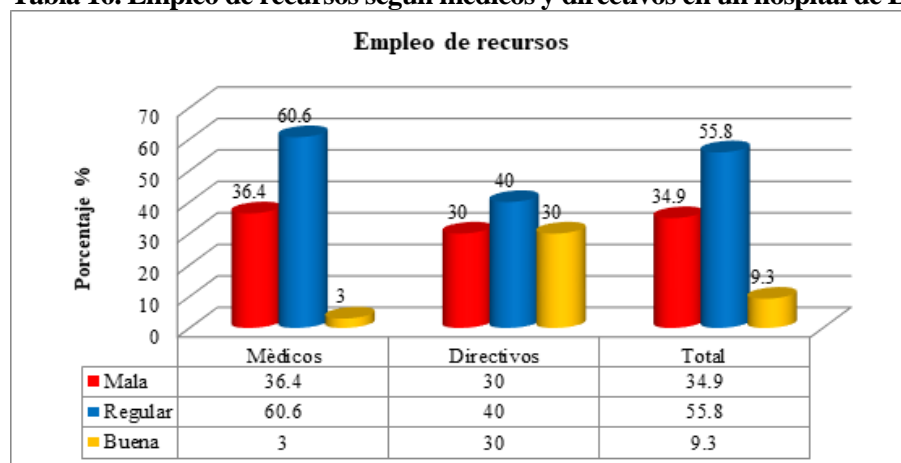
Fuente: Elaboración propia 2017.

De la tabla se aprecia que del total de médicos, el 36,4% consideran que la continuidad es mala; el 54,5% consideran que la continuidad es regular. Mientras que del total de directivos el 50% opina que la continuidad es regular y el 40% consideran que la continuidad es mala. En la muestra total de médicos y directivos del hospital se halló que el 53,5% considera la continuidad en la atención de los pacientes, del personal y en el soporte de recursos como regular, el 37,2% como mala y el 9,3% como buena (ver tabla 15).

En comparación a las dimensiones de resultados del desempeño y eficiencia y efectividad, en las que el porcentaje de directivos y médicos son muy variables en las tres categorías, en la dimensión continuidad, tanto médicos como directivos califican de buena, regular y mala la dimensión continuidad casi en la misma proporción.

### Dimensión: Empleo de recursos

**Tabla 16. Empleo de recursos según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, 2017**



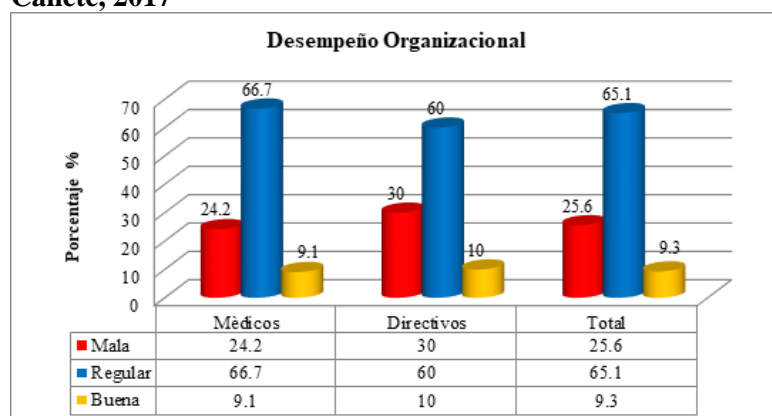
Fuente: Elaboración propia 2017.

De la tabla se aprecia que, del total de médicos, el 36,4% consideran el empleo de recursos es malo; el 60,6% consideran que el empleo de recursos es regular. Mientras que del total de directivos el 30% opina el resultado del desempeño es malo y el 40% consideran que el empleo de recursos es regular. En la muestra total de médicos y directivos del hospital se halló que el 55,8% considera el empleo de recursos como regular el 34,9% como malo y el 9,3% como bueno (ver tabla 16).

A diferencia de las tres dimensiones anteriores, resultados de desempeño, eficiencia y efectividad, en la dimensión empleo de recursos, existen un mayor porcentaje de directivos que perciben esta dimensión como buena. Aunque prevalece la calificación de regular entre médicos y directivos en todas las dimensiones, Existen pocos médicos que lo perciben como Buena a diferencia de los directivos.

**Variable: Desempeño organizacional**

**Tabla 17. Desempeño organizacional según médicos y directivos en un hospital de Essalud, Cañete, 2017**



Fuente: Elaboración propia 2017.

De la tabla se aprecia que, del total de médicos, el 24,2% consideran el desempeño organizacional como malo; el 66,7% consideran que el resultado de desempeño organizacional es regular. Mientras que del total de directivos el 60% opina que el resultado del desempeño es regular y el 30% consideran que el resultado del desempeño organizacional es malo. En la muestra total de médicos y directivos se halló que el desempeño organizacional del hospital es percibido en un 65,1% mayoritariamente como regular, 25,6% como mala y solo un 9,3% como buena (ver tabla 17).

### **Contrastación de hipótesis**

En la estadística inferencial, un contraste de hipótesis denominado también test de hipótesis o prueba de significación, se define como «el procedimiento estadístico que permite determinar la verdad o falsedad de una afirmación acerca de uno o más parámetros» (Gonzales 2006: 71).

Las técnicas utilizadas en el contraste de hipótesis consisten en la observación de una muestra de estudio la cual aportará la información necesaria para hacer el contraste de hipótesis. «La lógica de los contrastes de hipótesis es similar a la de los juicios penales, donde debe decidirse si el acusado es inocente o culpable, partiendo de la presunción de inocencia (hipótesis nula). La culpabilidad del acusado sería la hipótesis alternativa (hipótesis de investigación). El juicio consiste en aportar evidencia para rechazar la hipótesis nula de inocencia fuera de toda duda razonable. De acuerdo al principio de simplificada científica, solo debemos rechazar un modelo simple en favor de otro más complejo si existe una clara evidencia en contra del primero». (Alegría 2005: 339).

La metodología del contraste de hipótesis consiste en estimar el valor de la significancia estadística que en las investigaciones sociales se ha establecido el valor de  $\alpha = 0,05$  que es un valor de probabilidad y los criterios de decisión ante resultados por encima o por debajo del valor de significancia (0,05) siendo que por encima de 0,05 se acepta la hipótesis nula y por debajo se rechaza la hipótesis nula y por consiguiente se acepta la hipótesis alterna. De acuerdo a los resultados entonces, se dirime cuál de las dos hipótesis es verdadera la hipótesis nula  $H_0$  o la hipótesis alterna  $H_1$  o de investigación.

Con el objeto de comprobar las hipótesis formuladas en esta investigación se utilizó como estadístico de prueba el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) el cual es una prueba estadística que «mide el grado de relación lineal entre dos variables cuantitativas, tomando valores entre -1 y 1. Los valores próximos a 1 indican una fuerte asociación lineal positiva (a medida que aumentan de una de las dos variables, aumenta la de la otra); los valores próximos a 0 indican que no existe asociación lineal entre las variables» (Tomás-Sábado 2010: 94).

En la presente investigación se estiman las correlaciones estadísticas entre variables y entre dimensiones de la primera variable prácticas de gestión de la calidad y la variable desempeño organizacional del hospital.



## Hipótesis específica 1

### 1. Formulación de hipótesis nula

Ho: Las prácticas de liderazgo no influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

Hi: Las prácticas de liderazgo influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

2. Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05$  (para un nivel de confianza de 95%).

### 3. Criterios de decisión:

Si  $p\_valor > 0,05$  se acepta la hipótesis nula

Si  $p\_valor < 0,05$  se rechaza la hipótesis nula

4. Estadístico de prueba: coeficiente de correlación de Pearson.

**Tabla 18. Correlación de Pearson entre el liderazgo y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete, 2017**

	Médicos	Directivos	Total
Correlación de Pearson	0,705	0,615	0,68
N	33	10	43
P	0,000*	0,05	0,000*

\* $p < 0,05$  significativo

Fuente: Elaboración propia, 2017

Según la tabla 18, el grado de correlación entre la dimensión liderazgo y la variable resultado de desempeño está determinado por Pearson con valor de 0,705 para médicos, 0,615 para directivos y 0,618 para el total, lo cual indica una correlación moderada respectivamente, y se observa que  $p$  tiene un valor de 0,000 para médicos, 0,05 para directivos y 0,000 para el total, donde  $p < 0,05$  en los dos casos, entonces la relación de la variable mencionada es significativa, es decir, las prácticas de liderazgo influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

## Hipótesis específica 2

### 1. Formulación de hipótesis nula

Ho: Las prácticas de planificación estratégica de la calidad no influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

Hi: Las prácticas de planificación estratégica de la calidad influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

**2. Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05$  (para un nivel de confianza de 95%).

### 3. Criterios de decisión

Si  $p\_valor > 0,05$  se acepta la hipótesis nula

Si  $p\_valor < 0,05$  se rechaza la hipótesis nula

**4. Estadístico de prueba:** coeficiente de correlación de Pearson.

**Tabla 19. Correlación de Pearson entre la planificación estratégica y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete 2017**

	Médicos	Directivos	Total
Correlación de Pearson	0,498	0,878	0,63
N	33	10	43
P	0,003*	0,001*	0,000*

\* $p < 0,05$  significativo

Fuente: Elaboración propia 2017.

Según la tabla 19, el grado de correlación entre la dimensión planificación estratégica y la variable resultado de desempeño está determinado por Pearson con valor de 0,498 para médicos, 0,878 para directivos y 0,63 para el total, lo cual indica una correlación moderada respectivamente, asimismo, se observa que  $p$  tiene un valor de 0,003 para médicos, 0,001 para directivos y 0,000 para el total, donde  $p < 0,05$  en los tres casos, entonces, la relación de las variables mencionadas es significativa, es decir, las prácticas de gestión estratégica de la calidad influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

### Hipótesis específica 3

#### 1. Formulación de hipótesis nula

Ho: Las prácticas de gestión de la calidad orientada hacia el paciente no influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

Hi: Las prácticas de gestión de la calidad orientada hacia el paciente influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

**2. Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05$  (para un nivel de confianza de 95%).

### 3. Criterios de decisión

Si  $p\_valor > 0,05$  se acepta la hipótesis nula

Si  $p\_valor < 0,05$  se rechaza la hipótesis nula

**4. Estadístico de prueba:** coeficiente de correlación de Pearson.

**Tabla 20. Correlación de Pearson entre la orientación al paciente y salud pública y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete, 2017**

	Médicos	Directivos	Total
Correlación de Pearson	0,648	0,668	0,645
N	33	10	43
P	0,000*	0,04*	0,000*

\*p<0,05 significativo. Fuente: Elaboración propia 2017.

Según la tabla 20, el grado de correlación entre la dimensión orientación al paciente y salud pública y la variable resultado de desempeño está determinado por Pearson con valor de 0,648 para médicos, 0,668 para directivos y 0,645 para el total, lo cual indica una correlación moderada respectivamente, asimismo, se observa que p tiene un valor de 0,000 para médicos, 0,04 para directivos y 0,000 para el total, donde  $p < 0,05$  en los tres casos, entonces, la relación de las variables mencionadas es significativa, es decir, las prácticas de gestión de la calidad orientada hacia el paciente influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

#### **Hipótesis específica 4**

##### **1. Formulación de hipótesis nula**

Ho: Las prácticas de gestión de la calidad de la información no influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

Hi: Las prácticas de gestión de la calidad de la información influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

**2. Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05$  (para un nivel de confianza de 95%).

##### **3. Criterios de decisión**

Si  $p_{valor} > 0,05$  se acepta la hipótesis nula

Si  $p_{valor} < 0,05$  se rechaza la hipótesis nula

**4. Estadístico de prueba:** coeficiente de correlación de Pearson.

**Tabla 21. Correlación de Pearson entre la información y análisis y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete, 2017**

	Médicos	Directivos	Total
Correlación de Pearson	0,54	0,701	0,613
N	33	10	43
P	0,001*	0,03*	0,000*

\*p<0,05 significativo. Fuente: Elaboración propia 2017.

Según la tabla 21, el grado de correlación entre la dimensión información y análisis y la variable resultado de desempeño está determinado por Pearson con valor de 0,54 para médicos, 0,701 para directivos y 0,613 para el total, lo cual indica una correlación moderada respectivamente, asimismo, se observa que el p\_valor tiene un valor de 0,001 para médicos, 0,03 para directivos y 0,000 para el total, donde  $p < 0,05$  en los tres casos, entonces, la relación de las variables mencionadas es significativa, es decir, las prácticas de gestión de la calidad de la información influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

### Hipótesis específica 5

#### 1. Formulación de hipótesis nula

Ho: Las prácticas de gestión de calidad de recursos humanos no influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

Hi: Las prácticas de gestión de calidad de recursos humanos influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

2. Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05$  (para un nivel de confianza de 95%).

#### 3. Criterios de decisión

Si  $p\_valor > 0,05$  se acepta la hipótesis nula

Si  $p\_valor < 0,05$  se rechaza la hipótesis nula

4. Estadístico de prueba: coeficiente de correlación de Pearson.

**Tabla 22. Correlación de Pearson entre la orientación a los recursos humanos y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete, 2017**

	Médicos	Directivos	Total
Correlación de Pearson	0,75	0,654	0,706
N	33	10	43
P	0,000*	0,004*	0,000*

\* $p < 0,05$  significativo

Fuente: Elaboración propia 2017.

Según la tabla 22, el grado de correlación entre la dimensión orientación a los recursos humanos y la variable resultado de desempeño está determinado por Pearson con valor de 0,75 para médicos, 0,654 para directivos y 0,706 para el total, lo cual indica una correlación moderada respectivamente, asimismo, se observa que p tiene un valor de 0,000 para médicos, 0,004 para directivos y 0,000 para el total, donde  $p < 0,05$  en los tres casos, entonces, la relación de las

variables mencionadas es significativa, es decir, las prácticas de gestión de calidad de recursos humanos influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

### **Hipótesis específica 6**

#### **1. Formulación de hipótesis nula**

Ho: Las prácticas de gestión de la calidad de procesos no influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

Hi: Las prácticas de gestión de la calidad de procesos influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

**2. Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05$  (para un nivel de confianza de 95%).

#### **3. Criterios de decisión**

Si  $p\_valor > 0,05$  se acepta la hipótesis nula

Si  $p\_valor < 0,05$  se rechaza la hipótesis nula

**4. Estadístico de prueba:** coeficiente de correlación de Pearson.

**Tabla 23. Correlación de Pearson entre la gestión de procesos y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete, 2017**

	<b>Médicos</b>	<b>Directivos</b>	<b>Total</b>
Correlación de Pearson	0,686	0,818	0,684
N	33	10	43
P	0,000*	0,004*	0,000*

\* $p < 0,05$  significativo. Fuente: Elaboración propia 2017.

Según la tabla 23, el grado de correlación entre la dimensión gestión de procesos y la variable resultado de desempeño está determinado por el coeficiente de Pearson con valor de 0,686 para médicos, 0,818 para directivos y 0,684 para el total, lo cual indica una correlación moderada respectivamente, asimismo, se observa que  $p\_valor$  tiene un valor de 0,000 para médicos, 0,004 para directivos y 0,000 para el total, donde  $p < 0,05$  en los tres casos, entonces, la relación de las variables mencionadas es significativa, es decir, las prácticas de gestión de la calidad de procesos influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

### **Hipótesis general**

#### **1. Formulación de hipótesis nula**

Ho: Las prácticas de gestión de la calidad no se relacionan directa y significativamente con el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

Hi: Las prácticas de gestión de la calidad se relacionan directa y significativamente con el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.

**2. Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05$  (para un nivel de confianza de 95%)

### 3. Criterios de decisión

Si  $p\_valor > 0,05$  se acepta la hipótesis nula

Si  $p\_valor < 0,05$  se rechaza la hipótesis nula

**4. Estadístico de prueba:** coeficiente de correlación de Pearson.

**Tabla 24. Correlación de Pearson entre las prácticas de gestión de la calidad y el resultado del desempeño en un Hospital Essalud de Cañete, 2017**

	Médicos	Directivos	Total
Correlación de Pearson	0,784	0,844	0,803
N	33	10	43
P	0,000*	0,002*	0,000*

\* $p < 0,05$  significativo

Fuente: Elaboración propia 2017.

Según la tabla 24, el grado de correlación entre la variable prácticas de gestión de la calidad y la variable resultado de desempeño está determinado por Pearson con valor de 0,784 para médicos, 0,844 para directivos y 0,803 para el total, lo cual indica una correlación alta respectivamente, asimismo, se observa que  $p\_valor$  tiene un valor de 0,000 para médicos, 0,002 para directivos y 0,000 para el total, donde  $p < 0,05$  en los tres casos, entonces, la relación de las variables mencionadas es significativa, es decir, las prácticas de gestión de la calidad se relacionan directa y significativamente con el desempeño organizacional en el hospital Essalud de Cañete.

### Discusión de resultados

Siendo el objetivo de la presente investigación determinar la relación que existe entre la variable prácticas de gestión de la calidad y la variable desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete, además de establecer la correlación entre las dimensiones de la primera variable y la segunda variable, se estimaron los correspondientes coeficientes de correlación de Pearson para verificar si se cumplían las hipótesis en la muestra de estudio. En la presente investigación se hallaron los siguientes resultados:

Respecto a la hipótesis general: las prácticas de gestión de la calidad se relacionan directa y significativamente con el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete debido a

que entre estas variables se ha hallado un considerable coeficiente de correlación ( $r= 0,803$ ) y una relación significativa ( $p\_valor < 0,05$ ) por lo que la hipótesis general queda verificada (ver tabla 24).

