



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Expectativas internas en el Hospital de Salud Mental  
Hermilio Valdizán: Gestión administrativa y gestión  
asistencial en la calidad de atención brindada a los  
pacientes**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad**

**AUTOR:**

**Mg. Raúl Francisco Gutiérrez Abregú**

**ASESOR:**

**Dr. Luis Alberto Núñez Lira**

**SECCIÓN:**

**Ciencias empresariales**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**Control administrativo**

**PERÚ – 2018**

Página del Jurado



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA MAESTRO (A): GUTIERREZ ABREGU, RAUL FRANCISCO

Para obtener el Grado Académico de Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad, ha sustentado la tesis titulada:

EXPECTATIVAS INTERNAS EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZAN :GESTION ADMINISTRATIVA Y GESTION ASISTENCIAL EN LA CALIDAD DE LA ATENCION BRINDADA A LOS PACIENTES 2017.

Fecha: 22 de agosto de 2019

Hora: 9:00 a.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Joaquín Vertiz Osoreo

Firma: .....

SECRETARIO: Dr. Jaime Agustín Sánchez Ortega

Firma: .....

VOCAL: Dr. Luis Alberto Nuñez Lira

Firma: .....

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobada por unanimidad

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

.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

.....

.....

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

**Dedicatoria**

A mi familia

### **Agradecimiento**

Mi más profundo reconocimiento a los profesionales y técnicos en salud del Hospital Hermilio Valdizán por su valiosa colaboración

### **Declaración de Autoría**

Yo, Gutiérrez Abregú, Raúl Francisco, estudiante de la Escuela de Postgrado, Doctorado en Administración de la Educación, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado “Expectativas internas en el Hospital de Salud Mental Hermilio Valdizán: Gestión administrativa y gestión asistencial en la calidad de atención brindada a los pacientes”, presentada, en 91 folios para la obtención del grado académico de Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad.

Por lo tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicas.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, agosto del 2017

Mgtr. Gutiérrez Abregú, Raúl Francisco

DNI: 06185122

## Presentación

Señores(as) integrantes del jurado:

Presento a ustedes la tesis *Expectativas internas en el Hospital de Salud Mental Hermilio Valdizán: Gestión administrativa y gestión asistencial en la calidad de atención brindada a los pacientes*, en cumplimiento con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad “César Vallejo” para obtener el grado de Doctor.

El presente informe se desarrolló en ocho capítulos precedidos por las páginas preliminares e informativas; el primer capítulo titulado Introducción contenía el marco teórico, justificación de la investigación, el problema de investigación y los objetivos de ésta; en el siguiente capítulo, marco metodológico, se detalló el proceso seguido en el proceso de la investigación, así como los fundamentos metodológicos; en el capítulo de resultados se describieron los hallazgos y se desarrollaron las pruebas inferenciales que permitieron establecer la validez de las hipótesis; en el capítulo de discusión se presentó el análisis detallado de los resultados, que permitió elaborar posteriormente las conclusiones y las recomendaciones; el informe concluyó en el capítulo de referencias bibliográficas, agregándose a él los anexos.

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

El autor

## Índice

	Pág.
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
Resumo	xiv
I. Introducción:	15
Realidad problemática	16
Trabajos previos	19
Fundamentación científica	23
Justificación	76
Formulación del problema	78
Hipótesis	79
Objetivos	79
II. Método	80
2.1. Diseño de investigación	81

2.2. Variables y Operacionalización	82
2.3. Población, muestra y muestreo	88
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	88
2.5. Métodos de análisis de datos	97
2.6. Aspectos éticos	97
III. Resultados	99
IV. Discusión	111
V. Conclusiones	114
VI. Recomendaciones	116
VII. Referencias	118
Apéndices	124
Anexo 01 Matriz de consistencia	
Anexo 02 Instrumentos	
Anexo 03 Certificados de validación de instrumentos	
Anexo 04 Base de datos	
Anexo 05 Artículo científico	



## Índice de tablas

			Pág.
Tabla	1.	Operacionalización de la gestión administrativa	85
Tabla	2.	Operacionalización de la gestión asistencial	86
Tabla	3.	Operacionalización de la calidad de atención al paciente	87
Tabla	4.	Población y muestra de profesionales y técnicos en salud	88
Tabla	5.	Prueba de KMO y Bartlett. Gestión administrativa	91
Tabla	6.	Varianza total explicada Gestión administrativa	92
Tabla	7.	Matriz de componente rotado	92
Tabla	8.	Prueba de KMO y Bartlett: Gestión asistencial	93
Tabla	9.	Varianza total explicada Gestión asistencial	93
Tabla	10.	Matriz de componente rotado: Gestión asistencial	94
Tabla	11.	Prueba de KMO y Bartlett: calidad de atención	94
Tabla	12.	Varianza total explicada calidad de atención	95
Tabla	13.	Matriz de componente rotado: calidad de atención	95
Tabla	14.	Gestión administrativa del Hospital Hermilio Valdizán	100
Tabla	15.	Dimensiones de la gestión administrativa del Hospital	101
Tabla	16.	Gestión asistencial del Hospital Hermilio Valdizán	101
Tabla	17.	Dimensiones de la gestión asistencial del Hospital	102
Tabla	18.	Calidad de atención en el Hospital Hermilio Valdizán	103
Tabla	19.	Dimensiones de la calidad de atención en el Hospital	104
Tabla	20.	Información de ajuste de los modelos: HG	104

Tabla	21.	Bondad de ajuste: HG	105
Tabla	22.	Pseudo R cuadrado: HG	106
Tabla	23.	Pruebas de la razón de verosimilitud	106
Tabla	24.	Clasificación	106
Tabla	25.	Información de ajuste de los modelos: HE1	107
Tabla	26.	Bondad de ajuste: HE1	107
Tabla	27.	Pseudo R cuadrado: HE1	108
Tabla	28.	Pruebas de la razón de verosimilitud: HE1	108
Tabla	29.	Clasificación: HE1	108
Tabla	30.	Información de ajuste de los modelos: HE2	109
Tabla	31.	Bondad de ajuste: HE2	109
Tabla	32.	Pseudo R cuadrado: HE2	110
Tabla	33.	Pruebas de la razón de verosimilitud: HE2	110
Tabla	34.	Clasificación: HE2	110
	35.		

## Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Gestión administrativa del Hospital Hermilio Valdizán	100
Figura 2. Dimensiones de la gestión administrativa del Hospital	101
Figura 3. Gestión asistencial del Hospital	102
Figura 4. Dimensiones gestión asistencial del Hospital	103
Figura 5. Calidad de atención en el Hospital	103
Figura 6. Dimensiones de la calidad de atención en el Hospital	104

## Resumen

El objetivo fue establecer la influencia de la gestión administrativa y la gestión asistencial en la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.