Respecto a la hipótesis específica 1: los resultados han proporcionado suficiente evidencia para aceptar la hipótesis de que las prácticas de liderazgo influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete, debido a que se estimó un considerable coeficiente de correlación ( $r= 0,68$ ) y se verifica la existencia de una significancia estadística ( $p\_valor = 0,00$ ) por lo que la hipótesis específica 1 queda verificada (ver tabla 18).

Respecto a la hipótesis específica 2 se puede deducir de los resultados, que existe suficiente evidencia para aceptar que las prácticas de planificación estratégica de la calidad influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete, debido que se ha estimado un considerable coeficiente de correlación ( $r= 0,63$ ) y a la vez se ha hallado una relación significativa entre la dimensión planificación estratégica y la variable desempeño organizacional del hospital ( $p\_valor = <0,05$ ) (ver tabla 19).

Respecto a la hipótesis específica 3: existe una correlación positiva y significativa por lo que se verifica que las prácticas de gestión de la calidad orientada hacia el paciente influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete. Este resultado se sustenta en un considerable coeficiente de correlación ( $r =0,645$ ). También se ha hallado una significancia estadística ( $p\_valor = 0,0 < 0,05$ ) con lo que se acepta la hipótesis específica 3 (ver tabla 20).

Respecto a la hipótesis específica 4: los resultados han dado evidencia suficiente para aceptar la hipótesis específica 4 por lo que se puede afirmar que las prácticas de gestión de la calidad de la información influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete. Es decir que existe una considerable correlación entre la dimensión información y análisis y la variable desempeño hospitalario ( $r=0,613$ ), asimismo existe significancia estadística ( $p\_valor = 0,00$ ) por lo que queda demostrada la hipótesis específica 4 (ver tabla 21).

Respecto a la hipótesis específica 5: Los resultados de la presente investigación ha dado suficiente evidencia para aceptar la hipótesis de que las prácticas de gestión de calidad de recursos humanos influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete, debido a que se ha hallado un considerable coeficiente correlación ( $r = 0,706$ ) y se ha verificado la

existencia de significancia estadística ( $p_{\text{valor}} = 0,00 < 0,05$ ) por lo que queda demostrado la hipótesis específica 5 (ver tabla 22).

Respecto a la hipótesis específica 6: se ha hallado una considerable correlación entre la dimensión gestión de los procesos y la variable desempeño hospitalario ( $r = 0,684$ ) y la existencia de significancia estadística ( $p_{\text{valor}} = 0,000 < 0,05$ ) por lo que queda demostrada la hipótesis específica 6 y se puede afirmar que: Las prácticas de gestión de la calidad de procesos influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete (ver tabla 23).

El análisis descriptivo ha revelado las características de las prácticas de gestión de calidad y del desempeño hospitalario en sus respectivas dimensiones siendo las más relevantes las siguientes.

Respecto a la medición de la variable prácticas de gestión de calidad en el hospital desde la percepción de médicos y directivos se halló que globalmente calificaron como regular (67,4%) siendo que el 70% de los directivos lo percibieron como regular y 0% lo calificaron como buena en tanto que el 66,7% de los médicos lo calificaron como regular y un 12,1% como buena (ver tabla 12).

Se halló que tanto médicos y directivos perciben esta variable en un nivel regular preferentemente. Sin embargo donde existen mayores diferencias es en la calificación de buena pues los directivos no llegan a percibir las prácticas de gestión de la calidad como buena, a diferencia de los médicos en que se encuentra un 12,1% de ellos que si llegan a calificar como buena la variable prácticas de gestión de la calidad.

Respecto a la medición de la variable desempeño organizacional del hospital, se halló que, desde la percepción de médicos y directivos del hospital la variable desempeño organizacional es calificado como regular (66,7% y 60% respectivamente) alcanzando una calificación promedio de 65,1% entre médicos y directivos. Muy pocos la califican como buen desempeño (9,3%) (ver la tabla 17).

La percepción de médicos y directivos de la variable desempeño organizacional es proporcionalmente casi similar en las tres calificaciones, mala regular y buena, predominando la calificación de regular seguido de mala y buena.



La medición de las seis dimensiones de la variable prácticas de gestión hospitalaria desde la perspectiva de la calidad ha permitido hallar los siguientes resultados. (Ver Nota 13, Anexo 8).

A diferencia de las tres dimensiones anteriores, resultados de desempeño, eficiencia y efectividad, en la dimensión empleo de recursos, existen un mayor porcentaje de directivos que perciben esta dimensión como buena, aunque prevalece la calificación de regular entre médicos y directivos en todas las dimensiones, existen pocos médicos que lo perciben como buena a diferencia de los directivos.

Estos resultados se explicarían por las bajas competencias o perfil para el cargo, registradas por los médicos y directivos del hospital sobre los gestores del Hospital, ya que se analizaron variables de gestión pública como son: liderazgo, planificación estratégica, orientación hacia el paciente y la salud pública, información y análisis, orientación a los recursos humanos, y gestión de procesos.

Este desempeño organizacional Global del Hospital Essalud Cañete, calificado como de nivel regular y mala (90%), según percepción de los médicos y directivos al analizar las variables de: Resultado del desempeño, Eficiencia y Efectividad, continuidad de los procesos, y Empleo de recursos, se explicaría por la escasez de recursos e insumos para cubrir la atención en salud de la población asegurada asignada al Hospital Essalud Cañete, que ocasionaría **conflictos** entre la población demandante de salud y los médicos que dan la cara a diario en la atención de los pacientes. Asimismo, la escasez de recursos e insumos médicos traban los procesos, el flujo y la calidad de atención hospitalaria “Que la sección Quejas del hospital no puede solucionar”.

A manera de resumen, las diferencias en la apreciación de médicos y directivos sobre el desempeño organizacional del hospital y las prácticas de gestión de la Calidad se debería a la naturaleza del trabajo de cada grupo, mientras que los médicos perciben mayor déficit en el desempeño hospitalario debido a las quejas de los pacientes en el consultorio sobre las deficiencias en las citas médicas, a pesar de que madrugan en las colas, sobre el servicio de farmacia y sobre procedimientos y exámenes de ayuda al diagnóstico, los directivos son más críticos de la variable prácticas de gestión, es decir, todo lo que se refiere a los procesos administrativos y a la falta de mejoras en la gestión del hospital.

## **Conclusiones y recomendaciones**

### **1. Conclusiones**

De acuerdo a los resultados de la presente investigación se han elaborado las siguientes conclusiones:

1. En la dimensión liderazgo en la gestión, existe una percepción de los directivos calificada como regular, 80%, y por los médicos, 66,7 %, y como mala entre el 18% y el 20%; en la práctica, estos niveles se reflejan en las escasas estrategias operacionales de dirección orientadas a priorizar la atención al paciente, a pesar de ser el discurso o lenguaje frecuente utilizado en diversos eventos del hospital, por lo que no se espera que la práctica actual en la dimensión liderazgo en la gestión hospitalaria tenga un impacto más significativo en el desempeño de la organización hospitalaria.

2. En la dimensión planificación estratégica, existe una percepción calificada como regular por los médicos, 66,7%, y directivos, 70%; asimismo, la percepción calificada como mala por los médicos fue de 21,2% y por los directivos 30%. A pesar de que la institución tiene una visión y misión bien definidas existe una baja percepción en la planificación externa e interna enfocada a los recursos y usuarios. No se integra plenamente la responsabilidad pública en la mejora del desempeño y de los servicios comunitarios como educación y programas ambientales. Aun en niveles regulares, la práctica de planificación estratégica es insuficiente principalmente en lo que respecta a la evaluación y monitoreo de metas organizacionales.

3. En la dimensión orientación hacia el paciente y la salud pública, existe una percepción alta de que la institución tiene canales de comunicación y quejas, sin embargo, no se aborda satisfactoriamente las opiniones y sugerencias debido a que no son analizadas por parte de la institución. Se percibe que la gestión no enfoca su accionar en la salud pública o necesidades de los pacientes. El hecho de no ser considerada como buena la dimensión orientación hacia el paciente y la salud pública tiene un impacto negativo en el desempeño hospitalario, principalmente en la dimensión resultados del desempeño en lo que se refiere a la satisfacción de los pacientes con los servicios de salud que presta el hospital y que en la actualidad es baja por las frecuentes quejas y reclamos.

4. En la dimensión información y análisis, existe una percepción de los médicos calificada como regular, 57,6%, y directivos, 40%; así como mala por el 24,2% de médicos y 50% de directivos; percibiéndose que la institución no realiza una evaluación eficaz de su desempeño operacional,

por lo que no se llega a determinar si los procesos y operaciones se están ejecutando con eficiencia y efectividad.

5. En la dimensión orientación a los recursos humanos, existe una percepción calificada como regular por los médicos, 54.5%, y por los directivos, 30%; además califican como mala esta dimensión el 50% de directivos y el 27,3% de médicos. La baja apreciación de esta dimensión se debe a que el personal percibe en un nivel bajo el reconocimiento de su trabajo, de las recompensas y del fomento del trabajo del personal por parte del hospital. El no llegar a una consideración buena de esta dimensión clave en la gestión hospitalaria tiene un impacto negativo en el desempeño hospitalario, por cuanto toda la labor del hospital se sustenta en el trabajo de sus miembros en todas las áreas y servicios, por lo que, si no existe una orientación suficiente de la gestión hacia los recursos humanos, entonces se generará necesariamente insatisfacción de parte de los pacientes y del personal mismo del hospital.

6. En la dimensión gestión de procesos, existe una percepción calificada como regular para el 66,7% de los médicos y el 80% de los directivos; si bien este último porcentaje es alto, ninguno de los directivos valoró como buena la gestión por procesos y un nivel regular no es suficiente en el contexto del hospital ya que existiría una sub-priorización del trabajo por procesos hospitalarios, es decir, que no se le presta la debida atención como una forma de mejorar el desempeño. Tal situación afecta significativamente el desempeño del hospital principalmente en la eficiencia y efectividad de sus procesos y servicios.

7. En la dimensión resultados del desempeño organizacional, existe una percepción regular de los médicos, 60,6%, y de los directivos, 40%; y una percepción mala de los médicos, 33,3%, y directivos,40%; la mala percepción de esta dimensión se hace evidente para médicos y directivos porque los pacientes no están satisfechos con los servicios del hospital, además, médicos y directivos perciben una disconformidad en el número adecuado de recursos médicos y no médicos para el desempeño eficiente del hospital.

8. En la dimensión eficiencia y efectividad, existe una regular percepción para los médicos, 63,9%, y directivos, 40%, y una mala percepción por parte de los médicos, 30,3%, y directivos 50%; en cuanto a la eficiencia de los servicios médicos y también en cuanto a su organización, la gestión y los procesos y procedimientos deberían ejecutarse con más eficiencia y eficacia por parte del hospital.

9. En la dimensión continuidad referida a los procesos de atención de pacientes, las condiciones de trabajo, la reposición continua de recursos e insumos y el apoyo continuado a los procesos (flujograma), existe una percepción regular por parte de los médicos, 54,5%, y directivos 50%, y mala percepción por parte de los médicos, 36,4%, y directivos 40%. La deficiencia en la continuidad de los servicios y procesos hospitalarios, en cuanto atención médica especializada de acuerdo con la demanda de los pacientes complejos y la **escasa** continuidad de reposición de personal por desplazamientos, insumos y materiales de salud y soportes de recursos necesarios para que no se interrumpan los procesos, han determinado la regular y mala percepción de este indicador.

10. En la dimensión empleo de recursos, existe una percepción regular para los médicos, 60,6%, y directivos, 40%, y mala percepción de parte de los médicos, 36,4%, y directivos 30%. Esta dimensión hace referencia en cuanto a si el hospital dispone y emplea sus recursos humanos, económicos, infraestructura, con eficiencia y calidad en la atención de los pacientes. También incluye la aplicación de políticas para gestionar con calidad la obtención de los recursos humanos, insumos y materiales médicos en forma eficiente y oportuna, no llegando a una apreciación buena por parte de médicos y directivos.

11. El bajo desempeño hospitalario que actualmente predomina en el Hospital Essalud Cañete hace que se puede calificar a su gestión como empírica y precaria, fragmentada y desarticulada en todos los niveles, que puede ser superada si se adoptan e implementan prácticas de gestión de la calidad, y mediante la incorporación de personal con competencias profesionales de alto nivel en gestión de organizaciones hospitalarias, desterrando los nombramientos por algún tipo de simpatía.

## **2. Recomendaciones**

De acuerdo con los resultados y conclusiones a las que se ha llegado en este estudio, se han formulado las siguientes recomendaciones:

1. Proponer a la dirección del hospital y a la Gerencia de la Red Desconcentrada Rebagliati la elaboración de un planeamiento estratégico hospitalario para atención de su población asegurada de acuerdo a la norma legal, Directiva N° 01-20014-CEPLAN, directiva general del proceso de planeamiento estratégico.

2. Propone una evaluación permanente de mejora de procesos y servicios hospitalarios para mejorar el desempeño en la atención de los pacientes mediante la aplicación y ejecución de los procesos de gestión: planificación, ejecución, dirección, control y mejora continua.
3. Implementar el área de “Gestión de la calidad”, que debe monitorear y proponer mejoras continuas previa evaluación y diagnóstico del hospital y áreas, comprometiendo a todo el personal y a los equipos de gestión del hospital en base a los objetivos y metas organizacionales.
4. Proponer al equipo de “gestión del hospital” mejorar la atención de calidad a los pacientes de acuerdo a las legislaciones del país, normas técnicas, protocolos, aplicación de guías de prácticas clínicas, flujogramas, demanda oculta de citas, y otros instrumentos orientados a aliviar el sufrimiento de los pacientes.
5. Proponer el uso de los recursos hospitalarios con eficiencia y eficacia, infraestructura, recursos humanos e insumos. En la que evalúen los puestos de trabajo y las funciones que desempeñan cada personal directivo, médicos, no médico y de apoyos, dentro del proceso de mejora del desempeño. Ley 30057 del servicio civil.

## Bibliografía

Alegría, José María y Sáez, Marta (2005). *Curso básico de estadística para economía y administración de empresas*. Vol. 4. España: Ed. Universidad de Cantabria.

Arcelay, Bacigalupe, de la Puerta, Días, García, González, Letona, López y Martínez-Conde (1999). *Guía para la Gestión de Procesos*. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Eusko Jaularitza-Gobierno Vasco: Vitoria.

Arcelay, Andoni. (1999). “Gestión de procesos”. *Rev. Calidad Asistencial*. 14:245-6. 15.

Asenjo, Miguel (2006). *Gestión diaria del Hospital*. España: Elsevier.

Bastidas, Tello, Pilar y Pisconte (2009). *Gestión Pública*. Perú: Congreso de la República.

Bustamante e Yglesias (2013). *Perú: Aseguramiento universal en salud*. En: ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE SALUD (OPS). *Cobertura Universal en Salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. OPS/OMS, México, 2013. p. 70-78.  
Fecha de consulta: 23/09/2017. Disponible en:  
<[http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=ops-oms-mexico&alias=855-cobertura-universal-en-salud&Itemid=493](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=ops-oms-mexico&alias=855-cobertura-universal-en-salud&Itemid=493)>

Calle, José (1996). *Reingeniería y seguridad en el Ciberespacio*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.

Callejón, Riaño y Camacho (2016). “Influencia en la turnicidad laboral en la salud del personal sanitario”. En: *Gestión pública de la salud*. Madrid, España.

Campbell, Braspenning, Hutchinson y Marshall (2002). “Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:358-364.

Carreño, Alexander (2009). “Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008”. En *Revista Universidad & Empresa*,

*Universidad del Rosario*, 2009, vol. 11, N° 17, p. 203-222. Fecha de consulta: 23/10/2017.  
Disponible en:

<[http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/98/98266dc7-975a-423e-b45a-84ba6b486ef0.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/98/98266dc7-975a-423e-b45a-84ba6b486ef0.pdf)>

CMP (2011). *El acto médico. Cuadernos de debate en salud*. Lima, Perú: Colegio Médico del Perú.

Corvetto del Álamo, Reátegui, y Rivera (2016). *Gestión Estratégica del Hospital Militar Geriátrico*. Tesis de Postgrado. Lima, Perú: Universidad del Pacífico.

Cosby, Karen (2003). “A framework for classifying factor that contribute to error in the Emergency Department”. *Ann. Emerg. Med.* 2003, 42 (6):815-823

De Marco, Myriam y Suarez, Elsa (2012). “Indicadores de gestión en hospitales en San Miguel de Tucumán”. Instituto de Investigaciones en Administración, Contabilidad y Métodos Cuantitativos para la Gestión. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas. *Documentos de Trabajo de Contabilidad Social*. Argentina. Fecha de consulta: 23/10/2017.  
Disponible en:

<[http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/?c=contsoc&a=d&d=contsoc\\_v5\\_n2\\_04](http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/?c=contsoc&a=d&d=contsoc_v5_n2_04)>

Donabedian, Avedis (1966). “Evaluating the quality of medical care”. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966, 44(3):166–206.

Duque, Luis y Rubio, Humberto (2006). *Semiología médica integral*. Antioquia: Universidad de Antioquia.

Eibenschutz, Catalina, Valdivia, Alexandro, González, Silvia, Gatica, Xareni y Villegas, Raquel (2014). “Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú”. En: *Debate*, 38 (103), 872-882. Fecha de consulta: 10/08/2017

<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0872.pdf>>

Elg, Mattias, Palmberg, Klara y Beata Kollberg (2013) “Performance measurement to drive improvements in healthcare practice”. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 33 Issue: 11/12, pp.1623-1651.

Emanuel, Ezequiel y Wendler, Grady (2000). "What makes clinical research ethical?" *JAMA*. 24 de mayo de 2000; 283 (20):2701-11.

Essalud (2016). "Informe de Evaluación Sistema de Control Interno". *Comité de Implementación del Sistema de Control Interno. Seguro Social de Salud - Essalud*. Lima, Perú. Fecha de consulta: 23/10/2017. Disponible en:  
<[http://www.essalud.gob.pe/downloads/sist\\_cont\\_interno/inform\\_eval\\_sistem\\_control\\_int\\_sede\\_central.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/sist_cont_interno/inform_eval_sistem_control_int_sede_central.pdf)>

FIDA (1999). *Gestión Pública adecuada: perspectiva general*. Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola. Fecha de consulta: 10/08/2017. Disponible en:  
<<https://www.ifad.org/documents/10180/120ec672-400a-4efe-b6b5-7637691134cd>>

Fitzpatrick, Ray (2009). "Individual health outcomes from health care interventions". In: Smith, P. C. (Ed.). (2009). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.

García Cabrera, Hernán E., Díaz Urteaga, Pedro, Ávila Chávez, Donatila & Cuzco Ruiz, María Z. (2015). "La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud". *Anales de la Facultad de Medicina* 7-26. Fecha de consulta: 20/09/2017. Disponible en:  
<<https://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i1.10966>>

Gómez, Marcelo (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas. Fecha de consulta: 15/10/2017. Disponible en:  
<[https://books.google.com.pe/books?id=9UDXPe4U7aMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=9UDXPe4U7aMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)>

González, Beatriz; López-Valeiras, Ernesto; Gómez, Sampedro (2017). *La evaluación del rendimiento en los hospitales públicos españoles: una primera aproximación*. Universidad de Vigo, España. Fecha de consulta: 15/10/2017.  
<[http://www.observatorio-iberoamericano.org/ricg/N%C2%BA\\_14/Beatriz\\_Gonz%C3%A1lez\\_S%C3%A1nchez,\\_Ernesto\\_Lopez-Valeira\\_Sampedro\\_y\\_Jacobo\\_G%C3%B3mez\\_Conde.pdf](http://www.observatorio-iberoamericano.org/ricg/N%C2%BA_14/Beatriz_Gonz%C3%A1lez_S%C3%A1nchez,_Ernesto_Lopez-Valeira_Sampedro_y_Jacobo_G%C3%B3mez_Conde.pdf)>

González, Cástor (2006). *Tratamiento de datos*. España: Ediciones Díaz de Santos.



Gonzales, W. (2010). "Deshumanización de la medicina". *Almenara* 2010, 5:8-10

Guevara, María Teresa (2005). *Gerencia de Servicios Psicológicos: una estrategia para la formulación de programas*. Universidad Central de Venezuela.

HRSA, (2011). *Performance management and measurement*. U. S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration. Fecha de consulta: 15/08/2017. <<https://www.hrsa.gov/sites/default/files/quality/toolbox/508pdfs/performanceandmeasurement.pdf>>

Jiménez, José (2000). *Manual de Gestión para los jefes de servicios clínicos*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.

Lazo-Gonzales, Oswaldo, Alcalde-Rabanal, Jackeline, Espinosa-Henao, Olga (2016). *El sistema de salud en Perú: situación y desafíos*. Lima: Colegio Médico del Perú. [En línea]. Fecha de consulta: 20/10/2017 <<http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru-.pdf>>

López, Francisca y López, Francisco (2016). *Gestión pública de la salud*. Madrid, España: ACCI (Asoc. Cultural y Científica Iberoamérica).

López, Susan (2005). *Sistemas de Salud Comparados. Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90*. Fecha de consulta: 25/10/2017 <[http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez\\_\\_sistemas\\_comparados\\_de\\_salud\\_.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez__sistemas_comparados_de_salud_.pdf)>

López Revuelta, K., Lorenzo. S., Gruss, E., Garrido, M. V, Moreno, J. A. (2002). "Aplicación de la gestión por procesos en Nefrología. Gestión del proceso de hemodiálisis". *Nefrología* 2002; 22: 329-39. Fecha de consulta: 15/10/2017

Lorenzo, Susana; Mira, José J. & Moracho del Río, Oscar (2004). *La gestión por procesos en instituciones sanitarias*. Maestría en Dirección Médica y Gestión Clínica. España. Fecha de consulta: 20/09/2017. Disponible en: <[http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion\\_procesos.pdf](http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf)>

Malagón-Londoño, Gustavo, Pontón, Gabriel y Galán, Ricardo. (2008). *Administración hospitalaria/Hospital Administration*. 3a. Edición. Bogotá, Colombia: Ed. Médica Panamericana. Fecha de consulta: 15/10/2017. Disponible en:

<[https://books.google.com.pe/books?id=IrMCVNsVX70C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=IrMCVNsVX70C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)>

Mendoza, Alfonso (2009). “Fundamentación de la Enseñanza de la Ética Médica y la Bioética Clínica”. *Acta Médica Peruana*, 2009, 26:131-134. Fecha de consulta: 10/10/2017.

<[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172009000200009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000200009&lng=es&tlng=es)>

Ministerio de Salud. (2006). *Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006*. Lima: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (2003). *La Salud Integral: Compromiso de todos – Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*. Lima-Perú 2003. Resolución Ministerial N° 729-2003-MINSA. Lima: Ministerio de Salud.

MINSA (1998). *Acto médico*. Seminario Nacional. Lima, Perú.

Morera-Salas, M. (2013).” Revisión sistemática de indicadores de desempeño hospitalario”. *Acta Médica Costarricense*, 55(2), 70-78. Fecha de consulta: 23/10/2017. Disponible en: <[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022013000200002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022013000200002&lng=en&tlng=es)>

Naylor, David, Iront, Karey y Handat, Kiren (2002). “Measuring health system performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability”. In: *Smith PC, ed. Measuring up: improving health system performance in OECD countries*. Paris, Organization for Economic Cooperation and Development, 2002:13–34.

Ocaña, Andrés (2013). *Gestión de proyectos con mapas mentales*. Volumen 2. Alicante, España: Editorial Club Universitario.

OPS (2009). *La Salud en las Américas*. Volumen I. OPS. 2002. P. 139

Oteo, Luis (2006). *Gestión clínica: gobierno clínico*. España: Ediciones Díaz de Santos.

Parada, Mario, Reyes, Carolina, Cuevas, Katherine, Ávila, Antonio, López, Paulina (2013). “Transformaciones del sistema de salud público post reforma AUGE-GES en Valparaíso”. *Rev. Chilena Salud Pública* 2014; Vol 18 (2): 127-139.

Pascual, Lucas (2012). *Gestión Empresarial en el Hospital Diocesano de Jacaltenango, Huehuetenango*. Tesis. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Fecha de consulta: 23/10/2017. <<http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/01/01/Pascual-Lucas.pdf>>

Perdomo, Jesús y González, Javier (2004). “Medición de la gestión de la calidad total: una revisión de la literatura”. *Cuadernos de Administración*, julio-diciembre, 91-109.

PERÚ (2013). Consejo Nacional de Salud (CNS). *El Perú saluda a la vida: lineamientos y medidas de reforma del sector salud*. Lima: CNS, 2013.

Rial, J. (2007). *La evaluación de la calidad percibida como herramienta de gestión en servicios deportivos*. España: Univ. Santiago de Compostela.

Sabella, Anton, Kashou, Ramiy y Omran, Omar (2014). *Quality management practices and their relationship to organizational performance*. Birzeit University, Ramallah, Palestine. Fecha de consulta: 23/09/2017. Disponible en: <<https://fada.birzeit.edu/bitstream/20.500.11889/4617/1/IJOPM-04-2013-0210.pdf>>

Saboya, I. (2005). *Gestión de servicios hospitalarios públicos: Estudio comparativo entre hospitales de la región noroeste de Brasil y Cataluña*. Barcelona: Universitat de Barcelona. Fecha de consulta: 23/10/2017. Disponible en: <[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/35385/1/01.ISC\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/35385/1/01.ISC_TESIS.pdf)>

Sánchez-Moreno, Francisco. (2013). “La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(4), 676-682. Fecha de consulta: 22/10/2017. Disponible en: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000400022&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400022&lng=es&tlng=es)>

Seitio-Kgokgwe, O., Gauld, R.D., Hill, P.C. y Barnett, P. (2014). “Assessing performance of Botswana’s public hospital system: the use of the World Health Organization Health System Performance Assessment Framework”. En: *J Health Policy Manag 2014*; 3: 179–189. Fecha de consulta: 12/10/2017. Disponible en:

<[http://ijhpm.com/article\\_2883\\_aae6e3f0977f17b29b507f7fd4fbed3b.pdf](http://ijhpm.com/article_2883_aae6e3f0977f17b29b507f7fd4fbed3b.pdf)>

Shack, Nelson (2002). *Indicadores de desempeño en los organismos públicos del Perú*. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal” 8-11 Oct. 2002. Fecha de consulta: 23/09/2017. Disponible en:

<<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043703.pdf>>

Smith, P. C. (Ed.). (2009). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.

Spano, Alessandro y Aroni, A. (2015). *Organizational Performance in the Italian Health care Sector*. Department of Economic and Business Sciences. Cagliari, Italy: University of Cagliari. Fecha de consulta: 22/10/2017. Disponible en:

<<file:///C:/Users/SCJ/Downloads/9783319570174-c2.pdf>>

Street A, Hakkinen U. (s/f). “Health system”. En: *Smith PC et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press (*in press*).

Tola, Inocencia Ludgarda (2015). *Influencia de la gestión administrativa en los servicios de salud de los Hospitales III de ESSALUD de la Región Puno -2012*. Tesis. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Puno, Perú.

Tomás-Sábado, Joaquín (2010). *Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería*. Vol. 2. Barcelona: Univ. Autónoma de Barcelona.

Tovar, Federico (2002). *Modelos de Gestión en Salud*. Buenos Aires, Argentina.

Ugalde, Antonio y Homedes, Nuria (2005). “Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina”. *Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 17(3), 2005. Fecha de consulta: 8/10/2017. Disponible en:

<[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000300011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000300011&script=sci_abstract&tlng=pt)>

USAID (2012). “Modelo de Gestión Hospitalaria. Proyecto MSH/ULAT Honduras, Componente de Descentralización. Secretaría de Salud. Honduras”. Fecha de consulta: 23/10/2017. Disponible en: <<https://www.politopedia.cl/wp-content/uploads/2016/06/MODELO-DE-GESTI%C3%93N-HOSPITALARIA.-SECRETARIA-DE-SALUD.-HONDURAS.2012.pdf>>

Valentine, *et al.* (2009). “Responsiveness”. In: Smith PC *et al.*, eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press (in press).

Wagstaff, A. (2009). “Measuring Financial protection in health”. In: *Smith PC et al.*, eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (in press). Fecha de consulta: 20/10/2017. <[http://www.essalud.gob.pe/downloads/sist\\_cont\\_interno/inform\\_eval\\_sistem\\_control\\_int\\_sede\\_central.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/sist_cont_interno/inform_eval_sistem_control_int_sede_central.pdf)>

## **Anexos**

**Anexo 1. Matriz de consistencia**

**GESTIÓN Y DESEMPEÑO EN UN HOSPITAL DE ESSALUD, CAÑETE, LIMA, 2017**

<b>Problemas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Metodología</b>
<p><b>Problema General</b></p> <p>¿Existe correspondencia entre las Prácticas de Gestión de la Calidad y el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>1. ¿En qué medida las prácticas de liderazgo influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete?</p> <p>2. ¿En qué medida las prácticas de gestión estratégica influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete?</p> <p>3. ¿En qué medida las prácticas de gestión orientada hacia el paciente influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete?</p> <p>4. ¿En qué medida las prácticas de gestión de la información influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete?</p> <p>5. ¿En qué medida las prácticas de gestión de recursos humanos influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete?</p> <p>6. ¿En qué medida las prácticas de gestión de procesos influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete?</p>	<p><b>Objetivo principal</b></p> <p>Determinarla relación que existe entre las Prácticas de Gestión de la Calidad y el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>1. Analizar en qué medida las prácticas de liderazgo influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete.</p> <p>2. Analizar en qué medida las prácticas de gestión estratégica influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete.</p> <p>3. Determinar en qué medida las prácticas de gestión orientada hacia el paciente influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete.</p> <p>4. Analizar en qué medida las prácticas de gestión de la información influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete.</p> <p>5. Determinar en qué medida las prácticas de gestión de recursos humanos influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete.</p> <p>6. Analizar en qué medida las prácticas de gestión de procesos influyen en el desempeño organizacional según los criterios de calidad total en el Hospital Essalud de Cañete.</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p>Las Prácticas de Gestión de la Calidad se relacionan directa y significativamente con el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.</p> <p><b>Hipótesis específica</b></p> <p>1. Las prácticas de liderazgo influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.</p> <p>2. Las prácticas de planificación estratégica de la calidad influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.</p> <p>3. Las prácticas de gestión de la calidad orientada hacia el paciente influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.</p> <p>4. Las prácticas de gestión de la calidad de la información influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.</p> <p>5. Las prácticas de gestión de calidad de recursos humanos influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.</p> <p>6. Las prácticas de gestión de la calidad de procesos influyen directamente en el desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete.</p>	<p><b>VARIABLE 1:</b></p> <p><b>X: PRACTICAS DE GESTION DE LA CALIDAD</b></p> <p><b>VARIABLE 2:</b></p> <p><b>Y: DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderazgo</li> <li>• Planificación estratégica</li> <li>• Orientación hacia el paciente y la salud pública</li> <li>• Información y análisis</li> <li>• Orientación a los recursos humanos</li> <li>• Gestión de procesos</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultado del desempeño</li> <li>• Eficiencia y efectividad</li> <li>• Continuidad</li> <li>• Empleo de recursos</li> </ul>	<p><b>Diseño:</b></p> <p>No experimental y transversal</p> <p><b>Alcance de la investigación:</b></p> <p>Descriptiva, correlacional</p>

## Anexo 2. Instrumento: Evaluación de la gestión

### Estimado señor(a):

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer la percepción que Ud. tiene sobre gestión del hospital y su desempeño con fines netamente académicos, para lo cual se pide su colaboración. Por favor marque con una (X) la alternativa más adecuada según su criterio personal.

*Muchas gracias*

CATEGORÍA	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
PUNTAJE	1	2	3	4	5
CODIGO	TED	ED	N	DA	TDA

ÍTEM	RESPUESTAS				
<b>LIDERAZGO</b>					
1. La alta dirección de su institución siempre enfatiza la importancia de la atención al paciente	TED	ED	N	DA	TDA
2. La alta dirección de su institución se centra en mejorar el cuidado de los pacientes	TED	ED	N	DA	TDA
3. La alta dirección de su institución es accesible a los pacientes	TED	ED	N	DA	TDA
4. La alta dirección adapta sus estrategias operacionales a las tendencias del sector.	TED	ED	N	DA	TDA
5. La institución emplea siempre prácticas éticas relativas al resto del sector.	TED	ED	N	DA	TDA
6. La institución anticipa las preocupaciones del público sobre sus productos, servicios y operaciones.	TED	ED	N	DA	TDA
7. La alta gerencia busca activamente comentarios.	TED	ED	N	DA	TDA
<b>PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA</b>					
8. Nuestra institución tiene objetivos estratégicos claros.	TED	ED	N	DA	TDA
9. Al definir los objetivos estratégicos de nuestra institución, nos preocupan los diversos <b>factores externos potenciales</b> , como las tendencias del sector y la competencia de otras instituciones del sector, así como la capacidad de la institución.	TED	ED	N	DA	TDA
10. Al definir los objetivos estratégicos de nuestra institución, estamos muy preocupados por los <b>diversos factores internos potenciales</b> , como la capacidad y los recursos disponibles.	TED	ED	N	DA	TDA
11. Los objetivos y planes estratégicos se comunican eficazmente a todo el personal.	TED	ED	N	DA	TDA
12. Los miembros del personal de nuestra institución están comprometidos con nuestros Objetivos estratégicos y planes de acción.	TED	ED	N	DA	TDA
13. Integramos la responsabilidad pública con los esfuerzos en la mejora del desempeño.	TED	ED	N	DA	TDA
14. Nuestro personal se adhiere a un código de ética formal.	TED	ED	N	DA	TDA
15. Lideramos los esfuerzos para mejorar los servicios comunitarios, como Educación y/o programas ambientales.	TED	ED	N	DA	TDA
<b>ORIENTACIÓN HACIA EL PACIENTE Y LA SALUD PÚBLICA</b>					
16. La institución aborda seriamente las opiniones y sugerencias de nuestros pacientes.	TED	ED	N	DA	TDA
17. La institución analiza y atiende las necesidades de los pacientes de manera oportuna.	TED	ED	N	DA	TDA
18. Nosotros como institución tenemos un canal de comunicación bien establecido con nuestros pacientes, permitiendo a los pacientes buscar ayuda e información, y presentar sus <b>quejas</b>	TED	ED	N	DA	TDA
19. Como institución, supervisamos de cerca las acciones de otras instituciones en el mismo sector.	TED	ED	N	DA	TDA
20. La institución es plenamente consciente de las tendencias del sector.	TED	ED	N	DA	TDA
<b>INFORMACIÓN Y ANÁLISIS</b>					
21. La institución cuenta con un sistema eficaz para evaluar su desempeño operacional.	TED	ED	N	DA	TDA
22. La institución tiene un sistema de evaluación claro y amplio.	TED	ED	N	DA	TDA
23. Todo el personal entiende bien los indicadores relacionados con su desempeño y los toma en serio.	TED	ED	N	DA	TDA
24. La institución ajusta su desempeño de acuerdo con los cambios en su entorno.	TED	ED	N	DA	TDA
<b>ORIENTACIÓN A LOS RECURSOS HUMANOS</b>					
25. La institución tiene un sistema eficaz de evaluación para reconocer y recompensar al personal por sus esfuerzos.	TED	ED	N	DA	TDA
26. La institución fomenta el trabajo en equipo y el espíritu de grupo.	TED	ED	N	DA	TDA
27. Nuestra gestión motiva al personal y desarrolla plenamente su potencial.	TED	ED	N	DA	TDA
28. La institución entrena a su personal en conceptos de calidad.	TED	ED	N	DA	TDA
29. La institución ofrece capacitación y desarrollo al personal.	TED	ED	N	DA	TDA
30. La institución proporciona un ambiente de trabajo seguro y saludable.	TED	ED	N	DA	TDA
<b>GESTIÓN DE PROCESOS</b>					
31. Al diseñar procesos, la institución considera cuidadosamente los siguientes factores: calidad, costos, productividad, nueva tecnología.	TED	ED	N	DA	TDA
32. Antes de aplicar nuevos procedimientos o procesos, la institución realiza pruebas exhaustivas para asegurar la calidad.	TED	ED	N	DA	TDA
33. La institución tiene medidas de gestión apropiadas para controlar y mejorar los procesos y servicios.	TED	ED	N	DA	TDA
34. Todos departamentos trabajan para mejorar sus procesos.	TED	ED	N	DA	TDA
35. Evaluamos los servicios en términos de eficiencia, costo, oportunidad y tiempo muerto para el paciente.	TED	ED	N	DA	TDA
36. Evaluamos los servicios sobre la base de la eficacia, incluida la adecuación y el riesgo.	TED	ED	N	DA	TDA
37. Los servicios de salud se adecuan según las necesidades de los pacientes.	TED	ED	N	DA	TDA



### Anexo 3. Instrumento: Desempeño de la gestión hospitalaria

**Estimado señor(a):**

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer la percepción que Ud. tiene sobre gestión del hospital y su desempeño con fines netamente académicos, para lo cual se pide su colaboración. Por favor marque con una (X) la alternativa más adecuada según su criterio personal.