Esta investigación, fue desarrollada en forma no experimental, en una muestra conformada por 64 trabajadores sanitarios del Hospital; los datos sobre las gestiones administrativa y asistencial fueron recogidos mediante dos escalas auto elaboradas y sobre la calidad de atención mediante el cuestionario SERVQUAL adaptado, estableciéndose su validez de contenido mediante la técnica de los expertos. La consistencia interna fue calculada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach en 0,926, 0,937 y 0,912 respectivamente.

Los resultados mostraron que el 69,7% y el 75,1% de los trabajadores sanitarios encuestados consideraron que la gestión administrativa y la asistencial estaban entre moderadamente adecuadas y muy adecuadas. En los resultados de la prueba de regresión se halló que los datos se ajustan al modelo y que éste explica hasta el 79,7% de ellos; ello evidenció que el efecto positivo se debió a las gestiones administrativas y asistencial.

*Palabras clave:* Gestión administrativa, gestión asistencial y calidad de atención.

## Abstract

The objective was to establish the influence of administrative management and care management on the quality of care provided to patients of Hermilio Valdizán Mental Health Hospital.

This research was developed in a non-experimental way, in a sample made up of 64 health workers from the Hospital; the data on administrative and care management were collected by means of two self-prepared scales and on the quality of care through the adapted SERVQUAL questionnaire, establishing its content validity through the technique of the experts. The internal consistency was calculated using the Cronbach's alpha coefficient of 0.926, 0.937 and 0.912, respectively.

The results showed that 69.7% and 75.1% of the health workers surveyed considered that administrative and care management were between moderately adequate and very adequate. In the results of the regression test it was found that the data fit the model and that it explains up to 79.7% of them; This evidenced that the positive effect was due to administrative and assistance procedures.

*Key words:* Administrative management, care management and quality of care.

## Resumo

O objetivo foi estabelecer a influência da gestão administrativa e do gerenciamento de atendimento na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes do Hospital de Saúde Mental de Hermilio Valdizán.

Esta pesquisa foi desenvolvida de forma não experimental, em uma amostra composta por 64 profissionais de saúde do Hospital; os dados sobre gestão administrativa e de cuidados foram coletados por meio de duas escalas auto preparadas e sobre a qualidade dos cuidados através do questionário SERVQUAL adaptado, estabelecendo sua validade de conteúdo através da técnica dos especialistas. A consistência interna foi calculada pelo coeficiente alfa de Cronbach de 0,926, 0,937 e 0,912, respectivamente.

Os resultados mostraram que 69,7% e 75,1% dos profissionais de saúde entrevistados consideraram que o gerenciamento administrativo e de cuidados estava entre moderadamente adequado e muito adequado. Nos resultados do teste de regressão, verificou-se que os dados se encaixam no modelo e que ele explica até 79,7% deles; isso evidenciou que o efeito positivo foi devido aos procedimentos administrativos e de assistência.

*Palavras-chave:* gestão administrativa, gestão de cuidados e qualidade dos cuidados.

## **I. Introducción**

### **1.1. Realidad problemática**

La investigación fue desarrollada en las instalaciones del Hospital de salud mental Hermilio Valdizán el que fue inaugurado el 9 de setiembre de 1961, como una institución de salud de gestión pública; hoy es considerado un órgano descentralizado del Ministerio de Salud – MINSA y dado que pertenece al Instituto de Gestión de los Servicios de Salud - IGSS, tiene responsabilidad política y administrativa en la atención de las necesidades de salud mental de los pobladores de Lima Este y de los departamentos de la zona central del Perú.

Siendo política de estado, privilegiar la atención primaria esto es, la promoción y prevención en salud, en lo que concierne al Hospital Hermilio Valdizán, su objetivo político es la atención primaria de la salud mental. Para ello se hallaba organizado en dos grandes áreas, administrativa y asistencial; sin embargo, se desconocía si el rol específico de los directivos se estaba dando en función de los objetivos estratégicos institucionales, derivados del objetivo político.

Establecer esto era importante, teniendo en cuenta que la gestión de los recursos humanos se hallaba muy cuestionada, en la medida que profesionales que habiendo cursado estudios de especialización en diversos países, se hallaban muy calificados en el campo asistencial, pero que estaban ubicados en cargos gerenciales, donde su desempeño no estaba contribuyendo con los objetivos estratégicos en salud mental; se hacía evidente que su experticia no se empleaba adecuadamente, como lo demostraban los casos donde Asistentas Sociales ocupaban cargos gerenciales; Psicólogos en nutrición; una Ingeniera de secretaria; un experto en alcoholismo en labor gerencial; un Psiquiatra de niños, haciendo gerencia en adultos. Y contrariamente, se mantiene como personal asistencial, a personas con poca experiencia pero que contaban con conocimientos gerenciales que garantizaría su buen desempeño; en otros casos, personal que inició sus labores como técnicos y habiendo logrado títulos profesionales en especialidades de gerencia, eran mantenidos en su puesto de origen.

Por otro lado, muchos de los conflictos laborales, se habían generado al interrumpirse algunos cargos, a criterio de los directivos, pues éstos hacían cambios en función de su plan de gestión y también cediendo a presiones políticas;



esto ha determinado que muchos de los cargos importantes no fueran estables, sino que se entiendan como “cargos de confianza”. Existiendo casos de personas que como jefes en un área, desarrollaron experiencia, fueron capacitados y más aún demostraron eficiencia, sin embargo, tuvieron que dejar su puesto de trabajo y volver a empezar en otra área, es evidente que ello ha ido frustrando expectativas de desarrollo personal, ha generado desmotivación y disminuyó el compromiso con la institución, lo grave es que ésta precisa de sus valiosos aportes.

El personal de la institución, conformado por profesionales de la salud, de otras profesiones y los no profesionales y que se hallaban en condición de nombrados, trabajadores CAS y terceros, manifestaban descontento en el puesto en que estaban principalmente por las frecuentes rotaciones, inclusive algunos trabajadores salen fuera de la institución a otras del mismo nivel, pese a que podría generárseles espacio dentro de la misma organización.

Asimismo, eran diversos los problemas de salud en los trabajadores y que aparentemente estaban relacionados con su actividad cotidiana; son comunes el estrés, ansiedad y la depresión, llegando muchos a presentar signos de estar afectados con el síndrome de Burnout; otros trabajadores desarrollaron problemas de salud física como alergias en los archiveros, lumbalgias en los de mantenimiento, entre otros y que ocurren por cuanto las condiciones físicas no necesariamente eran adecuadas.