**Muchas gracias**

CATEGORÍA	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
PUNTAJE	1	2	3	4	5
CODIGO	TED	ED	N	DA	TDA

ÍTEMS	RESPUESTAS				
<b>RESULTADO DEL DESEMPEÑO</b>					
1. Los pacientes están satisfechos con nuestros servicios de salud.	TED	ED	N	DA	TDA
2. Nuestro sistema de remuneración y beneficios es satisfactorio.	TED	ED	N	DA	TDA
3. Nuestros servicios de salud se están expandiendo.	TED	ED	N	DA	TDA
4. La calidad global del servicio está mejorando constantemente.	TED	ED	N	DA	TDA
5. Las evaluaciones de nuestro desempeño de parte de los pacientes han estado mejorando.	TED	ED	N	DA	TDA
6. En nuestra institución, el número de médicos es suficiente.	TED	ED	N	DA	TDA
7. En nuestra institución, el número de enfermeras es suficiente.	TED	ED	N	DA	TDA
8. En nuestra institución, el número de técnicos es suficiente.	TED	ED	N	DA	TDA
9. En nuestra institución, el número de empleados administrativos es suficiente.	TED	ED	N	DA	TDA
10. En nuestra institución, el número de conserjes es suficiente.	TED	ED	N	DA	TDA
<b>EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD</b>					
11. El hospital es técnicamente eficiente en los servicios médicos	TED	ED	N	DA	TDA
12. La organización y gestión de los servicios médicos son efectivos en los procesos y procedimientos de atención	TED	ED	N	DA	TDA
<b>CONTINUIDAD</b>					
13. Los servicios hospitalarios garantizan la continuidad de la atención médica a los pacientes.	TED	ED	N	DA	TDA
14. Existen condiciones administrativas que ayude a la continuidad de la atención de pacientes que provienen de otros establecimientos de Essalud.	TED	ED	N	DA	TDA
15. Existe continuación en la atención especializada de acuerdo al tratamiento del paciente complejo	TED	ED	N	DA	TDA
16. Existe reposición oportuna y continua en cuanto al desplazamiento del personal de salud	TED	ED	N	DA	TDA
17. Existe continuidad de la reposición de los insumos de salud para una atención eficiente.	TED	ED	N	DA	TDA
18. Existen continuidad en el soporte de recursos globales, para que no se traben los diferentes procesos hospitalarios					
<b>EMPLEO DE RECURSOS</b>					
19. El hospital cuenta y emplea con eficiencia los recursos humanos, para dar una atención de calidad a los pacientes	TED	ED	N	DA	TDA
20. El hospital cuenta y emplea con eficiencia los recursos económicos para dar una atención de calidad a los pacientes	TED	ED	N	DA	TDA
21. El hospital utiliza con eficiencia la infraestructura para dar atención de calidad a los pacientes	TED	ED	N	DA	TDA
22. La gestión presenta políticas de calidad para obtener y capacitar sus recursos humanos en forma eficientes y oportunos	TED	ED	N	DA	TDA
23. La gestión presenta políticas de calidad para obtener insumos y materiales en forma eficientes y oportunos	TED	ED	N	DA	TDA

Adaptación de Sabella, Kashou & Omran (2014). Quality management practices and their relationship to organizational performance. Birzeit University, Ramallah, Palestine

Anexo 4. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
PRÁCTICAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	LIDERAZGO	Importancia del paciente	1. La alta dirección de su institución siempre enfatiza la importancia de la atención al paciente
		Mejora del cuidado	2. La alta dirección de su institución se centra en mejorar el cuidado de los pacientes
		Dirección accesible	3. La alta dirección de su institución es accesible a los pacientes
		Adaptación de estrategias	4. La alta dirección adapta sus estrategias operacionales a las tendencias del sector.
		Prácticas éticas del sector	5. La institución emplea siempre prácticas éticas relativas al resto del sector.
		Anticipación a la demanda	6. La institución anticipa las preocupaciones del público sobre sus productos, servicios y operaciones.
		Aceptación de comentarios	7. La alta gerencia busca activamente comentarios.
	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	Objetivos estratégicos	8. Nuestra institución tiene objetivos estratégicos claros.
		Factores externos	9. Al definir los objetivos estratégicos de nuestra institución, nos preocupan los diversos <b>factores externos potenciales</b> , como las tendencias del sector y la competencia de otras instituciones del sector, así como la capacidad de la institución.
		Factores internos	10. Al definir los objetivos estratégicos de nuestra institución, estamos muy preocupados por los <b>diversos factores internos potenciales</b> , como la capacidad y los recursos disponibles.
		Comunicación de objetivos	11. Los objetivos y planes estratégicos se comunican eficazmente a todo el personal.
		Compromiso con objetivos	12. Los miembros del personal de nuestra institución están comprometidos con nuestros Objetivos estratégicos y planes de acción.
		Responsabilidad y mejora del desempeño	13. Integramos la responsabilidad pública con los esfuerzos en la mejora del desempeño.
		Ética formal	14. Nuestro personal se adhiere a un código de ética formal.
	ORIENTACIÓN HACIA EL PACIENTE Y LA SALUD PÚBLICA	Mejora de servicios comunitarios	15. Lideramos los esfuerzos para mejorar los servicios comunitarios, como Educación y/o programas ambientales.
		Atención a opiniones y sugerencias	16. La institución aborda seriamente las opiniones y sugerencias de nuestros pacientes.
		Atención de necesidades de los pacientes	17. La institución analiza y atiende las necesidades de los pacientes de manera oportuna.
		Comunicación e información	18. Nosotros como institución tenemos un canal de comunicación bien establecido con nuestros pacientes, permitiendo a los pacientes buscar ayuda e información, y presentar sus <b>quejas</b>
		Comparación con otras instituciones	19. Como institución, supervisamos de cerca las acciones de otras instituciones en el mismo sector.
	INFORMACIÓN Y ANÁLISIS	Tendencia del sector salud	20. La institución es plenamente consciente de las tendencias del sector.
		Evaluación del desempeño operacional	21. La institución cuenta con un sistema eficaz para evaluar su desempeño operacional.
		Evaluación integral	22. La institución tiene un sistema de evaluación claro y amplio.
		Indicadores de desempeño	23. Todo el personal entiende bien los indicadores relacionados con su desempeño y los toma en serio.
	ORIENTACIÓN A LOS RECURSOS HUMANOS	Ajuste de desempeño	24. La institución ajusta su desempeño de acuerdo con los cambios en su entorno.
		Evaluación de desempeño laboral	25. La institución tiene un sistema eficaz de evaluación para reconocer y recompensar al personal por sus esfuerzos.
		Trabajo en equipo	26. La institución fomenta el trabajo en equipo y el espíritu de grupo.
		Desarrollo de potencial	27. Nuestra gestión motiva al personal y desarrolla plenamente su potencial.
		Entrenamiento de personal	28. La institución entrena a su personal en conceptos de calidad.
		Capacitación y desarrollo	29. La institución ofrece capacitación y desarrollo al personal.
	GESTIÓN DE PROCESOS	Ambiente seguro	30. La institución proporciona un ambiente de trabajo seguro y saludable.
		Diseño de procesos	31. Al diseñar procesos, la institución considera cuidadosamente los siguientes factores: calidad, costos, productividad, nueva tecnología.
		Aseguramiento de la calidad	32. Antes de aplicar nuevos procedimientos o procesos, la institución realiza pruebas exhaustivas para asegurar la calidad.
		Control y mejora de procesos	33. La institución tiene medidas de gestión apropiadas para controlar y mejorar los procesos y servicios.
		Mejora de procesos	34. Todos departamentos trabajan para mejorar sus procesos.
		Evaluación de eficiencia de servicios	35. Evaluamos los servicios en términos de eficiencia, costo, oportunidad y tiempo muerto para el paciente.
	Evaluación de eficacia de servicios	36. Evaluamos los servicios sobre la base de la eficacia, incluida la adecuación y el riesgo.	

		Adecuación a las necesidades del paciente	37. Los servicios de salud se adecuan según las necesidades de los pacientes.
<b>DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL</b>	<b>RESULTADO DEL DESEMPEÑO</b>	Satisfacción del paciente	1. Los pacientes están satisfechos con nuestros servicios de salud.
		Sistema de remuneración y beneficios	2. Nuestro sistema de remuneración y beneficios es satisfactorio.
		Expansión de los servicios	3. Nuestros servicios de salud se están expandiendo.
		Calidad global del servicio	4. La calidad global del servicio está mejorando constantemente.
		Percepción del desempeño	5. Las evaluaciones de nuestro desempeño de parte de los pacientes han estado mejorando.
		Suficiencia de Médicos	6. En nuestra institución, el número de médicos es suficiente.
		Suficiencia de enfermeras	7. En nuestra institución, el número de enfermeras es suficiente.
		Suficiencia de técnicos	8. En nuestra institución, el número de técnicos es suficiente.
		Suficiencia de personal administrativo	9. En nuestra institución, el número de empleados administrativos es suficiente.
		Suficiencia de conserjes	10. En nuestra institución, el número de conserjes es suficiente.
	<b>EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD</b>	Eficiencia técnica	11. El hospital es técnicamente eficiente en los servicios médicos
		Efectividad de los procesos	12. La organización y gestión de los servicios médicos son efectivos en los procesos y procedimientos de atención
	<b>CONTINUIDAD</b>	Continuidad de la atención	13. Los servicios hospitalarios garantizan la continuidad de la atención médica a los pacientes.
		Condiciones administrativas	14. Existen condiciones administrativas que ayude a la continuidad atención en los pacientes que provienen de las instituciones de salud
		Continuidad en la atención especializada	15. Existe continuidad en la atención especializada de acuerdo con el tratamiento del paciente complejo
		Oportuna y continua	16. Existe reposición oportuna y continua en cuanto al desplazamiento del personal de salud
		Continuidad de la reposición de los insumos	17. Existe continuidad de la reposición de los insumos de salud para una atención eficiente.
		Continuidad en el soporte de recursos globales	18. Existen continuidad en el soporte de recursos globales, para que no se traben los diferentes procesos hospitalarios
	<b>EMPLEO DE RECURSOS</b>	Uso eficiente de recursos	19. El hospital cuenta y emplea con eficiencia los recursos (técnicos, humanos, económicos) para dar una atención de calidad a los pacientes
		Empleo con eficiencia los recursos	20. El hospital cuenta y emplea con eficiencia los recursos económicos para dar una atención de calidad a los pacientes
		Utiliza con eficiencia la infraestructura	21. El hospital utiliza con eficiencia la infraestructura para dar atención de calidad a los pacientes
		Presenta políticas de calidad de Recursos Humanos.	22. La gestión presenta políticas de calidad para obtener y capacitar sus recursos humanos en forma eficientes y oportunos
		Presenta políticas de calidad para obtener insumos y materiales	23. La gestión presenta políticas de calidad para obtener insumos y materiales en forma eficientes y oportunos

**Anexo 5. Grupo = Médicos**

**Correlaciones<sup>a</sup>**

		Liderazgo	Planificación estratégica	Orientación hacia el paciente y la salud pública	Información y análisis	Orientación a los recursos humanos	Gestión de procesos	Prácticas de gestión de la calidad	Resultado del desempeño
Liderazgo	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 33	,467** ,006 33	,550** ,001 33	,580** ,000 33	,767** ,000 33	,538** ,001 33	,805** ,000 33	,701** ,000 33
Planificación estratégica	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,467** ,006 33	1 ,000 33	,697** ,000 33	,536** ,001 33	,452** ,008 33	,637** ,000 33	,795** ,000 33	,470** ,006 33
Orientación hacia el paciente y la salud pública	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,550** ,001 33	,697** ,000 33	1 ,000 33	,581** ,000 33	,490** ,004 33	,769** ,000 33	,825** ,000 33	,637** ,000 33
Información y análisis	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,580** ,000 33	,536** ,001 33	,581** ,000 33	1 ,000 33	,685** ,000 33	,622** ,000 33	,805** ,000 33	,579** ,000 33
Orientación a los recursos humanos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,767** ,000 33	,452** ,008 33	,490** ,004 33	,685** ,000 33	1 ,001 33	,532** ,000 33	,801** ,000 33	,775** ,000 33
Gestión de procesos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,538** ,001 33	,637** ,000 33	,769** ,000 33	,622** ,000 33	,532** ,001 33	1 ,000 33	,842** ,000 33	,696** ,000 33
Prácticas de gestión de la calidad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,805** ,000 33	,795** ,000 33	,825** ,000 33	,805** ,000 33	,801** ,000 33	,842** ,000 33	1 33	,788** ,000 33
Resultado del desempeño	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,701** ,000 33	,470** ,006 33	,637** ,000 33	,579** ,000 33	,775** ,000 33	,696** ,000 33	,788** ,000 33	1 33

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

a. Grupo = Médicos

## Anexo 6. Grupo = Directivos

### Correlaciones<sup>a</sup>

		Liderazgo	Planificación estratégica	Orientación hacia el paciente y la salud pública	Información y análisis	Orientación a los recursos humanos	Gestión de procesos	Prácticas de gestión de la calidad	Resultado del desempeño
Liderazgo	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 10	,830** ,003 10	,582 ,078 10	,650* ,042 10	,695* ,026 10	,507 ,134 10	,884** ,001 10	,583 ,077 10
Planificación estratégica	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,830** ,003 10	1 10	,658* ,039 10	,796** ,006 10	,699* ,024 10	,852** ,002 10	,966** ,000 10	,880** ,001 10
Orientación hacia el paciente y la salud pública	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,582 ,078 10	,658* ,039 10	1 10	,690* ,027 10	,576 ,081 10	,533 ,112 10	,760* ,011 10	,664* ,036 10
Información y análisis	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,650* ,042 10	,796** ,006 10	,690* ,027 10	1 10	,839** ,002 10	,514 ,129 10	,861** ,001 10	,711* ,021 10
Orientación a los recursos humanos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,695* ,026 10	,699* ,024 10	,576 ,081 10	,839** ,002 10	1 10	,457 ,185 10	,823** ,003 10	,649* ,042 10
Gestión de procesos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,507 ,134 10	,852** ,002 10	,533 ,112 10	,514 ,129 10	,457 ,185 10	1 10	,756* ,011 10	,842** ,002 10
Prácticas de gestión de la calidad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,884** ,001 10	,966** ,000 10	,760* ,011 10	,861** ,001 10	,823** ,003 10	,756* ,011 10	1 10	,839** ,002 10
Resultado del desempeño	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,583 ,077 10	,880** ,001 10	,664* ,036 10	,711* ,021 10	,649* ,042 10	,842** ,002 10	,839** ,002 10	1 10

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

a. Grupo = Directivos

## Frecuencias

### Correlaciones

		Liderazgo	Planificación estratégica	Orientación hacia el paciente y la salud pública	Información y análisis	Orientación a los recursos humanos	Gestión de procesos	Prácticas de gestión de la calidad	Resultado del desempeño
Liderazgo	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 43	,610** ,000 43	,563** ,000 43	,612** ,000 43	,735** ,000 43	,515** ,000 43	,836** ,000 43	,668** ,000 43
Planificación estratégica	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,610** ,000 43	1 43	,676** ,000 43	,598** ,000 43	,517** ,000 43	,656** ,000 43	,847** ,000 43	,610** ,000 43
Orientación hacia el paciente y la salud pública	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,563** ,000 43	,676** ,000 43	1 43	,614** ,000 43	,518** ,000 43	,710** ,000 43	,806** ,000 43	,635** ,000 43
Información y análisis	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,612** ,000 43	,598** ,000 43	,614** ,000 43	1 43	,729** ,000 43	,605** ,000 43	,822** ,000 43	,641** ,000 43
Orientación a los recursos humanos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,735** ,000 43	,517** ,000 43	,518** ,000 43	,729** ,000 43	1 43	,525** ,000 43	,807** ,000 43	,719** ,000 43
Gestión de procesos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,515** ,000 43	,656** ,000 43	,710** ,000 43	,605** ,000 43	,525** ,000 43	1 43	,806** ,000 43	,695** ,000 43
Prácticas de gestión de la calidad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,836** ,000 43	,847** ,000 43	,806** ,000 43	,822** ,000 43	,807** ,000 43	,806** ,000 43	1 43	,801** ,000 43
Resultado del desempeño	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,668** ,000 43	,610** ,000 43	,635** ,000 43	,641** ,000 43	,719** ,000 43	,695** ,000 43	,801** ,000 43	1 43

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Anexo 7. Confiabilidad del instrumento**

**GESTIÓN**

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto a 20 encuestados y se midió con el coeficiente de confiabilidad de alpha combrach.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{\sum si^2}{St} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

Si<sup>2</sup>: Varianza Muestral

St varianza del total de puntaje de los ítems

Tabla 01

Base de datos piloto

$$\sum si^2 = 31.12 \quad st^2 = 382 \quad K=37$$

	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9	x10	x11	x12	x13	x14	x15	x16	x17	x18	x19	x20	x21	x22	x23	x24	x25	x26	x27	x28	x29	x30	x31	x32	x33	x34	x35	x36	x37		
1	3	4	4	4	4	5	3	2	2	4	5	4	2	4	4	4	4	2	4	4	3	4	2	4	3	4	4	2	5	5	4	4	4	2	4	4	4	134	
2	1	2	1	5	2	1	1	1	1	5	1	2	1	5	1	2	3	1	5	1	1	1	2	1	1	4	5	5	1	1	5	5	5	1	1	1	3	85	
3	4	4	2	5	3	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	3	3	5	5	3	4	4	3	4	5	5	5	5	5	5	3	3	3	5	4	3	3	150	
4	5	5	3	5	5	5	4	5	1	5	5	5	1	5	5	5	4	1	5	5	5	4	5	5	5	5	5	1	5	4	4	5	4	1	4	4	5	155	
5	2	2	4	5	2	5	5	2	1	5	4	2	1	5	3	4	4	1	5	4	4	4	4	4	5	4	5	1	4	4	4	4	2	1	2	2	4	124	
6	4	4	3	5	4	4	4	2	1	5	4	4	1	5	3	4	5	1	5	4	4	4	4	3	5	4	5	1	4	4	4	2	3	1	4	4	4	132	
7	4	4	4	5	4	5	4	3	2	5	4	4	2	5	4	4	2	2	5	2	4	4	4	4	4	4	4	5	2	4	4	5	4	4	2	4	2	1	135
8	4	5	4	5	4	5	4	5	1	5	5	4	1	5	1	4	4	1	5	2	4	5	2	4	5	4	5	1	4	5	2	4	4	1	2	2	5	133	
9	2	2	3	5	2	4	4	2	2	5	4	4	2	5	4	4	4	2	5	4	2	2	4	4	4	4	5	2	4	4	2	4	4	2	4	4	4	128	
10	3	4	2	5	4	5	3	4	1	5	5	3	1	5	3	3	4	1	5	4	4	5	5	4	5	5	5	1	5	5	4	5	4	1	5	4	5	142	
11	4	3	4	5	3	1	1	4	1	5	5	5	1	5	3	4	4	1	5	4	4	4	4	4	2	2	5	1	4	4	4	4	1	4	4	4	2	125	
12	4	5	4	5	5	5	5	5	2	5	5	5	2	5	5	4	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	2	5	4	5	166
13	2	3	4	5	4	4	5	4	1	5	3	2	1	5	2	3	4	1	5	3	4	3	3	4	4	3	5	1	5	5	3	3	3	1	3	3	3	122	
14	1	4	4	5	4	4	4	4	1	5	3	2	1	5	3	5	4	1	5	4	4	4	4	4	4	4	5	1	4	5	5	5	5	1	3	3	4	134	
15	4	4	4	5	4	4	4	4	1	5	4	4	1	5	4	4	4	1	5	4	4	4	4	4	4	4	5	1	4	4	4	4	4	1	4	4	4	138	
16	2	3	2	5	3	4	4	3	1	5	4	4	1	5	3	3	3	1	5	4	4	4	4	3	4	3	5	1	3	4	3	3	3	1	4	4	3	121	
17	3	4	4	5	3	4	5	3	1	5	5	3	1	5	4	4	4	1	5	3	3	3	2	4	4	4	5	1	4	4	2	4	3	1	3	3	3	125	
18	3	3	3	5	3	4	4	3	1	5	4	3	1	5	3	3	4	1	5	3	3	4	4	3	4	4	5	1	4	4	3	4	4	1	3	4	3	124	
19	4	4	4	5	3	4	3	3	1	5	3	4	1	5	4	3	4	1	5	3	4	4	4	4	4	3	5	1	4	4	3	3	4	1	3	3	4	127	
20	2	3	3	5	2	2	4	3	1	5	3	2	1	5	3	3	3	1	5	2	3	3	3	2	4	3	5	1	3	3	3	3	3	1	3	3	4	108	
suma	61	72	66	99	68	79	75	66	28	99	80	70	28	99	66	73	76	28	99	68	73	75	72	74	81	78	99	32	81	83	72	78	75	28	69	65	73		
si	1,3	0,9	0,9	0,1	0,9	1,5	1,3	1,3	0,9	0,1	1,1	1,1	0,9	0,1	1,2	0,6	0,5	0,9	0,1	1,1	0,9	0,9	1	0,9	1,1	0,6	0,1	1,5	0,9	0,9	1	0,7	0,6	0,9	1	0,8	1,1	31,12	
si2	382																																						

$$\alpha = \frac{37}{37-1} \left( 1 - \frac{31.12}{382} \right) = 0.93$$

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 20 encuestados. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.93, lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno, el instrumento es muy confiable para la presente investigación.

**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

**DESEMPEÑO**

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto a 20 encuestados y se midió con el coeficiente de confiabilidad de alpha combrach.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{\sum si^2}{St} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

Si<sup>2</sup>: Varianza Muestral

St varianza del total de puntaje de los ítems

Tabla 02

Base de datos piloto

	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9	x10	x11	x12	x13	x14	x15	x16	x17	x18	x19	x20	x21	x22	x23		
1	4	4	4	4	4	2	4	4	2	2	4	5	4	3	4	4	4	4	5	3	2	2	4	2	80
2	5	1	2	3	1	5	1	1	1	5	1	2	1	2	1	5	2	1	1	1	1	1	5	2	50
3	5	4	3	3	5	5	3	4	5	5	4	4	4	4	2	5	3	4	4	4	4	5	5	3	93
4	5	5	5	4	1	5	5	5	1	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	1	5	5	99	
5	5	3	4	4	1	5	4	2	1	5	4	2	2	2	4	5	2	5	5	2	1	5	4	77	
6	5	3	4	5	1	5	4	2	1	5	4	4	4	4	3	5	4	4	4	2	1	5	4	83	
7	5	4	4	2	2	5	2	3	2	5	4	4	4	4	4	5	4	5	4	3	2	5	4	86	
8	5	1	4	4	1	5	2	5	1	5	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	1	5	2	86	
9	5	4	4	4	2	5	4	2	2	5	4	4	2	2	3	5	2	4	4	2	2	5	4	80	
10	5	3	3	4	1	5	4	4	1	5	5	3	3	4	2	5	4	5	3	4	1	5	5	84	
11	5	3	4	4	1	5	4	4	1	5	5	5	4	3	4	5	3	1	1	4	1	5	4	81	
12	5	5	4	5	2	5	5	5	2	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	2	5	5	103	
13	5	2	3	4	1	5	3	4	1	5	3	2	2	3	4	5	4	4	5	4	1	5	3	78	
14	5	3	5	4	1	5	4	4	1	5	3	2	1	4	4	5	4	4	4	4	1	5	4	82	
15	5	4	4	4	1	5	4	4	1	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	1	5	4	88	
16	5	3	3	3	1	5	4	3	1	5	4	4	2	3	2	5	3	4	4	3	1	5	4	77	
17	5	4	4	4	1	5	3	3	1	5	5	3	3	4	4	5	3	4	5	3	1	5	2	82	
18	5	3	3	4	1	5	3	3	1	5	4	3	3	3	3	5	3	4	4	3	1	5	4	78	
19	5	4	3	4	1	5	3	3	1	5	3	3	4	4	4	5	3	4	3	3	1	5	4	81	
20	5	3	3	3	1	5	2	3	1	5	3	2	2	3	3	5	2	2	4	3	1	5	3	69	
suma	99	66	73	76	28	99	68	66	28	99	80	70	61	72	66	99	68	79	75	66	28	99	72		
si	0,1	1,2	0,6	0,5	0,9	0,1	1,1	1,3	0,9	0,1	1,1	1,1	1,3	0,9	0,9	0,1	0,9	1,5	1,3	1,3	0,9	0,1	1	18,61	
si2	449																								

$$\sum si^2 = 18.61 \quad st^2 = 449 \quad K=23$$

$$\alpha = \frac{23}{23-1} \left( 1 - \frac{18.61}{449} \right) = 0.97$$

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 20 encuestados. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.97, lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno, el instrumento es muy confiable para la presente investigación.

## Anexo 8. Notas

### Nota 1. Modelos de gestión hospitalaria

#### Gestión por procesos

Desde una perspectiva organizacional definimos proceso como “el conjunto de actividades secuenciadas que realizan una transformación de una serie de entradas -inputs- (material, mano de obra, capital, información, etc.) en los resultados -outputs- deseados (bienes y/o servicios) añadiendo valor”. En nuestro medio entendemos por proceso el «conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del paciente/población al que va dirigido» (Arcelay *et al.* 1999). En otras palabras, un proceso no es más que la sucesión de pasos y decisiones que se siguen para realizar una determinada actividad o tarea que, cuando se trabaja desde el enfoque de gestión de la Calidad Total, deben ir orientados a satisfacer una necesidad de nuestros clientes internos o externos.

Los procesos, a su vez, se subdividen en subprocesos cuando por su complejidad es aconsejable subdividir el conjunto de actividades que los integran para una mejor comprensión.

En el sector sanitario los procesos clave se centran en la atención al paciente; la mejora del proceso necesita la implicación de todos los profesionales y la toma autónoma de decisión, consensuado entre los mismos, utilizando la evidencia científica a través de documentos prácticos de uso (guías, vías de práctica clínica), y todo esto desarrollado dentro de un sistema integrado. (Arcelay *et al.* 1999).

«La gestión por procesos busca reducir la variabilidad innecesaria que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades, al consumo inapropiado de recursos, etc. Facilita la coordinación y la sinergia entre los diferentes procesos que se dan en una organización y es una base sólida para organizar el empowerment, la asunción de responsabilidad por parte de los profesionales en el ámbito de actuación de su proceso y su trabajo diario» (Lorenzo, Mira & Moracho del Río 2004: 179).

En las organizaciones sanitarias se aprecia de forma clara la visión sistémica que define este tipo de gestión: un conjunto de personas, servicios u organizaciones (proveedores) que solicitan que se lleven a cabo una serie de actividades (procesos) para una serie de personas o servicios que reciben los resultados (clientes). Además, la gran variedad de profesionales y la complejidad de las interrelaciones que se llevan a cabo en el mismo, hace que este sistema de gestión sea especialmente adecuado y contenga un mayor potencial de mejora en nuestra organización.

«Al utilizar la gestión por procesos en una organización debe describirse de forma clara su misión (para qué y por qué existe y para quién se realiza el proceso), concretando, a continuación, entradas y salidas, e identificando clientes internos, proveedores del mismo y clientes externos, destinatarios de los servicios, etc. Se puede medir la cantidad y la calidad de lo producido, el tiempo desde la entrada hasta la salida y el coste invertido en añadir valor; y, por último, ha de poder asignarse la responsabilidad del cumplimiento de la misión del proceso a su propietario del proceso. Las actuaciones de los procesos, o subprocesos, poseen sus características propias, pero no deben ser considerados como entidades individuales, unas influyen en otras, y el concepto de "consecución lógica" de los subprocesos no solo debe ser entendida en el marco temporal, también según cada actividad, de forma que no necesariamente se van a desarrollar todos ellos, y puede que alguno deba repetirse» (Oteo 2006: 250).

#### Enfoque sistémico de gestión por procesos

Las funciones esenciales, roles y responsabilidades de cada hospital, (según su categorización) determinan los sistemas organizacionales que deben implementarse. Para cada sistema se establece una misión y una visión propia, basados en la función que con el sistema se desea cumplir.

Cada sistema se estructura de varios procesos, los que se desarrollan mediante una serie de procedimientos, actividades y tareas concatenadas en una secuencia lógica diagramable.

Los procesos tienen en su esencia el desarrollo de productos, de ahí la frase “Todo proceso tiene producto y todo producto tiene un proceso”, los productos pueden ser tangibles o intangibles.

Se reconoce la existencia de sistemas que son estrictamente necesarios desarrollar, independientemente del tipo de organización que se trate. Otros sistemas se organizan según la especificidad o especialidad que tenga la institución. La adopción del enfoque sistémico de gestión por procesos en los hospitales se inicia con la reflexión sobre cuáles sistemas deben conformar la estructura organizacional del hospital, es decir, identificar los sistemas que permitirán lograr la misión y la visión del hospital, aquellos que permitirán ejecutar las funciones sustantivas y propias de cada hospital, de tal forma que cada uno, según su complejidad pueda establecer su propia Estructura Sistémica.

El modelo de gestión hospitalaria, es un modelo enfocado a resultados, y organizado por procesos con calidad, que plantea de manera general, que las funciones o momentos propios de la gestión, como ser: planificación, organización, dirección, coordinación y control se desarrollan de forma horizontal en todos los sistemas organizacionales. Tales funciones son desarrolladas en la gestión global hospitalaria por determinados sistemas. Por ejemplo: el sistema de planificación a través de sus procesos desarrolla la planificación hospitalaria; sin embargo, todos los sistemas incluyen de forma horizontal su momento de planificación.

#### Enfoque de gestión por resultados

La administración por resultados implica la priorización del logro de los objetivos estratégicos generales y específicos en el proceso de gestión de los recursos públicos.

«La evaluación de los resultados se guía, en general, siguiendo criterios de eficacia, eficiencia, economía y calidad de la intervención del Estado. El seguimiento de estos criterios resulta de vital importancia puesto que están determinados básicamente por el accionar de los responsables de las diferentes áreas de la acción pública. Además, estos criterios forman parte de los aspectos a considerar en un proceso de cambio de la cultura organizacional del sector público que contemple la sustitución de un modelo de administración pública burocrática (enfanzada en los procesos y procedimientos) por otra gerencial, con prevalencia de los resultados» (Shack 2002: 2).

Se trata de un enfoque cuyo propósito es incrementar la eficacia y el impacto de las políticas institucionales, hace énfasis en la responsabilidad que las y los funcionarios deben asumir como equipos, por presentar los resultados de su actuación. Se incorpora como el eje técnico transformador de la gestión hospitalaria en el marco de implementación del proceso de reforma, su finalidad es contribuir a mejorar la productividad con calidad y la eficiencia en la utilización de los recursos, con la perspectiva de elevar la condición de salud de la población.

Con la implantación de este enfoque, se introduce a la gestión de los hospitales, una serie de metodologías y herramientas técnicas, para lograr consistencia entre los objetivos estratégicos y los resultados establecidos en los planes operativos del hospital.

Los resultados pueden ser de corto, de mediano y de largo plazo. Los resultados de corto plazo, conocidos como “productos” se establecen en el plan operativo anual; y los resultados de mediano y largo plazo (efectos e impactos respectivamente) son definidos en el plan estratégico del hospital. Todo

resultado de las Unidades de Salud de la SESAL es establecido por el ente rector en base a procedimientos técnicos que se originan del perfil epidemiológico y a la complejidad y tipo del establecimiento. La meta a alcanzar con sus estándares de calidad y costo son negociados anualmente con el ente financiador en base a la capacidad instalada y los recursos financieros disponibles.

El enfoque de gestión por resultados se caracteriza por la adecuación flexible de los recursos, sistemas de gestión y estructura de responsabilidades, a un conjunto de resultados estratégicos y operativos precisos, definidos y dados a conocer con anticipación, posibles de cumplir en un período de tiempo establecido. Dichos resultados son negociados con el ente financiador, asumidos mediante un instrumento de relacionamiento entre el financiador y el Gestor/Proveedor, monitoreados y evaluados según lo establecido en él mismo.

La gestión por resultados se puede sintetizar de la siguiente manera:

1. Planificación por resultados;
2. Organización por resultados;
3. Dirección por resultados;
4. Coordinación por resultados y
5. Control por resultados.

La gestión se dirige hacia las 4 “M” de Deming:

1. “M” Mano de obra. Los recursos humanos
2. “M” Materiales. Recursos materiales e insumos necesarios.
3. “M” Máquinas. Equipamiento e infraestructura
4. “M” Métodos. Políticas, normas, protocolos, manuales y guías.