Por su parte los directivos del centro hospitalario (III nivel de atención) manifestaban intranquilidad por la saturación de los servicios, la alta demanda que era excesiva con la oferta que se ofrece al usuario, ante las carencias económicas para solventar las necesidades de recurso humano, de equipos hospitalarios y de infraestructura, que permitiera brindar calidad y eficiencia en la atención de la salud mental. Esta situación generaba dificultades para mantener la gobernabilidad de las instituciones de salud pública,

Fue también preocupante que las unidades hospitalarias sometidas a la presión social por la evolución de la ciencia, la tecnología y por la complejidad de las enfermedades, no estaban en condiciones de responder; si bien la solución a muchos de estos problemas es altamente compleja, ya que la compatibilidad entre

la oferta y la demanda obedece a soluciones políticas, económicas y técnicas, es sin embargo, necesario convencerse que la buena gestión permite emplear con eficiencia los pocos recursos de los que se dispone. En ello, una parte de vital importancia en la solución de los problemas es la búsqueda del conocimiento en una época donde se manejan altos niveles de cambios y desarrollo del potencial humano, para transformar los procesos de trabajo, generando el cambio.

Lo concreto y real es que lo actuado hasta hoy, da pie a las constantes manifestaciones de insatisfacción de los ciudadanos por el servicio que reciben; es común el escuchar quejarse a los pacientes o a sus familiares por las largas filas, la ausencia de soluciones integrales a sus problemas de salud y los largos períodos de espera para recibir una atención oportuna. Esto era más serio aún en el Hospital Hermilio Valdizán, toda vez que los usuarios que acuden a este centro son personas con trastornos mentales, que traen consigo la intolerancia, la irritabilidad, la agresividad, el comportamiento desorganizado, la actitud violenta y psicótica.

Como institución de salud pública debe buscar alternativas que puedan paliar el malestar en sus usuarios, pues resulta inadmisibles que en estas instituciones los pacientes deban acudir desde antes del amanecer a tratar de lograr atención a sus dolencias, sin conseguirlo muchas veces, ¿es que acaso una persona con la salud resquebrajada no merecería se le brinden las mayores comodidades y oportunidades?, ¿a qué se debe la indiferencia de directivos y personal de los centros de salud del país ante esta agresión? Al margen de la escasez de recursos y la política sanitaria quizá no bien encaminada, la humanización de la atención, como compromiso adquirido por los profesionales de salud, debería emerger como tarea implícita desde las gestiones, pues no es posible negar que quienes a la fecha han ejercido cargos directivos no han logrado revertir esta imagen de inoperancia.

Al quedar evidenciado que la calidad de atención brindada al paciente depende del desarrollo logrado por las gestiones administrativa y asistencial, se consideró necesario conocer desde la óptica interna sobre el desarrollo de ambas gestiones, lo que a la vez permitirá tener una mirada del nivel de involucramiento de los trabajadores. Se buscará también identificar el grado de influencia de los aspectos que competen a las gestiones en cuestión, en el convencimiento que ello

permitirá priorizar los problemas y plantear las estrategias de mejora en la atención del paciente del Hospital de Salud mental Hermilio Valdizán.

## **1.2. Trabajos previos**

### **1.2.1. Antecedentes internacionales**

Peydró (2015) desarrolló la tesis *Calidad de vida, trabajo y salud en los profesionales sanitarios: Un estudio en el Hospital General Universitario de Alicante de España*, para obtener el título como doctor en la Universidad de Alicante de España y en la que buscó estudiar la calidad de vida general, la satisfacción laboral, el estado de salud y otros aspectos relacionados en una muestra representativa de los médicos y enfermeras del Hospital General de Alicante. Los objetivos más específicos destacados fueron: describir el grado de bienestar de los profesionales sanitarios asociados a sus principales actividades sanitarias; explorar diversos indicadores de calidad de vida y satisfacción; analizar los comportamientos relacionados con la salud de los profesionales sanitarios; y examinar la presencia de bienestar espiritual o sentido de la vida, entre sus profesionales sanitarios. La recopilación de datos se llevó a cabo con un cuestionario auto llenado y administrado de manera individual a cada uno de los participantes, que tras haber sido informados del tipo y objetivo de estudio desearon participar en el mismo. El diseño de investigación fue un estudio transversal en cuanto al tiempo de tipo observacional descriptivo - analítico, que permitió conocer una serie de conclusiones sobre la calidad de vida general, el trabajo y la salud de los profesionales sanitarios. La población estuvo conformada por médicos y enfermeras del Hospital compuesto de 1,540 profesionales sanitarios (927 enfermeras y 613 médicos) fijos y contratados, de la cual se obtuvo una muestra de 891 profesionales (630 enfermeras y 261 médicos). El muestreo fue aleatorio estratificado por categorías. Como conclusión del estudio podemos mencionar que la gran mayoría de los profesionales sanitarios del Hospital de Alicante, declararon tener una notable calidad de vida, de su felicidad tuvieron una opinión positiva. Los estudios señalaron que la edad influye en la calidad de vida, a medida que aumenta la edad disminuye la calidad de vida de los profesionales. La gran mayoría de mujeres considera tener una vida estresante y agitada, sin embargo, se considera bastante feliz. Casi la totalidad de los profesionales sanitarios se encuentran

satisfechos o muy satisfechos con su trabajo, también valoraron positivamente las condiciones de trabajo, pero no se encuentran satisfechos en relación a su salario, vacaciones y días libres. Es imprescindible que las organizaciones sanitarias sean capaces de diagnosticar la salud, calidad de vida y satisfacción laboral de sus profesionales sanitarios, ya que es difícil atender satisfactoriamente las demandas sociales y sanitarias sino se cuida a sus trabajadores o se descuida de su ambiente físico y social.

Arbeláez y Mendoza (2017) consideraron en su estudio que la gestión sanitaria, su ámbito de competencia y su conducción han sido llevadas a cabo bajo el protagonismo médico, sin embargo, su nuevo enfoque evolucionó centrando las acciones en el logro de la satisfacción del usuario externo. Debido a que en estudios independientes de gestión y satisfacción se hallaron diferentes resultados entre organizaciones, gestores y usuarios, se considera relevante priorizar nodos críticos para formular proyectos de mejora continua. De allí que el objetivo fue establecer la relación entre la gestión del director y la satisfacción del usuario externo en un estudio transversal, de correlación en el distrito 17D09 del Ecuador. Participaron nueve directores de centros de salud y 652 usuarios externos, seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple, a los que se aplicaron el SERVQUAL modificado de satisfacción y EVAL O1-MRL de gestión validados por juicio de expertos. Se halló que la gestión del director fue 56% de nivel regular y 44% satisfactoria. La insatisfacción del usuario externo fue 89% de nivel moderada y 11% leve. La mala calidad de atención institucional fue 100%. El nivel de correlación dimensional fue variado entre gestión e insatisfacción tipo: negativa débil (-0,28 y -016); positiva débil (0,31) y negativa fuerte (-0,52 y -070), con lo cual se concluyó que existió correlación directa significativa entre una gestión inadecuada y la insatisfacción del usuario.