A estas 4 “M”, se agrega de manera especial la gestión de los recursos Financieros.

## **Nota 2. Funciones de la gestión**

### **Planificación**

«La planificación se define como la previsión anticipada de cualquier acontecimiento que en este caso hace referencia a la salud. Deben planificarse la necesidad, la eficacia, la eficiencia, la equidad y la calidad de la prestación sanitaria. Hay que calcular qué bienes y servicios se necesitan para promocionar la salud, prevenir la enfermedad, evitar las secuelas, así como para enseñar e investigar aspectos relacionados con la salud, qué se puede hacer con aquello de lo que ya se dispone, lo cual tendría que ver con la eficacia; con lo cual se determina la equidad, que es un concepto de justicia, y finalmente, con qué grado de calidad se va a ofrecer la prestación, tanto técnica como aparente o percibida por el paciente». (Asenjo 2006:16)

Consiste en la elaboración de planes de mayor o menor amplitud que orienten las acciones necesarias para la consecución de los objetivos trazados durante la fase de previsión. Con esta finalidad se elaboran diferentes tipos de planes, entre ellos: programas, presupuestos, procedimientos y políticas. (Guevara 2005: 96)

### **Organización**

La organización es el proceso mediante el cual los mandos de la empresa –una vez formulados los planes- combinan los recursos materiales y humanos para proyectar una estructura formal de tareas y autoridad. Organizar supone distribuir las tareas o actividades, agruparlas en departamentos y dotar a estos de los correspondientes recursos materiales y humanos. (Jiménez 2000: 11)

La organización incluye tres grandes campos: (a) determinación y división de funciones; (b) Fijación de niveles jerárquicos, lo que conlleva la delegación de autoridad y la designación de responsabilidades en los distintos niveles; y (c) el análisis de puestos que consiste en la asignación de funciones a supervisores y trabajadores. (Guevara 2005: 96).

### **Dirección**

Consiste en la determinación de lo que “debe hacerse”. Incluye tres aspectos: Los objetivos, las investigaciones y las alternativas. La determinación de los objetivos es una de las tareas más importantes, ya que servirán de guía para las acciones futuras. «Por su parte, las investigaciones permiten conocer con qué elementos se cuenta y cuáles podrían perturbar el logro de los objetivos. Las alternativas se traducen necesariamente en una toma de decisiones, en el sentido de que debe seleccionarse la vía que se perfile con mejores perspectivas para alcanzar los objetivos previamente fijados». (Guevara 2005: 96).

### **Control**

Tiene por finalidad garantizar a la institución que los resultados obtenidos mediante el ejercicio de las distintas operaciones se adecuen a los objetivos de la empresa. «El control puede hacerse en términos cuantitativos, para ello es necesario que se haga una medición de los resultados, lo cual se contrastará con los patrones de referencia prevista» (Guevara 2005: 99).

Los elementos básicos del proceso de control son:

- a. Fijación de objetivos y estándares determinados
- b. Comparación de los resultados reales con los objetivos propuestos
- c. Puesta en práctica de los mecanismos correctivos a que haya lugar.

## **Nota 3. Propósito de la medición del desempeño**

Los sistemas de salud son entidades complejas con diferentes partes interesadas, incluyendo a pacientes, médicos, enfermeras, técnicos etc. También incluyen a los funcionarios sector salud, e incluso los organismos reguladores, la del gobierno y el público en general. Estos actores están vinculados por una serie de relaciones de responsabilidad. La responsabilidad tiene dos grandes elementos: la representación de una cuenta y la consiguiente rendición de cuentas.

Sea cual sea el diseño preciso del sistema de salud, el propósito fundamental de la medición del desempeño es ayudar a los grupos de interés (*stakeholders*) a tomar decisiones informadas. Es por lo tanto importante destacar que, si las relaciones de responsabilidad funcionan apropiadamente ningún sistema de información del desempeño debe estar aislado del sistema total.

Por lo tanto, es de destacar que, si el la rendición de cuentas son las relaciones para que funcione correctamente, ningún sistema de información de desempeño debe ser en el aislamiento del sistema más amplio de diseño dentro de la cual la medición está incrustada.

En la práctica, la medición del rendimiento rara vez ha sido llevada a cabo con una clara imagen quienes son los usuarios de la información o de cuáles son sus necesidades de información. Los sistemas de medición por lo general han tratado de informar a una variedad de usuarios, por lo general se presenta una amplia gama de datos con la esperanza de que algunos de los datos recopilados sean útiles a diferentes grupos de interés.



### **Dificultades en la medición del desempeño hospitalario**

Hasta la actualidad la evaluación del desempeño de los hospitales es un campo en la que subsisten terminologías diversas, teorías aparentemente inconexas, metodologías y modelos de medición muy específicas y puntuales a cada realidad en una gran diversidad de sistemas de indicadores de desempeño, tan es así como no muchas veces nos encontramos con que en cada país y dentro de cada país y en cada sistema de salud existen distintos modelos de medición y evaluación del desempeño.

Una de las razones de esta diversidad que hace difícil el estudio del desempeño hospitalario es la finalidad de la evaluación y el interés de los diversos grupos de interés que representan a los agentes de los sistemas de salud.

Otra de las causas de las dificultades para la medición y evaluación del desempeño hospitalario es la naturaleza misma de las organizaciones hospitalarias. De acuerdo a

González, López-Valeiras, & Gómez (2010) existen tres características de los hospitales de las que se derivan las dificultades para evaluar el desempeño de los hospitales públicos:

1. Nos encontramos ante instituciones públicas en las que no contamos con las tradicionales cuentas anuales, y los parámetros y ratios que de ellas se derivan (el resultado contable, por ejemplo).
2. Además, estamos ante empresas cuya producción presenta dos características que condicionan especialmente sus sistemas de información: a) Son empresas de servicios, es decir, elaboran productos intangibles. b) Y son multiproducto, es decir, se obtienen tantos productos como pacientes atendidos.
3. Y, finalmente, son organizaciones intensivas en la utilización de capital humano altamente cualificado. (González, López-Valeiras & Gómez 2010: 1)

Estas son las causas por las que en los hospitales no se puede aplicar en todas sus dimensiones los modelos de evaluación del desempeño que son efectivos en las empresas. Aunque el primer paso es estudiar los modelos de medición existentes y partir de allí identificar las propuestas que se pueden aplicar a los hospitales.

Sin embargo, aún persiste un problema de conceptualización en la evaluación de los hospitales públicos ya que muchos consultores y asesores de los sistemas de salud que tienen influencia en las políticas de gestión pública imponen criterios de eficiencia, eficacia y efectividad en los hospitales ante el aumento incesante del gasto en sanidad (Pérez Lázaro *et al.* 2002) en este sentido se busca alcanzar los objetivos con el costo mínimo posible o con un costo fijo dado se obtenga un mayor rendimiento. En este complejo contexto y muy variable, se busca alcanzar estándares de calidad y rendimiento en los procesos y los resultados.

Pero aún existen otros factores que es necesario mencionar como fuentes de dificultades en la medición del desempeño de los hospitales públicos.

Además, el sector público sanitario, se caracteriza por disponer de unos recursos limitados, un incremento del gasto incesante y un aumento de las necesidades asistenciales (envejecimiento de la población, aumento de las enfermedades crónicas, etc.). Todos estos factores ejercen una gran presión tanto sobre las autoridades sanitarias, como en los gestores de hospitales, jefes de servicios y profesionales para usar estos recursos escasos de forma más eficiente.

### **Nota 4. La medición del desempeño hospitalario**

Eficiencia es el equivalente al empleo de los recursos disponibles de la manera más adecuada para obtener el máximo beneficio o producto. Una actividad productiva es ineficiente si se puede reducir la cantidad utilizada de algún input sin perjuicio del producto obtenido, o si se puede aumentar la producción sin utilizar mayores cantidades de los inputs.

El resultado de la actividad de las entidades no lucrativas no suelen ser un output tangible, sino el cumplimiento de unos objetivos en la prestación de un conjunto de servicios a la comunidad.

La determinación del output en Hospitales, constituye un elemento previo para evaluar la eficiencia de estas organizaciones. En el mundo actual la responsabilidad de una organización de salud pasa por su gran sentido de solidaridad social y constante preocupación por el bienestar colectivo, en tal sentido debe existir un equilibrio entre la justa remuneración del trabajo efectivo y el retorno de la inversión en recursos utilizados en insumos e infraestructura. Por lo tanto se redefine el concepto de organización, donde la utilización de los recursos económico es un medio y el desarrollo humano es el fin, ya que el propósito es la salud de la población.

Se replantea el concepto de gestión, ya que no debe limitarse a lo económico financiero, sino que debe involucrarse en lo social, lo humano, lo ético y el medio ambiental, entre otros. Así, se comienzan a desarrollar modelos de reporte social como una manera de explicitar las acciones e impactos que el Hospital genera en la comunidad en la que actúa.

Los desafíos a los que se enfrentan los directivos y el equipo de gestión del hospital son: limitaciones presupuestarias. Evaluación de la calidad de las nuevas tecnologías. Información y papel activo de los pacientes. Definición de los distintos niveles de atención. Gestión: indicadores de eficiencia. Trabajo en equipo. Comunicación.

De acuerdo a De Marco & Suárez (2012) en el proceso de elección de indicadores hospitalarios adecuados para el seguimiento de las diferentes actividades se requiere de una serie de etapas. En primer lugar, es necesario definir las actividades, cuáles y cómo son. En segundo lugar, bajo qué estándar se realiza el seguimiento de la actividad para analizar el resultado obtenido. Posteriormente se debe escoger el tipo de indicador más adecuado, así como su fórmula de cálculo teniendo en cuenta lo que se quiere medir. Los indicadores persiguen valorar y hacer un seguimiento de la ejecución en cuanto a la consecución de un objetivo concreto o realizar una actividad determinada.

### **Nota 5. Descripción del proceso de la gestión del desempeño**

#### **Paso 1: Evaluar las prioridades de la organización**

El primer paso asegura que los recursos dedicados a administrar y medir el desempeño estén dirigidos a los objetivos estratégicos y a la misión de la organización. La principal razón para medir y administrar el rendimiento es impulsar la mejora de la calidad.

El diálogo sobre las prioridades de una organización debe incluir la evaluación de la comunidad, el plan estratégico de la organización, el plan de gestión de la calidad y documentos estratégicos similares.

A menudo, una organización reflexiona sobre lo que no está funcionando bien para determinar su enfoque. En algunos casos, las prioridades de mejora están determinadas por las expectativas de la subvención, los proveedores de fondos externos o las agencias de acreditación.

Un componente clave de este primer paso es que la discusión debe centrarse hacia adelante; es decir:

- ¿Qué tipo de atención quiere la organización?
- ¿Qué necesidades de la comunidad deben ser abordadas por la organización?
- ¿Cómo puede la organización utilizar más eficientemente los recursos para satisfacer la necesidad?

Una organización también debe considerar oportunidades críticas de mejora desde la perspectiva del paciente. Algunos estudios en los Estados Unidos destacan seis áreas de atención que los pacientes consideran importantes:

- **Seguridad.** Evitar las lesiones de los pacientes durante la atención que está destinada a ayudarles.
- **Efectividad.** Ofrecer servicios eficaces basados en el conocimiento científico a todos los que puedan beneficiarse y abstenerse de prestar servicios a aquellos que no se benefician (evitando la subutilización y el uso excesivo)
- **Centrado en el paciente.** Proporciona atención que respeta y responde a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente y asegura que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas
- **Oportuna.** Reducción de las esperas y, a veces, demoras dañinas tanto para los que reciben como para los que prestan atención
- **Eficiente.** Evitar los desperdicios y residuos, en particular, el desperdicio de equipo, suministros, ideas y energía.
- **Atención equitativa.** Que no varía en calidad por características personales, como género, etnia, ubicación geográfica y nivel socioeconómico.

### **Paso 2: Elección de medidas de desempeño**

Después de que una organización discuta lo que es importante medir, el siguiente paso es elegir medidas específicas de rendimiento. Entendiendo que la prestación de atención es una serie de sistemas y procesos, las medidas de desempeño sirven como indicadores para la eficacia de esos sistemas y procesos.

### **Paso 3: Determinar una línea de base**

Una vez que se eligen las medidas de rendimiento, una organización recopila los datos de referencia para cada medida. Los datos de referencia son una instantánea del desempeño de un proceso o resultado que se considera normal, promedio o típico durante un período de tiempo y refleja los sistemas de atención existentes. La determinación de la línea de base implica el cálculo de la medida. A medida que una organización evalúa dónde se encuentra antes de embarcarse en un programa de mejoramiento de la calidad (QI), a menudo encuentra que sus datos reflejan un rendimiento inferior al deseado. Esto no debe causar alarma, sino más bien proporcionar la oportunidad de enfocar los esfuerzos de mejora de la calidad para mejorar el rendimiento.

### **Paso 4: Evaluar el desempeño**

Una vez que el cálculo de la línea de base está completo, una organización decide si el desempeño es satisfactorio o si se necesitan mejoras. Para proporcionar un contexto para evaluar los datos de referencia, una organización puede optar por comparar y comparar sus datos con otras organizaciones de atención de la salud. El Benchmarking es un proceso que compara el desempeño organizacional con las mejores prácticas de la industria del cuidado de la salud, las cuales pueden incluir datos de fuentes locales, regionales o nacionales. La evaluación comparativa aporta objetividad al análisis del desempeño e identifica las fortalezas y debilidades de una organización de atención de la salud.

### **Paso 5: Desarrollar un plan y realizar cambios para mejorar el rendimiento**

Si una organización trabajó previamente para mejorar la calidad, es probable que ya haya un enfoque establecido para mejorar la calidad. Un plan de Mejora de la Calidad (QI) es una estrategia para identificar e implementar cambios específicos en los procesos que pueden resultar en un mejor desempeño. Se puede encontrar información sobre el desarrollo de un plan QI en el módulo Desarrollo e implementación de un plan.

### **Nota 6. Reforma de salud**

La reforma llamada “El Perú Saluda a la vida: lineamientos y medidas de reforma del sector salud” (PERÚ 2013) tiene como lineamientos explícitos: la eficacia, la gestión de recursos humanos, el subsidio de acuerdo a criterios de vulnerabilidad, el aseguramiento como medio de formalización y operador financiero, el fortalecimiento del Fondo Intangible Solidario de Salud (Fiscal) como financiador de segundo piso, así como el incentivo a la producción y la calidad de los servicios de salud.

A pesar de que en el discurso, la reforma del gobierno en salud se orienta hacia la mejora del estado de salud de los residentes en el país reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida. (PERÚ 2013: 3) y el documento de reforma propone profundizar las acciones de: «promoción de la salud, fomentando estilos de vida y entornos saludables». (PERÚ 2013: 4), los problemas de gestión y eficiencia en los hospitales siguen incrementándose.

A más de dos décadas de iniciada la reforma en el sistema de salud en el Perú, el país ha logrado alcanzar la mayoría de los objetivos de desarrollo del milenio sobre salud. Sin embargo, la eficiencia y la calidad del sistema de salud, que ha continuado segmentado y fragmentado, se ha convertido en un cuello de botella y el sub-financiamiento del sector. La escasa integración del sistema ha llevado a un deterioro de la atención de los pacientes haciéndose más difícil que la población acceda oportunamente a los servicios de salud causando grandes sufrimientos en el antes, durante y después de la atención en los diferentes niveles de atención.

En el 2013 se inició otra reforma del sector salud orientada principalmente a mejorar el estado de salud de los residentes en el país, revalorizara al trabajador en salud, creando las condiciones adecuadas para su pleno desarrollo y el cumplimiento de sus funciones, en el marco de una política integral de recursos humanos. Además, se propuso cerrar las brechas de infraestructura y equipamiento de los servicios de salud, a partir de una mayor y mejor inversión pública.

En este marco de reformas, se creó el Instituto de Gestión de Servicios de Salud mediante Decreto Legislativo N° 1167 en diciembre del 2013, como un organismo público ejecutor, adscrito al Ministerio de Salud cuya función era entre otras de conducir la planificación, gestión, operación y prestación de servicios de salud de los institutos especializados y hospitales nacionales, así como de las direcciones de redes de salud del Ministerio de Salud. Brindar asistencia técnica a los Gobiernos Regionales en planificación, gestión, operación y prestación de servicios de salud; conducir y articular la prestación de servicios de salud hospitalarios y de referencia y contra referencia entre los institutos especializados, hospitales y direcciones de redes de salud a nivel nacional. Diseñar y proponer al Ministerio de Salud los modelos organizacionales y de gestión con enfoque de calidad y oportunidad, teniendo en cuenta las normas de modernización de la gestión del Estado. Gestionar mejoras en las capacidades de los institutos especializados y hospitales en materia de docencia, investigación y difusión de la producción científica y monitorear, supervisar, evaluar y retroalimentar el cumplimiento de los objetivos en el marco de las políticas, lineamientos y planes que guían la gestión y operación de las instituciones de salud.

«Los lineamientos de la reforma en salud reconocían que los procesos claves que contribuyen a desarrollar las competencias y mejorar el desempeño de los recursos humanos son la capacitación, selección y evaluación y gestión del desempeño. Sobre los mecanismos de evaluación de desempeño, el MINSA, lo realiza dos veces al año como un proceso administrativo de cumplimiento obligatorio» (García, Díaz, Ávila y Cuzco 2015: 10).