Escobar, Escobar y Monge (2012) buscaron evaluar el impacto de la implantación de Sistemas de Información Integrados para la planificación de recursos empresariales en hospitales, mediante el análisis de su diseño y utilización, con especial atención a la satisfacción de los usuarios. Consistió en una investigación cualitativa basada en un estudio de caso longitudinal. Se utilizaron las técnicas de observación no participante, análisis de documentación interna,

entrevistas individuales y en grupo y conversaciones informales. La unidad de análisis fue una Fundación Hospitalaria de la Comunidad Autónoma de Madrid seleccionada de manera intencional por su adecuación al objetivo del trabajo y por la facilidad de acceso a la información. Se halló que las expectativas previas de los responsables del hospital se cumplieron razonablemente y que los usuarios estaban satisfechos con el funcionamiento del sistema, especialmente el personal clínico. Gracias a la implicación de la dirección y de los mandos intermedios, se minimizaron las dificultades derivadas de los roces entre la cultura clínica y la administrativa durante el proceso de implantación y en la utilización posterior del sistema. Concluyeron que resulta muy conveniente la aplicación de Sistemas de Información Integrados en los hospitales, en el sentido que se logra una mayor eficacia en la gestión clínico asistencial y el aumento de la eficiencia en la gestión económico-financiera.

### **Antecedentes nacionales**

Infante (2013) en su tesis *Un modelo para determinar los factores que influyen en la mejora de procesos en la atención de pacientes en los centros de salud a través de excelencia empresarial, BPM y Reingeniería de Procesos*, con la que opta el grado de doctor en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), buscó identificar los factores que influyen en la mejora de procesos para la atención de los pacientes de una institución de salud peruana. Dentro de los factores que logró clasificar se tienen las definiciones técnicas, modelos y metodologías que debería desarrollar la Institución, para alcanzar claridad en la dirección estratégica y considerando necesario que los recursos de la empresa se encausen en la disciplina de mejoramiento continuo, para cumplir con las expectativas de los pacientes. En el estudio desarrollado como una investigación cuantitativa, de corte descriptivo y bajo un diseño no experimental de tipo transversal, se logró conocer sobre la atención en los establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, desde la percepción de pacientes, médicos y personal administrativo. Concluyó que para incrementar la satisfacción de los pacientes debía ponerse especial énfasis en cuatro aspectos o variables: respeto a la privacidad de los pacientes, dispensación oportuna de los medicamentos, cálida infraestructura de atención y disminución de los tiempos de espera.

Veliz y Villanueva, (2013) presentaron la tesis doctoral *Calidad percibida por los usuarios externos e internos frente a los servicios que reciben en los centros de referencia para infecciones de transmisión sexual (CERITS) de la DISA II Lima Sur*, en la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Su investigación buscó analizar la percepción que tenían los pacientes, respecto al nivel de calidad de los servicios que recibieron, desde un enfoque cuantitativo de corte descriptivo con un diseño no experimental y transversal. La población objetivo estuvo conformado por los pacientes de los CERITS de la DISA II LIMA SUR y la población vulnerable fueron los pacientes con VIH/SIDA (HSH, TRANS, TS) extrayéndose una muestra probabilística de 129 usuarios externos, 12 personas usuarias vulnerables, 8 usuarios internos y 4 Personas Responsables de los CERITS y las Redes. Mediante la medición de sus expectativas y percepciones se logró conocer la calidad del servicio. De los servicios evaluados del CERITS Chorrillos, se encontró que 29 de los 50 ítems no alcanzaron las expectativas de sus pacientes, siendo uno de los aspectos el tiempo de espera para ser atendidos en los diferentes servicios. Entre las expectativas de los pacientes, que no fueron superadas por el servicio que recibieron en los CERITS, destacaron la insuficiencia del mobiliario en la sala de espera, de equipos y materiales necesarios para prestar los servicios, disponibilidad de insumos médicos para la prevención y tratamiento de las ITS, disponibilidad de material informativo, limpieza en los servicios higiénicos, entre otros. Del estudio se desprende que la calidad de los servicios de salud, son un aspecto clave para influenciar en el paciente, a fin de que continúe sus exámenes y tratamientos, coadyuvando a tener mayor cuidado de su salud. En esa misma línea, el estudio también considera importante el involucramiento de todos los profesionales de la salud, para implementar los proyectos de mejora de la calidad.

García (2012) presentó la tesis *Análisis de los sistemas de gestión de la calidad y la administración pública en la Presidencia del Consejo de Ministros*, en la Universidad Nacional de Ingeniería, para determinar si el análisis de los sistemas de gestión de calidad tiene implicancias en la administración pública. En la investigación se tomó como referencia los modelos de gestión de calidad ISO 9001 y EFQM de excelencia. Su investigación tenía como propósito fundamental resolver los problemas presentados de manera práctica, definiéndose como una investigación aplicada. Para ello realizó estudios de opinión dirigida a diez

profesionales especializados en materia de gestión pública, con el propósito de establecer la real situación y el impacto que tienen los sistemas de gestión de calidad y de administración pública en los servicios que presta la PCM. Los resultados de la investigación permiten determinar que la gestión de la calidad si tiene implicancias favorables en la gestión por resultados del año 2011, en la Presidencia del Consejo de Ministros, para reducir los costos, ordenar adecuadamente las actividades y mejorar los procesos adecuados de los documentos.

### **1.3. Fundamentación científica**

#### **1.3.1. Gestión administrativa**

En el Perú, la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud (2009), emitió el documento técnico *Modelo de gestión hospitalaria*:

...con el objetivo de que se disponga de un marco conceptual y operativo que defina la forma de regular la gestión hospitalaria por el Estado, a fin de contribuir a mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención a través de una gestión que genere condiciones para el desarrollo eficiente y seguro de los procesos clínicos y administrativos. (p.3).

#### **Marco conceptual**

La administración como actividad humana ha sido esencial para garantizar la coordinación de esfuerzos y contribuciones individuales para lograr objetivos grupales. La administración es el proceso de diseñar y mantener un entorno en el que, trabajando en equipo, los individuos cumplan eficientemente objetivos específicos. En un sentido más amplio, para el MINSA (2009) la administración es:

...un conjunto ordenado y sistematizado de técnicas y prácticas que tiene como finalidad apoyar la consecución de los objetivos de una organización a través de la provisión de los medios necesarios para obtener los resultados con la mayor eficiencia, eficacia y congruencia; así como la óptima coordinación y aprovechamiento del personal y los recursos técnicos, materiales y financieros (p.54).

En tal sentido, la Gestión Administrativa es tomada como:

...el conjunto de acciones mediante las cuales se desarrollan actividades a través del cumplimiento de las fases del proceso administrativo, que en general son: prever, organizar, dirigir, coordinar y controlar. La gestión administrativa en el hospital involucra el desarrollo de dos procesos principales el de Gestión Económica Financiera y el de Gestión Logística (p.54),

Estos procesos están conformados por subprocesos o procesos internos como se ve en la figura adjunta.