Sin embargo, la reforma quedó inconclusa al cambiar el régimen de gobierno, dejando sin efecto los cambios de la reforma como la desactivación del Instituto Gestión de Servicios de Salud (IGSS) la que fue desactivado por Ley N° 30526, del 16 de diciembre de 2016, disponiéndose su desactivación y autorizando a Ministerio de Salud para que asuma sus competencias y funciones, garantizando la continuidad de la prestación de los servicios de salud que correspondan.

Por tanto, las reformas iniciadas el 2013 no lograron introducir cambios sustantivos en la gestión de hospitales, que se refleja en la atención de los pacientes sino también en las condiciones de trabajo en el que el personal de salud tiene que atender a los pacientes. La implementación del Modelo de Atención Integral de Salud en el primer nivel de atención ha tenido limitaciones, no ha logrado absorber y contener la demanda de atención de la población en ese nivel. La población ha saturado la demanda de los hospitales.

Respecto al sistema de salud de la seguridad social en el Perú o Essalud, se puede reconocer que ha evolucionado desde su creación, sin embargo, debido al crecimiento de la población asegurada y al incremento de enfermedades crónicas y degenerativas de una población más envejecida los hospitales de la seguridad social también registran bajos niveles de desempeño, de eficacia y de eficiencia debido a problemas de gestión.

La Seguridad Social en Salud en el Perú se encuentra regido por Ley N° 26842 “Ley General de Salud”, en la que define el Régimen Estatal y el Régimen Contributivo de la Seguridad Social. El primero de ellos, a cargo del Ministerio de Salud (MINSA), el segundo constituido por el Seguro Social de Salud (ESSALUD) y se complementa con la Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

La seguridad social en el Perú fue creada en 1936 mediante Ley N° 8433, con la cual se creó el Seguro Social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social. El seguro cubría riesgos de enfermedad y brindaba prestaciones de “asistencia médica general y especial, atención hospitalaria, servicio de farmacia y subsidios en dinero” (por enfermedad, maternidad, lactancia y defunción). En 1948 se creó el Seguro Social Obligatorio del Empleado. En 1973 por Decreto Ley 19990 se fusionan los dos seguros creándose el Seguro Social del Perú. En 1987 se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social IPSS. Finalmente, en 1999 se crea el Seguros Social de Salud ESSALUD.

#### **Nota 7. El desempeño en estudios sobre la calidad total (TQM)**

En la literatura sobre la gestión de la calidad total se pueden hallar diversas variables y escalas utilizadas para medir el desempeño, y aunque pueden reflejar similares conceptos en algunos casos, muchas veces suelen no ser coincidentes. Así por ejemplo, el estudio de Adam (1994) considera el desempeño de tres formas: (1) el desempeño de calidad basado en el porcentaje de defectos, el ratio de los costes de calidad entre las ventas y la satisfacción de los clientes; (2) el desempeño operativo es expresado como el porcentaje de beneficios netos sobre las ventas, la rotación anual de personal y la satisfacción de los empleados; y (3) el desempeño financiero incluye el retorno sobre la inversión del año anterior y la media de los tres años anteriores, el crecimiento de las ventas como una media de los tres años anteriores. Todo esto aplicado a organizaciones empresariales con fines de lucro.

Anderson *et al.* (1995) miden el desempeño alcanzado por la implantación de la gestión de la calidad total a través de la satisfacción del consumidor. Esta se entiende como el grado en el cual los clientes de una organización perciben continuamente que sus necesidades han sido satisfechas con los productos y/o servicios de la empresa. Utilizan una escala de cuatro ítems, los dos primeros para comparar las relaciones con los clientes y la calidad de conformidad de los productos de la empresa con respecto a los competidores de la industria, y los dos siguientes para medir en los tres últimos años el desempeño de calidad con respecto a las normas de la industria, y la satisfacción de los clientes con la calidad.

Mor-Jackson (1998) dentro de su concepto de orientación a la calidad total sugiere dos sistemas para medir los resultados obtenidos con las acciones de la calidad total: (1) las medidas de calidad y (2) las medidas de satisfacción del consumidor.

Las medidas de calidad se utilizan para conocer los niveles de calidad de la empresa y las mejoras en las tendencias de esta, del desempeño operativo y la calidad de los proveedores. Estas medidas deben obtenerse de los clientes y los competidores y son las mayores predictores de la calidad percibida por los clientes y de su satisfacción. Para medir la calidad de los productos este autor sugiere utilizar las dimensiones propuestas por Garvín (1988) y para los servicios la escala SERVQUAL de Parasuraman y sus colegas (1985). Con respecto a la medición de la satisfacción del cliente, esta debe reflejar sus expectativas y requerimientos, su satisfacción frente a la que alcanzan los competidores, los niveles y tendencias de la satisfacción del cliente y su fidelidad y los factores de calidad claves para obtener una mayor competitividad en el mercado.

La medición del desempeño también se puede medir utilizando los criterios del Premio Nacional Malcolm Baldrige a la Calidad (MBNQA), considerado como uno de los premios más conocidos en el mundo. La relación entre la gestión de la calidad total (TQM) y el rendimiento organizacional es un tema recurrente en varias ramas de la gestión, incluyendo la gestión de operaciones, y es de interés tanto para académicos como para administradores. TQM ha ganado amplia popularidad en todo el mundo debido a las interrelaciones y el impacto de varios factores y prácticas sobre los principales resultados empresariales, especialmente en los países desarrollados (Calvo-Mora *et al.* 2014, Chávez *et al.* 2013)

Bajo los criterios de la gestión de la calidad total (TQM), los esfuerzos de las organizaciones estuvieron dirigidos a mejorar el liderazgo, la gestión de los recursos humanos, la atención del cliente, la gestión de procesos y la planificación estratégica (Laohavichien *et al.* 2011, Samson y Terziovski 1999).

Por otro lado, las prácticas tradicionales de control de calidad en países desarrollados con su enfoque en empresas productivas, pueden que no sean los suficientemente eficaces y eficientes para sistemas de calidad de servicios del siglo XXI (Lau *et al.* 2004).

Ciertamente que la gestión de calidad basada en TQM (liderazgo, planificación estratégica, gestión de personas, orientación al cliente, información y análisis y gestión de procesos) no es un cuestión sencilla y fácil de entender. (Vecchi y Brennan 2011). Hay muchas situaciones en el que, a pesar del éxito en la implementación de la TQM, no se logró la mejora en el desempeño de la organización. Sin embargo, no se puede negar cierta relación entre una gestión orientada a la calidad y la mejora en el desempeño organizacional.

Existen varios estudios que han utilizado los criterios del Premio Nacional Malcolm Baldrige a la Calidad MBNQA, por ejemplo O'Rourke *et al.* (2001) y Lau *et al.* (2004) utilizaron los criterios del premio MBNQA debido a su estándar internacional para la excelencia en el desempeño y su capacidad para proporcionar un marco integral tanto para los profesionales como para los administradores; Es capaz de identificar fortalezas y debilidades de la organización, así como áreas clave para mejorar. Otros estudios han adoptado MBNQA por su capacidad para corresponder con los principios básicos de TQM (Evans y Jack 2003, Wilson y Collier 2000, Ahire *et al.* 1996, Black 1993).

En la presente investigación se emplean indicadores de desempeño hospitalario basado en el estudio de Sabella, Kashou & Omran (2014) quienes examinaron el desempeño organizacional usando los criterios del Premio Nacional de Calidad Malcolm Baldrige (MBNQA). Los autores, en su estudio en varios hospitales de la Ribera Occidental de Palestina probaron la validez y confiabilidad de los constructos TQM y su relación con el desempeño organizacional de los hospitales. La pregunta de investigación que formularon en su estudio fue: ¿Son confiables los elementos de la gestión de la calidad (TQM) para medir el desempeño organizacional y hasta qué punto pueden predecir el desempeño organizacional?

## Nota 8. Importancia de la medición del desempeño en una organización

Existen varias razones por las que una organización necesita medir su desempeño o rendimiento. La medición del desempeño proporciona un proceso confiable para determinar si el sistema actual de una organización está funcionando bien.

Asimismo, en la economía actual, existe una demanda de transparencia y un creciente escrutinio de las prácticas empresariales de una organización. Estas razones promueven el uso de una organización de datos de procesos y resultados como un medio para demostrar su desempeño. Existen otras circunstancias típicas de por qué una organización puede optar por medir su rendimiento, tales como:

- Distinguir lo que parece estar sucediendo de lo que realmente está sucediendo.
- Establecer una línea base; es decir, medición antes de que se realicen mejoras.
- Tomar decisiones basadas en sólida evidencia.
- Demostrar que los cambios conducen a mejoras.
- Permitir comparaciones de rendimiento entre áreas.
- Supervisar los cambios del proceso para asegurar que las mejoras se mantengan con el tiempo.
- Reconocer la mejora en el rendimiento.

Existen motivos adicionales para que una organización de atención médica pueda medir su rendimiento:

- Las organizaciones de acreditación gubernamental y las fuentes de financiamiento dependen de las medidas de rendimiento para probar que los recursos se utilizan de manera eficiente y eficaz.
- Los médicos utilizan la medición del desempeño para cuantificar la efectividad de la atención basada en evidencia proporcionada por sus sistemas de atención.
- Los líderes de la organización utilizan la medición del desempeño para monitorear y mejorar gestión, la atención clínica y los servicios de apoyo.
- La recaudación de fondos está cada vez más ligada al desempeño documentado.

### Tipos de medidas de desempeño

La categorización de las medidas de desempeño es útil para entender mejor qué sistemas o procesos se miden. Una organización puede combinar diferentes tipos de medidas para proporcionar una imagen completa de sus sistemas subyacentes. Existen cuatro tipos de medidas de desempeño:

- **La medida del proceso** cuantifica un servicio de atención médica prestado a un paciente, en nombre o por un paciente, que se basa en pruebas científicas de eficacia o efectividad. Cuantifica un sistema específico; por ejemplo, para obtener una prueba realizada o un servicio realizado.
- **Medida de resultado** cuantifica el estado de salud de un paciente como resultado de la atención médica. En el área clínica, a menudo mide el resultado de un paciente para poder compararlo con un estándar de atención, como el valor de prueba de un paciente.
- **La medida de equilibrio** garantiza que los cambios para mejorar una parte del sistema no causen nuevos problemas en otras partes del sistema. Examina otra parte del sistema para asegurar que las mejoras en un área no tengan consecuencias inesperadas en otro.
- **La estructura de la medida de cuidado** cuantifica una característica de una organización clínica relevante para su capacidad de proveer atención médica.

### La gestión del desempeño hospitalario

El poder de la gestión del rendimiento hospitalario (HPM) hoy en día es reconocido por proporcionar una calidad de atención médica eficaz. La gestión del rendimiento hospitalario es una clave para cualquier organización de salud. Convierte la brecha entre la planificación conceptual de los objetivos de la organización y la supervisión física del estado de las operaciones diarias.

Existe la necesidad de identificar y priorizar los indicadores de desempeño responsables de la gestión del desempeño hospitalario.

## Nota 9. Aspectos metodológicos en la medición del desempeño

Los diversos usos de las medidas de desempeño del sistema de salud requieren una amplia variedad de métodos de medición, indicadores, técnicas analíticas y enfoques de presentación. Además, se necesitan diferentes métodos de recolección de datos -como encuestas de pacientes, bases de datos administrativas e información clínica recopilada de forma rutinaria- para reunir estos diversos tipos de información.

Smith (2014) sugiere que el área de desempeño bajo evaluación determinará la técnica de recopilación de datos más apropiada. Por ejemplo, cuando se mide la capacidad de respuesta, es probable que las encuestas de hogares o individuales sean las mejores fuentes de experiencias y perspectivas de los pacientes, mientras que cuando se examinan resultados clínicos específicos, los registros clínicos pueden ser una fuente de información más informativa y rentable. En la práctica, aunque los esfuerzos de medición del desempeño han progresado en los últimos años, muchos sistemas de salud todavía se basan en datos fácilmente disponibles como base para la medición del desempeño.

El primer requisito en cualquier sistema de medición del desempeño es desarrollar un marco conceptual robusto dentro del cual se puedan desarrollar medidas de desempeño lo cual debería asegurar que todas las áreas principales de desempeño del sistema de salud estén cubiertas por el sistema de medición, que las prioridades para los nuevos desarrollos puedan ser identificadas y que los esfuerzos de recolección y análisis no sean mal dirigidos o duplicados. En resumen, el requisito final es desarrollar una cartera óptima de instrumentos de medición del desempeño.

Los problemas detallados sobre metodología surgen cuando se considera el diseño de indicadores individuales. Una consideración importante es el nivel de los datos de rendimiento. Las posibilidades incluyen el nivel macro nacional o regional, el nivel meso, (como las tasas de mortalidad postoperatoria en los hospitales) y el nivel micro (como los resultados de salud alcanzados por los profesionales).

## Nota 10. Otros antecedentes

Pascual (2012) lleva cabo una investigación en Guatemala para su tesis titulada *Gestión Empresarial en el Hospital Diocesano de Jacaltenango, Huehuetenango* con el objetivo de determinar cómo se aplica la gestión empresarial en el Hospital Diocesano de Jacaltenango. Los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio de tesis fueron, una encuesta diseñada para el Personal Técnico – Administrativo y Operativo, las cuales constaban de 41 preguntas; otra aplicada a los clientes con el objeto de evaluar el ambiente externo de la institución. Adicionalmente se manejó, una guía de observación y una entrevista dirigida a la directora como complemento para algunos indicadores. El estudio correspondió a un estudio de tipo descriptiva. Entre las principales conclusiones a las que se llega en esta investigación se mencionan las siguientes: «Se determinó que la gestión empresarial aplicada en el Hospital Diocesano de Jacaltenango era empírica y discrecional, manejada únicamente por los jefes de alto rango. Por tal situación se enfrentaron con la dificultad de coordinar adecuadamente los recursos humanos y materiales de la organización, impidiendo así el alcance de los objetivos trazados» (Pascual 2012: 87).

Tola (2015) hace un estudio en Puno con el título *Influencia de la gestión administrativa en los servicios de salud de los Hospitales III de ESSALUD de la Región Puno -2012*. Con el objetivo de estudiar la forma en que la gestión administrativa influye en el “colaborativo de mejoramiento”<sup>1</sup> de los servicios de salud de los Hospitales III de EsSalud de la Región Puno-2012. Se diseñó una investigación básica, no experimental, de tipo descriptiva-explicativa-correlacional y transversal. La muestra estuvo constituida por 56 profesionales de salud de los Hospitales III de EsSalud de la Región Puno. El autor concluyó en que la gestión administrativa de los Hospitales III de EsSalud de la Región Puno no era eficiente y no era eficaz por consiguiente influye en grado mínimo en el colaborativo de mejoramiento de los servicios de salud, porque probablemente los directivos de las jefaturas de los hospitales III de EsSalud, aún no se actualizan en la tecnología del “colaborativo de mejoramiento” en servicios de salud, así mismo la gestión administrativa actual no tiene previsto implementar planes y/o proyectos de mejora continua.

Saboya (2005) realiza un estudio comparativo titulado *Gestión de servicios hospitalarios públicos: estudio comparativo entre hospitales de la región noroeste de Brasil y Cataluña*, cuyo objetivo fue estudiar comparativamente la gestión de los servicios hospitalarios públicos de Barcelona (España) y Fortaleza (Brasil), con un enfoque del marketing y de la calidad de atención a los usuarios de las consultas externas. Se diseñó un estudio cualitativo usando la metodología estudio de casos. Se diseñó una guía de entrevista y un cuestionario con 16 preguntas cerradas. Se concluye en que «[...] tanto el sistema sanitario español como el Brasileño realizaron reformas con el objetivo de mejorar el bienestar de la comunidad, cada país con sus distintas influencias. Con relación a la gestión hospitalaria, todavía hay mucho por ser realizado, pues, persiste la tendencia a modernizar la gestión hospitalaria, aplicando en algunos casos la reingeniería en los procesos sanitarios. Se ha hallado un enorme abismo entre los dos países estudiados. Los principales problemas en estos dos escenarios son las colas y el tiempo de espera. Una de las principales preocupaciones sería la autonomía, es decir la flexibilización y el rediseño de las estructuras, el poder de resolución por parte de los gestores de hospitales públicos sin el exceso de burocracia que retarda o impide soluciones» (Saboya 2005: 402).

De Marco y Suarez (2012) publican los resultados de su investigación en Argentina titulada *Indicadores de gestión en hospitales en San Miguel de Tucumán* cuyo objetivo fue analizar la eficiencia de las entidades no lucrativas del sector público sanitario en función de indicadores como herramienta útil de gestión. Se elaboró una matriz de gestión, la cual está conformada por setenta y nueve indicadores. Los mismos fueron confeccionados en función de cuatro directrices: eficacia, eficiencia, calidad, productividad. Los autores concluyen en que «es posible identificar en la bibliografía un conjunto de modelo e indicadores hacia donde se dirige la gestión hospitalaria. El hospital es una organización esencial para la salud de la población. Las visiones y voluntades de sus principales agentes todavía son quienes tienen la mayor capacidad para definir el destino del hospital. Se ha postulado en esta investigación una serie de indicadores, se han descrito cinco de ellos, para obtener una mejor performance del hospital. Lo valioso es que se está utilizando en el hospital y está mejorando el servicio de salud en San Miguel de Tucumán» (De Marco, Myriam y Suarez 2001: 87)

Carreño, A. (2009) realiza una investigación en Colombia con el título *Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008* «Este estudio comparó los indicadores obtenidos para el año 2008 en calidad en salud, eficiencia hospitalaria y producción de servicios en los hospitales públicos de tercer nivel de Bogotá, y midió el grado de correlación existente entre la calidad, la eficiencia y la producción de servicios. “Se encontraron diferencias en los resultados que podrían estar relacionadas con factores demográficos como la cantidad y tipo de población atendida, la ubicación geográfica, el grado de pobreza y otros factores relacionados con la capacidad técnica instalada. Los indicadores de calidad y eficiencia hospitalaria se pueden ver menguados por la productividad» (Carreño 2009: 1).

Respecto al sistema de salud de la seguridad social en el Perú o Essalud, se puede reconocer que ha evolucionado desde su creación, sin embargo, debido al crecimiento de la población asegurada y al incremento de enfermedades crónicas y degenerativas de una población más envejecida los hospitales de la seguridad social también registran bajos niveles de desempeño, de eficacia y de eficiencia debido a problemas de gestión.

La Seguridad Social en Salud en el Perú se encuentra regido por Ley N° 26842 “Ley General de Salud”, en la que define el Régimen Estatal y el Régimen Contributivo de la Seguridad Social. El primero de ellos, a cargo del Ministerio de Salud (MINSA), el segundo constituido por el Seguro Social de Salud (ESSALUD) y se complementa con la Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

La seguridad social en el Perú fue creada en 1936 mediante Ley N° 8433, con la cual se creó el Seguro Social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social. El seguro cubría riesgos de enfermedad y brindaba prestaciones de “asistencia médica general y especial, atención hospitalaria, servicio de farmacia y subsidios en dinero” (por enfermedad, maternidad, lactancia y defunción); En 1948 se creó el Seguro Social Obligatorio del Empleado. En 1973 por Decreto Ley 19990 se fusionan los dos seguros creándose el Seguro Social del Perú. En 1987 se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social IPSS. Finalmente, en 1999 se crea el Seguros Social de Salud ESSALUD.

#### **Nota 11.**

La Encuesta Mundial de Salud de hogares en más de 70 países contiene un módulo de capacidad de respuesta que ofrece cierto potencial para proponer soluciones operacionales a la medición rutinaria de la capacidad de respuesta de un sistema de salud. (Valentine *et al.* s/f).

La protección financiera de gastos catastróficos asociados con la mala salud es una preocupación fundamental del sistema de salud. Muchos países de ingresos altos han introducido una cobertura de seguro universal para abordar esta cuestión, pero aun así hay grandes variaciones en las medidas de protección financiera entre los países y con el tiempo. La cuestión, sin embargo, es aún más aguda en muchos países de bajos ingresos, donde hay variaciones masivas en la medida en que los hogares (especialmente los pobres) no están protegidos de los gastos catastróficos. Por lo tanto, existe un creciente interés en que la OMS y el Banco Mundial desarrollen indicadores fiables y comparables de protección financiera. Un desafío importante es ir más allá del gasto inmediato en salud, para trazar las implicaciones a más largo plazo para la riqueza y el ahorro de los hogares.

Por último, la productividad (y la eficiencia) es quizás el área de medición más difícil de todos, ya que busca ofrecer un marco integral que vincule los recursos utilizados con las medidas de efectividad. La necesidad de desarrollar medidas fiables de productividad es obvia, dada la problemática política de tratar de decidir dónde se gastan los recursos financieros del sistema de salud y de tratar de identificar proveedores ineficientes. El informe sobre la salud en el mundo 2000, sin embargo, ilustra cuán difícil es esta tarea a nivel macro. Y los desafíos contables de identificar los recursos consumidos se vuelven cada vez más agudos a medida que avanzamos hacia niveles más precisos en detalle, como el nivel meso (organizaciones proveedoras, por ejemplo), el departamento clínico, el profesional o, lo más difícil de todo, el individuo paciente o persona. En el recuadro 1 se ofrece información detallada sobre la experiencia finlandesa en la producción de datos comparativos que se utilizan para mejorar la productividad.

#### **Nota 12.**

Las medidas de desempeño están diseñadas para medir los sistemas de atención y se derivan de las guías de práctica clínica. Los datos que se definen en determinados indicadores proporcionan un multímetro para medir la calidad de su atención. Las medidas de rendimiento proporcionan una indicación del desempeño de una organización en relación con un proceso o resultado especificado. Las guías de práctica clínica que describen las expectativas de atención en torno a un tema específico o estado de la enfermedad son creadas por un grupo de expertos clínicos. Las medidas de desempeño y los lineamientos de cuidado tienen un propósito diferente no siempre son idénticos

<sup>1</sup> Sistema de aprendizaje compartido formado por un gran número de equipos para trabajar juntos a fin de lograr de manera rápida mejoras significativas en los procesos de calidad y eficiencia en un área de atención específica.

La medición del desempeño es un proceso mediante el cual una organización monitorea importantes aspectos de sus programas, sistemas, y procesos. En este contexto, la medición del desempeño incluye los procesos operativos utilizados para recoger los datos necesarios para las medidas de desempeño.

La gestión del rendimiento es un proceso utilizado para establecer los objetivos y regularmente comprobar el progreso hacia el logro de esas metas. En la práctica, una organización establece metas, mira los datos reales de las medidas de su rendimiento, y actúa sobre los resultados para mejorar el desempeño en función de sus metas.

Los resultados de la medición del desempeño proporcionan información sobre cómo funcionan los programas actuales de una organización y cómo se pueden asignar sus recursos para optimizar la eficiencia y eficacia de los programas.

La medición del desempeño es establecida en todo el proceso del cuidado de la salud en las áreas básicas de finanzas, operaciones y servicios de atención clínica. Por ejemplo:

- Finanzas: una organización a menudo mide la eficiencia de sus cuentas por cobrar es decir, la recolección oportuna de pagos por servicios prestados
- Operaciones: una organización rastrea el tiempo que le toma a un paciente recibir una cita en la práctica o mide la satisfacción del paciente con la atención recibida.
- Cuidado clínico: una organización mide la frecuencia con que se administra la atención de acuerdo con las guías basadas en evidencia, o cuán eficaz es la atención en la mejora de los resultados de los pacientes.

A medida que la tecnología de la información se integra ampliamente en los entornos de atención de salud, el apoyo a la medición del desempeño también se expande en toda la organización.

### **Nota 13. Discusión**

La apreciación de la dimensión liderazgo desde la percepción de los médicos y directivos del hospital de Essalud evaluado, ha evidenciado que el 69,8% del personal encuestado valoran el liderazgo en el hospital como regular; el 66,7% de los médicos califica el liderazgo como Regular y el 15,2% como buena en tanto que el 80% de los directivos califica el liderazgo como regular y nadie lo califica como buena (ver tabla 6).

En la evaluación de la dimensión de la planificación estratégica se halló que globalmente el 67,4% de los médicos y directivos encuestados lo percibe como Regular y el 9,3% como Buena pero un 23,3% lo califica como Mala. Asimismo, del total de médicos, el 21,2% consideran que la planificación estratégica es mala; el 66,7% consideran que la planificación estratégica es regular. Mientras que del total de directivos el 70% opina que la planificación estratégica es regular y el 30% consideran que la planificación estratégica es mala (ver tabla 7).

Respecto a la dimensión orientación hacia el paciente y la salud pública se halló que en general médicos y directivos del hospital en un 55,8% del total lo perciben en un nivel regular, el 30,2% como mala y el 14% como Buena. Asimismo, el 63,6% de los médicos lo considera como regular y el 24,2% como mala, en tanto que el 50% de los directivos lo considera como mala y el 30% como regular (ver tabla 8).

En la evaluación de la dimensión información y análisis se halló que el 53,5% de los encuestados lo considera como regular en tanto que el 30,2% como mala, y un 16,3% como buena. La percepción entre médicos es de 57,6% como regular 24,2% como mala y 18,2% como buena; asimismo se halló que entre directivo el 40% lo considera como regular, el 50% como mala y el 10% como buena (ver tabla 9).

Al medir la dimensión orientación a los recursos humanos se halló que médicos y directivos del hospital lo perciben globalmente en un nivel regular (48,8%), el 32,6% lo considera malo y el 18,6% bueno. Del total de médicos, el 27,3% consideran que la orientación a los recursos humanos es mala; el 54,5% consideran que es regular. Mientras que del total de directivos el 30% opina que la orientación a los recursos es regular, el 50% es mala y el 20% es buena. (Ver Tabla 10)

Sobre la dimensión gestión de procesos se halló que el 69,8% de médicos y directivos globalmente lo consideran como regular, el 16,3% lo consideran como mala y el 14% como buena. Asimismo, se halló que el 66,7% de los médicos considera como regular, el 18,2% como buena y el 15,2% como mala. Entre los directivos se halló que el 80% lo considera como regular y el 20% como mala, nadie lo considera como buena (ver tabla 11).

La percepción de las prácticas de gestión de la calidad en la dimensión de liderazgo y planificación estratégica ha sido percibida por los directivos como regular y mala, no habiendo un solo directivo de la muestra de estudio que haya calificado estas dimensiones como buena.

A diferencia de una proporción de médicos que llegan a califica de buena en las dos dimensiones. En la dimensión planificación estratégica, entre médicos la calificación de Buena cae tres puntos en esta dimensión en comparación con la dimensión liderazgo.

En comparación con las variables de liderazgo y planeamiento estratégico que obtuvieron calificaciones de mala y regular desde la percepción de los directivos, la variable de orientación al paciente y la salud pública obtiene una calificación de buena. Los médicos en cambio, tienen una percepción más favorable en el desempeño de las tres variables, aunque prevalece la calificación de regular y mala.

En comparación con las variables de liderazgo y planeamiento estratégico en la que el porcentaje de directivos que calificaban de mala era menor, en la dimensión información y análisis, se registra un mayor porcentaje de directivos que califican como mala, similar a la dimensión orientación hacia el paciente lo que podría evidenciar que son los directivos los que tienen una peor percepción en esta dimensión, a diferencia de los médicos que perciben casi en las mismas proporciones que las anteriores dimensiones.

Similar a la dimensión de información y análisis, en la que los directivos predominantemente calificaban de mala, en la dimensión orientación a los recursos humanos también predomina la calificación de mala entre los directivos, en tanto que los médicos casi tienen la misma percepción predominante de regular en las dos variables.

Comparativamente a los resultados en las dimensiones liderazgo y planificación estratégica en la que los directivos percibían como mala y regular y nadie calificaba como buena, en la dimensión gestión de procesos ningún directivo llega a calificar como buena siendo los médicos los que califican la dimensión de gestión de procesos en las tres calificaciones, aunque principalmente como regular al igual que los directivos.

Al evaluar las dimensiones de la variable desempeño se hallaron los siguientes resultados:

En la dimensión resultados del desempeño, el 55,8% del total de encuestados considera como regular, el 34,9% como mala y el 9,3% como buena. Por otro lado, el 60,6% de los médicos lo considera regular, el 33,3% lo considera mala y el 6,1% lo considera buena. En tanto que el 40% de los directivos lo considera como regular, el 40% como mala y el 20% como buena (ver tabla 12).

En la evaluación de la dimensión eficiencia y efectividad, en términos globales, el 58,1% de los encuestados lo considera como regular, el 34,9% lo considera como mala y el 7% lo considera como buena. En la percepción de los médicos se halló que el 63,6% lo considera como regular el 30,3% lo

considera como mala y el 6.1% lo considera como buena. Asimismo, se halló que el 50% de los directivos considera la eficiencia y la efectividad en el hospital como mala, el 40% como regular y el 10% como buena (ver tabla 14).

Respecto a la dimensión de la continuidad de la atención, el 53,5% del total de médicos y directivos del hospital lo consideraron como regular, el 37,2% lo consideraron como mala y el 9,3% como buena. Asimismo, se halló que el 54,5% de los médicos consideran a la continuidad de la atención de los pacientes como regular, el 36,4% como mala y el 9,1% como buena, en tanto que el 50% de los directivos lo considera como regular, el 40% como mala y el 10% como buena (ver tabla 15).

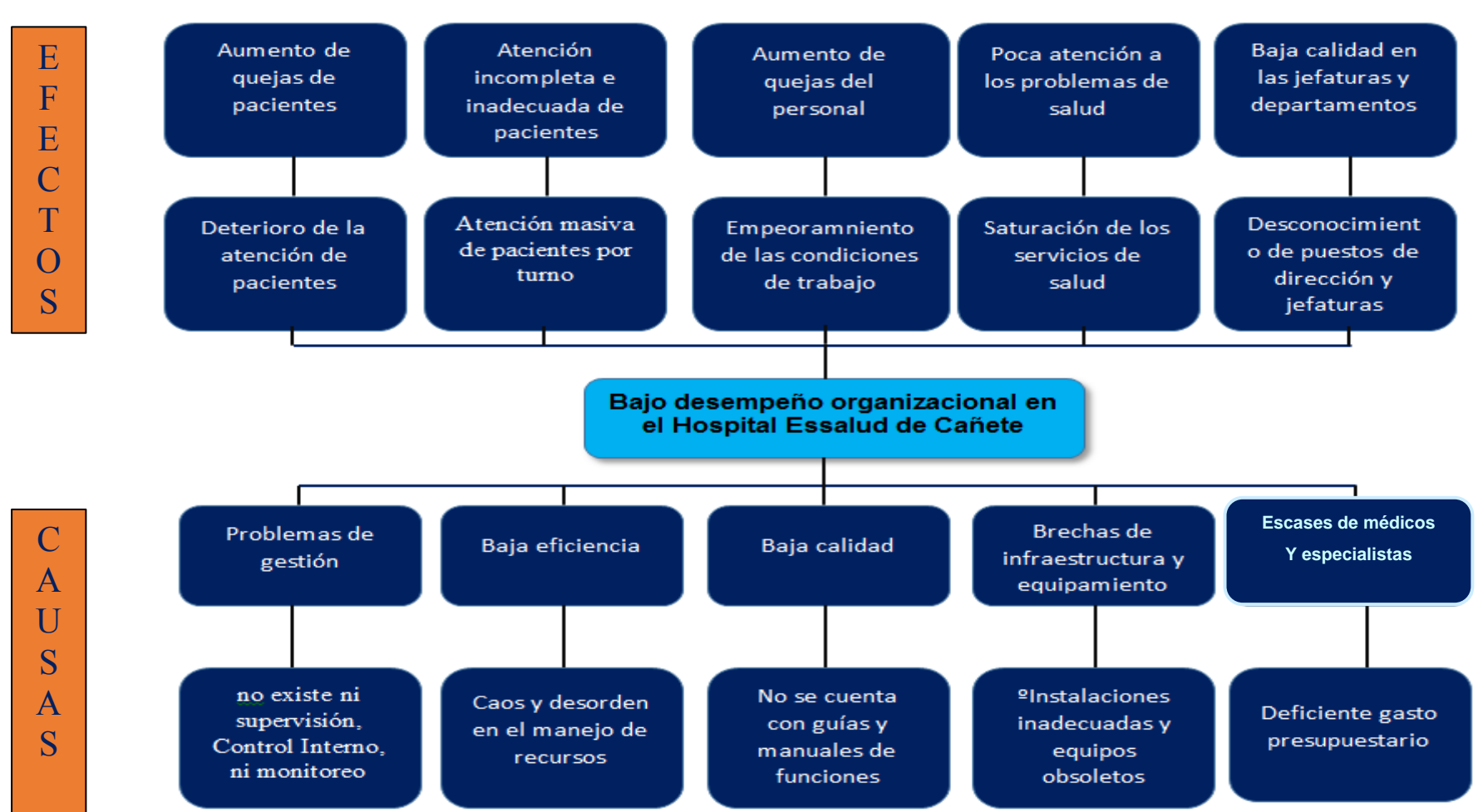
Respecto a la dimensión empleo de recursos en el hospital, se halló que el 55,8% de los encuestados lo considera como regular, el 34,9% lo considera como mala y el 9,3% como buena. Casi similar proporción se halló en médicos en el que se encontró que el 60,6% lo considera como regular, el 36,4% lo considera como mala y el 3% como buena, en tanto que el 40% de los directivos lo considera como regular, el 30% como mala y el 30% como buena (ver tabla 16).

La misma proporción de directivos que califican la dimensión resultado del desempeño como mala también califican de regular y una pequeña proporción de directivos califica como buena, al igual que existe una pequeña proporción de médicos que si califican los resultados del desempeño como buena, aunque prevalece la calificación de regular tanto en médicos como en directivos.

A diferencia de la dimensión resultados del desempeño, en la que existe un 40% de directivos que califican como mala, en la dimensión eficiencia y efectividad este porcentaje aumenta a 50% entre los directivos y disminuye a la mitad los directivos que califican de buena. Entre los médicos existe una distribución similar tanto en la variable resultado del desempeño como en la variable Eficiencia y efectividad.

En comparación a las dimensiones de resultados del desempeño y eficiencia y efectividad, en las que el porcentaje de directivos y médicos son muy variables en las tres categorías, en la dimensión continuidad, tanto médicos como directivos califican de buena, regular y mala la dimensión continuidad casi en la misma proporción.

Anexo 9. Árbol del problema





## **Nota biográfica**

### **Andrés Oré Cárdenas**

Nació el 29 de agosto de 1962 en el distrito de San Vicente, Provincia de Cañete. En 1995 se graduó como Médico Cirujano en la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Estudió un postgrado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y se graduó como médico especialista en Medicina Interna en el 2005.

Se graduó como Maestro en Gerencia de Servicios de Salud en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2008. Fue Regidor en la Municipalidad distrital de Imperial en el periodo 2005-2008. Estudió una Maestría en Relaciones Públicas en la Universidad de San Martín de Porres. Asumió la Jefatura del Servicio de Emergencia y además fue Jefe del Departamento de Medicina. Se desempeña como médico internista en la Red Asistencial Rebagliati de Essalud.