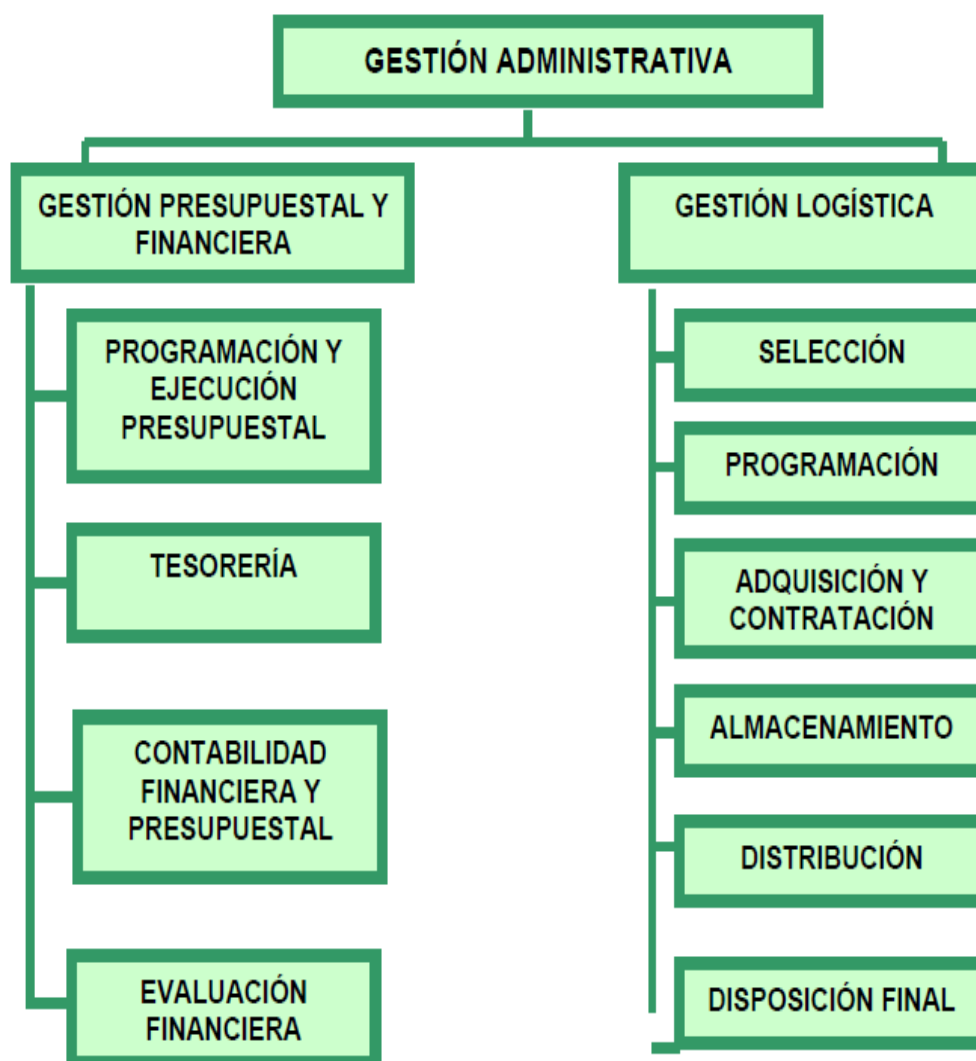


Figura 1: Tomada del documento técnico Modelo de Gestión hospitalaria. (p.54)



## **Gestión presupuestal financiera**

La gestión y ejecución de los fondos de la entidad, debe basarse en la programación de las acciones de conformidad con los objetivos estratégicos de la organización, y la racional asignación de escasos recursos para el desarrollo de estas.

### **Sub - Procesos Presupuestarios Financieros**

#### **Programación Presupuestal**

La programación presupuestal es un proceso que se realiza en coordinación estrecha entre las áreas de economía, logística, recursos humanos y planeamiento, de tal forma que, una vez aprobado el presupuesto inicial de apertura (PIA) para los establecimientos de los niveles II y II según corresponda, se procederá a determinar en base a actualización de costos, lineamientos de política de salud y los aspectos epidemiológicos de la región de acuerdo a nivel de complejidad, la demanda de recursos de la entidad (cuadro de necesidades) para la programación presupuestal por centro de costos, lo cual se verá reflejado en la programación mensual del presupuesto de la misma. El proceso tiene como base legal la Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, aprobada por la Ley N° 28411, la Ley de Presupuesto para el sector público y Directiva para la ejecución presupuestaria que son emitidos con periodicidad anual.

#### **Procedimientos:**

1. Elaboración de la propuesta de la Demanda Global Anual de la Entidad en base al cuadro de necesidades.
2. Distribución y mensualización del presupuesto inicial aprobado a nivel de unidades operativas
3. Programación trimestral y mensual de gastos.
4. Distribución del calendario de compromisos aprobado.
5. Solicitar la ampliación del calendario de compromisos.

## **Ejecución Presupuestal**

Proceso por el cual se procede al compromiso y pago de las obligaciones contraídas, de conformidad con lo programado.

Procedimientos:

1. Autorización (conformidad) de disponibilidad presupuestal
2. Revisión y Afectación presupuestal de los documentos fuentes de compromiso de gasto
3. Procesamiento del Balance de Ejecución Presupuestal.
4. Recaudación de fondos de diversas fuentes.
5. Conciliaciones y verificaciones.
6. Reversiones de fondos.
7. Revisión de rendiciones.
8. Procesamiento de información – elaboración de Estados Financieros.
9. Revisión de planillas de activos y cesantes.
10. Reconocimiento de acreencias.
11. Giro de documentos fuentes, así como por reprogramación.
12. Pagos de obligaciones.
13. Revisión, registro y control.

## **Gestión de Tesorería**

La gestión de tesorería vendría a ser la gestión de liquidez en el hospital, conjunto de actividades orientadas a minimizar los saldos ociosos, maximizar su rentabilidad y garantizar su disponibilidad. El ámbito de actuación afecta tanto al activo como al pasivo de la organización. En cuanto activo, afecta a las partidas de caja, bancos, inversiones financieras y cuentas por cobrar, y en el pasivo afecta a las partidas de cuentas por pagar, efectos desconectados y créditos a corto plazo como se encuentra señalado en la Ley N° 28693 Ley General del Sistema Nacional de Tesorería. La gestión de tesorería incluye básicamente dos circuitos o procedimientos: Circuito de pagos y Circuito de cobros: sistema de facturación y recaudación

## **Contabilidad Financiera y Presupuestal**

Proceso por el cual se realiza el control de los desembolsos ejecutados por centros de costos y conceptos de gastos, y se concilia la información para la elaboración de los estados financieros conforme a la Ley N° 28708 Ley General del sistema Nacional de Contabilidad.

Procedimientos:

1. Revisión de Control Previo.
2. Formulación y expedición de planillas de viáticos.
3. Conciliación de Cuentas de Enlace.
4. Depreciación de activos fijos mensual.
5. Conciliación de Saldos de Balance.
6. Control de remesa de fondos por encargos.
7. Revisión y codificación de la documentación fuente.
8. Análisis y sustentación de las Cuentas de Balance.
9. Revisión documentada de gastos.
10. Integración Contable.
11. Análisis, sustentación y consolidación de la información contable
12. Conciliación de información
13. Análisis, sustentación y consolidación de la información al cierre contable.
14. Análisis y Evaluación Financiera

Los métodos de análisis y evaluación financiera deben ser de amplio espectro e incorporar la mayor cantidad posible de factores que afectan o guardan relación con la eficiencia. Se debe tener en cuenta que incluso los sistemas de amplia base tendrán limitaciones que deben ser superadas con otros procesos analíticos y deben incluir factores cualitativos relevantes.

Los métodos de análisis deben ser ágiles y partir de la demanda de la toma de decisiones y no de sus propias características internas o de los sesgos del especialista.

## **Gestión logística**

El área de logística ha tomado una posición preferencial dentro de los esquemas de gestión de servicios de salud que se basan en el uso racional de los recursos,

que garantice la calidad y continuidad del servicio. La logística es fuente de provisión de las cantidades necesarias de recursos materiales y de servicios, en forma eficiente y eficaz, en la cantidad, calidad y oportunidad requerida.

En este sentido la gestión logística se define como las acciones que tienen por objeto la adquisición, movilización, intercambio y entrega de bienes y servicios que el hospital consume o produce para permitirle efectuar sus objetivos públicos.

### **Selección:**

Proceso mediante el cual se escogen los productos que se requerirán para efectuar las funciones del establecimiento de salud.

Procedimientos:

1. Catalogación, se elabora el catálogo de bienes y servicios en el cual se encuentran consignados de manera ordenada, por grupos de elementos y estos a su vez ordenados de manera muy detallada e individualizada (ítems) alfabéticamente todos los bienes y servicios que son necesarios para el desarrollo de las actividades de una entidad.
2. Registro de Proveedores, procedimiento en el cual se elabora es una base de datos que permite el análisis y verificación, para calificar la idoneidad del proveedor. Es de carácter referencial.
3. Programación Proceso por el cual se consolidan los requerimientos de los usuarios para la elaboración del Plan de Adquisiciones de la Entidad, el cual se sustenta en necesidades reales y consumos históricos proyectados.

Procedimientos:

1. Programación de necesidades (cuadro de necesidades).
2. Elaboración del Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones.
3. Elaboración y actualización del estudio de mercado.
4. Elaboración del expediente técnico de adquisición.
5. Programación y solicitud de calendario.
6. Adquisición y Contratación
7. Adquisición de bienes o servicios requeridos por los usuarios y programados en el PAAC, mediante modalidades establecidas en la normativa. En casos

especiales, debidamente sustentados, se procederá a compras no programadas.

8. Custodia y conservación temporal de los bienes para su posterior distribución a las dependencias solicitantes.

9. Distribución, Proceso relacionado a la directa satisfacción de las necesidades de bienes y servicios en general de las dependencias de una entidad.

10. Disposición Final

### **Procesos del componente de gestión administrativa**

A nivel hospitalario

1. Se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica activa en el Hospital.
2. Se emiten Resoluciones Directorales de integración entre la Dirección Administrativa y la Dirección del Hospital, a fin de proveer el apoyo financiero que responda estratégicamente a las necesidades de éste.
3. Se realiza la Ejecución de gastos de acuerdo a actividades programadas en el plan operativo institucional y disponibilidad presupuestal.
4. Se realiza el Reporte de información financiera y presupuestal de conformidad con la normatividad, formas y plazos señalados por las instancias superiores competentes.
5. Se promueve el Desarrollo del personal, en cada uno de los procesos desarrollados en el área.
6. Se aplican las Directivas emitidas por MINSA como ente Rector y el Ministerio de Economía y Finanzas, en materia de gestión y ejecución de fondos, así como estandarización de procesos y procedimientos económico-financieros, adecuando ello a la realidad concreta de cada organización.
7. Se cuenta con Alternativas para el cumplimiento de pago de servicios – deudas: fraccionamiento de deudas, trabajo por servicio recibido, seguimiento de terceros para cobranza.

### **Proceso de Fortalecimiento de la Gestión Logística**

A nivel hospitalario

1. Se elabora el Plan Anual de Adquisiciones, de conformidad con los requerimientos de las áreas usuarias (cantidad, calidad y oportunidad) y presupuesto asignado a éstas.

2. Se ha Implementado el SIGA al 100% en cada Hospital.
3. Se Implementan procedimientos logísticos hospitalarios en concordancia con la Directiva.
4. Se cuenta con Catálogo de productos e insumos con precios referenciales actualizada a nivel nacional y aplicado en los hospitales.
5. Se realiza la Diferenciación de recursos estratégicos y no estratégicos, para la priorización de atención a los primeros.
6. Se cuenta con Relación de proveedores ordenado y actualizado según criterios preestablecidos en el hospital y a nivel nacional.
7. Se implementan y promueven procesos y procedimientos de gestión de compras: (que comprar, cuando y cuanto comprar) impulsada desde la dirección: Programación según perfil de demanda
8. Se realiza el Saneamiento físico-legal en coordinación con área jurídica.

## **Gestión de recursos humanos**

### **Marco conceptual referencial**

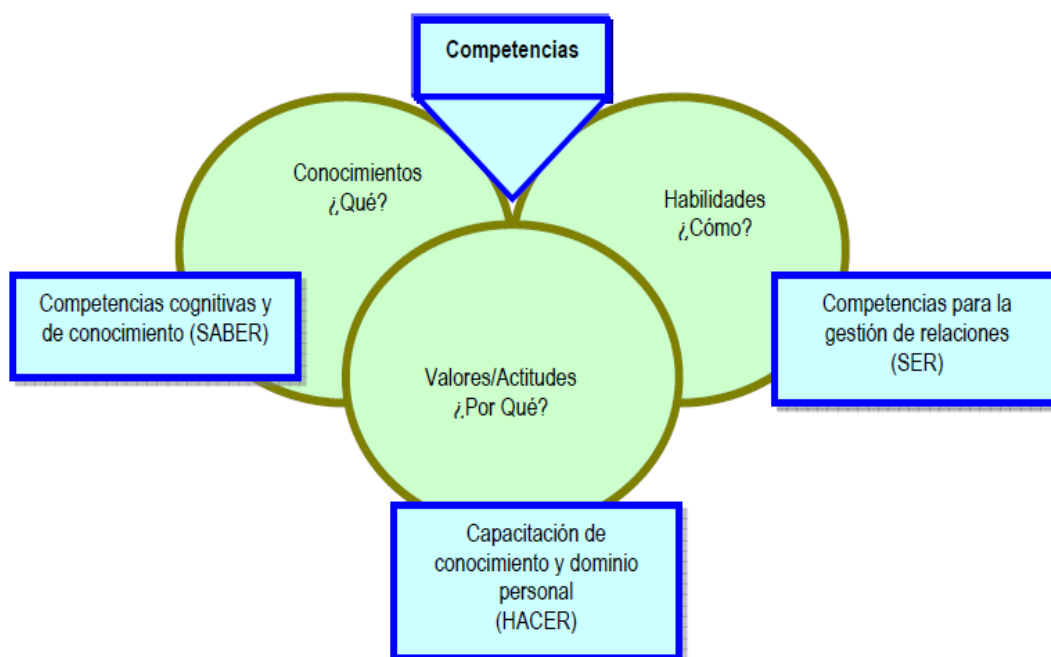
El término recurso humano hace referencia al conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que poseen las personas que trabajan en una actividad o región determinada. Recurso humano en salud (RHUS), alude en el sentido más amplio a las personas que en el sistema de salud realizan acciones para el logro de resultados en el campo de la salud, se considera que las personas no son recursos, sino que poseen recursos (conocimientos, habilidades, actitudes y valores).

Los recursos humanos en el hospital tienen una doble dimensión como: factor estructural, conforman las prácticas, establecen las formas de relación, definen valores y organizan y desarrollan el proceso de trabajo; factor productivo, se articulan con los restantes factores para proveer servicios de salud, siendo el principal recurso de este proceso productivo.

La gestión de recursos humanos en el hospital viene a ser la capacidad de tomar decisiones y desarrollar acciones concretas que permitan que los RHUS logren funcionalmente en forma óptima cumplir con su doble dimensión dentro del

hospital, movilizando voluntades y competencias en función de resultados institucionales y logro de la misión pública del hospital.

El enfoque de gestión que se establece es uno basado en competencias, porque en realidad la gestión de los recursos humanos es una gestión de sus competencias (conocimientos, habilidades, actitudes y valores), este enfoque permitirá que el hospital desarrolle su talento humano y transforme su cultura en una de una organización de alto desempeño e introduzca los cambios necesarios para este fin.



*Figura 2:* Competencias y capacidades para el logro de la excelencia. Tomada de Metodologías para la formulación de perfiles de competencia. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 3. Lima, Perú 2005

Asimismo, la gestión de recursos humanos en el hospital se enmarca en los Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud del Sector:

1. Formación de recursos humanos en salud basada en el modelo de atención integral de salud, el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico de la población, tomando en cuenta las particularidades regionales y locales.

2. Planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico, así como las necesidades de salud de la población, particularmente de la más excluida.
3. Gestión descentralizada de recursos humanos en salud como parte de la gestión de los servicios de salud, reconociendo la centralidad e integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional.
4. Gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de salud de la población.
5. Valoración de los agentes comunitarios de salud como recursos humanos relevantes del sistema de salud, así como la apreciación de su contribución a la salud y desarrollo, tanto en el ámbito, local, regional y nacional.
6. Impulso de un nuevo marco normativo laboral integral que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias y que aplique la promoción en la carrera pública, los beneficios e incentivos laborales teniendo en cuenta el mérito y criterios de justicia y equidad.
7. Mejoramiento de las condiciones de trabajo y promoción de la motivación y compromiso del trabajador, que contribuyan a una renovada cultura organizacional y aseguren la entrega de servicios de salud de calidad.
8. Impulso de procesos de concertación y negociación en las relaciones laborales, basadas en el respeto y dignidad del trabajador para el logro de la misión institucional

## **Procesos del componente de gestión de recursos humanos**

### **Procesos de Planificación de Recursos Humanos**

#### **A nivel hospitalario**

1. Se tiene establecidas las brechas de RHUS en el hospital en el contexto de la red de servicios de salud.
2. Se tienen proyectadas acciones en relación a los RHUS en el hospital.
3. Se tiene presupuestadas y financiadas acciones en relación a los RHUS.



## **Proceso de Organización del Trabajo**

### **A nivel hospitalario**

1. Desarrolla reclutamiento y selección de los RHUS en base a perfiles ocupacionales por competencias y necesidades de la demanda en un contexto de red.
2. Tiene sistematizada la inducción de personal que ingresa al hospital
3. Implementa los procesos de gestión de RHUS en el hospital

## **Proceso de Desarrollo de Recursos Humanos**

### **A nivel hospitalario**

1. Los equipos administrativos y asistenciales del hospital participan en programas de capacitación gerencial y técnica asistencial basados en el desarrollo de competencias para mejorar su desempeño.
2. Se ha fomentado el compromiso con los valores positivos.
3. Se ha difundido y promovido la aplicación de los códigos de ética de los diferentes colegios profesionales.
4. Se realiza la evaluación del desempeño basada en perfiles de competencias en forma sistematizada con indicadores concretos.
5. Se aplican mecanismos de concertación y negociación de relaciones laborales en el hospital en forma descentralizada.
6. Se aplica metodología de medición de clima organizacional y estrategias de mejora.
7. Se fomenta la cultura de responsabilidad (accountability) y autoregulación, las unidades productoras de servicios firman un compromiso anual de gestión con la dirección del hospital, responsabilizándose de sus productos.

## **Proceso de Motivación de Recursos Humanos**

### **A nivel hospitalario**

1. Las remuneraciones se realizan en base a la norma del sistema de remuneraciones hospitalarias.
2. Se ha implementado el plan de incentivos en base a lineamientos nacionales.

3. Se tiene establecidos beneficios y servicios para el personal: plan de salud de trabajadores, servicios de cuna entre otros.
4. Se realizan mediciones de motivación laboral.

## Proceso de Control de la Gestión de Recursos Humanos

### A nivel hospitalario

Se utiliza tablero de control de mando en el hospital que contenga indicadores de gestión de RHUS para la toma de decisiones.

### Gestión de recursos tecnológicos

#### Marco conceptual referencial

Las tecnologías en salud han experimentado una gran evolución, hoy en día el hospital se ha convertido en un complejo espacio donde se utiliza alta tecnología, la confianza de los usuarios de servicios que brinda el hospital se fundamenta en gran medida en la calidad de la tecnología en salud, por tanto, si se busca responder a las necesidades de salud de la población, se precisa de una óptima gestión de las tecnologías en salud en el hospital.

La denominación de Tecnologías en Salud (TS) se refería inicialmente a los “medicamentos, a los equipos y dispositivos médicos, a los procedimientos médicos y quirúrgicos, y a los modelos organizativos y sistemas de apoyo” necesarios para su empleo en la atención a los pacientes; esta definición se ha ido ampliando para incluir a todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas, sanas o enfermas, y se ha incluido también las aplicadas a la atención del medio ambiente, cuando su relación con la salud humana está demostrada.



Figura 3: Tecnologías en salud. Tomada de El Desarrollo de la Evaluación de las Tecnologías en Salud en América Latina y el Caribe-OPS/OMS-marzo 2000

La gestión de tecnología en salud TS en el ámbito hospitalario se puede definir como la suma de todos los procedimientos de ingeniería y gerencia que permiten asegurar el uso óptimo de los recursos tecnológicos con que cuenta la institución, contribuyendo por otra parte a que la estancia y la atención de los usuarios transcurran de manera confortable y segura.

La gestión de TS guarda relación con el concepto del ciclo de aplicación tecnológica, que viene a ser el proceso de incorporación y adquisición de una tecnología en un sistema de servicios de salud, y este ciclo de aplicación tecnológica consta de tres etapas o procesos: planificación, adquisición y administración.

Dentro de la gestión de tecnologías en salud destaca el tema de la evaluación de tecnologías en salud, que se define como un proceso de análisis dirigido a estimar el valor y la contribución relativa de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta su impacto económico y social. Evaluar una TS permite presentar información sobre alternativas para los gestores, los clínicos, los financiadores y aseguradores, los administradores, decisores políticos y los usuarios de servicios de salud, proporcionando elementos que orientan a la toma de decisiones, que dan lugar a los diferentes niveles de ETS, cuyos resultados se dirigen a los tres niveles de gestión macro gestión, meso gestión y micro gestión, asimismo, una tecnología en salud puede ser evaluada en cualquiera de las fases del ciclo de vida de la misma. La gestión tecnológica abordada con un enfoque sistémico considera los siguientes elementos como necesarios en relación con insumos-recursos, procesos y resultados.

## **Procesos del componente de gestión de recursos tecnológicos**

### **Proceso de Implementación de un Sistema de Gestión Tecnológica**

#### **A nivel hospitalario**

1. El hospital se organiza para la implementación apropiada del Sistema Nacional de Gestión Tecnológica, desarrollando los procesos de planeamiento, adquisición y administración de tecnologías en salud, de acuerdo con la regulación nacional.
2. Se tiene establecida una estructura orgánica funcional para la Gestión Tecnológica en el hospital. (Modificación de ROF, MOF, CAP, MAPRO, PAP).
3. Se cuenta con personal calificado con competencia para conducir y ejecutar los procesos del sistema de gestión tecnológica en el hospital.
4. Se aplican softwares y otros instrumentos para el soporte de los procesos de gestión tecnológica.

### **Proceso de fortalecimiento de gestión de proyectos de Inversión en hospitales**

#### **A nivel hospitalario**

Los establecimientos de salud del tercer nivel de atención cuentan con equipos especializados formuladores de proyectos de inversión y de supervisión de ejecución de proyectos de inversión.

### **Procesos de Recuperación y Mantenimiento de Capacidad Instalada en**

#### **Infraestructura y Equipamiento Hospitalario**

#### **A nivel hospitalario**

1. Se tiene incluido en el Plan Maestro de Desarrollo del Hospital PMDH acciones de corto y mediano plazo para recuperar capacidad instalada en áreas críticas del hospital y otras, según necesidades priorizadas.
2. Se cumple con la condición de hospital seguro (OPS- INDECI).

3. Se cuenta con el inventario funcional de equipos en el hospital y hoja de vida de cada equipo interconectado en una base de datos regional y nacional.
4. Se considera en el Presupuesto Anual los componentes para el Mantenimiento de Equipos Biomédicos, Electromecánicos e Instalaciones. Así como el componente para el mantenimiento de infraestructura, considerando todas las partidas específicas incluyendo la partida por reemplazo: Mantenimiento de Infraestructura, Mantenimiento y Reparación de Equipos.
5. Se cumple con los procedimientos existentes para la racionalización y reemplazo de equipos.
6. Se cumple con la normativa para la renovación de instalaciones hospitalarias y rehabilitación de infraestructura

## **Del sistema de información**

### **Marco conceptual referencial**

Un sistema de información es un conjunto de elementos ordenados e interrelacionados orientados a la captura, procesamiento, almacenamiento, explotación y distribución de información oportuna y de calidad para la toma de decisiones.

La gestión de los sistemas de información en hospitales y servicios de salud se sitúa como uno de los centros intermedios de apoyo a la producción a través del apoyo a la operación y el manejo de establecimientos y redes asistenciales. Dicha gestión tiene entonces como uso prioritario a todos aquellos que utilizan información para manejar y hacer producir a los hospitales y servicios de salud.

El proceso productivo de información tiene cuatro aspectos críticos que funcionan como fases retroalimentadas: recolección de datos, flujo o transmisión de datos, procesamiento y análisis. La gestión de la información se relaciona con el manejo de recursos y procesos y con las reglas institucionales a través de todo el proceso de producción y del flujo de información. Con los cambios que se producen en el contexto de la gestión en los procesos de cambio, los sistemas de información deben tener la capacidad de capturar y entregar datos en el punto de servicio, apoyar la utilización y el intercambio de información clínica y administrativa

concurrente y de distintos centros, respaldar la manipulación intensiva de datos, y proporcionar medios para respaldar la toma de decisiones sincrónica.

Los elementos que conforman un sistema de información son:

**Procesos**, que definen el marco de las actividades realizadas y la información necesaria para la realización de cada actividad del proceso.

**Personas**, que se ejecutan las actividades de los procesos en el día a día y/o interactúan de manera directa e indirecta en la captura, procesamiento, almacenamiento, explotación y distribución de la información

**Flujos de información**, que permiten identificar como se interrelacionan la información que manejan las personas con las actividades de los procesos y los mecanismos de calidad de información

**Datos**, que corresponde a la unidad mínima cuantitativa o cualitativa que se obtiene durante un proceso y que se almacena en el tiempo.

**Técnicas**, que permiten definir las mejores prácticas para la realización de las actividades relacionadas con la información.

**Herramientas**, que pueden ser manuales o automatizadas y sirven de soporte para facilitar las actividades de captura, procesamiento, almacenamiento, explotación y distribución de información.

### **Componentes del sistema de información de salud**

Los componentes del Sistema de Información en Salud son:

1. Sistema de Información Clínica.
2. Sistema de Información Administrativa.
3. Sistema de Información de Recursos Humanos.
4. Sistema de Información de Infraestructura y Recursos Tecnológicos.
5. Sistema de Información Financiera.
6. Sistema de Información de Gestión.

## **Procesos del componente de gestión del sistema de Información**

### Planeamiento del Sistema de Información

#### A nivel hospitalario

1. Se cuenta con diagnóstico de los sistemas de información en forma periódica (anual)
2. Se adoptan normas y estándares de Tecnologías de Información y Comunicación en concordancia con la definidas por el nivel nacional, las mismas que son empleadas en la implementación de los sistemas de información
3. Se adoptan la Identificación Estándar de Datos en Salud definidos por el nivel nacional en los sistemas de información locales.
4. Participan en el desarrollo conjunto de proyectos de sistemas de información para hospitales.

## **Proceso de Implementación de Sistemas de Información**

#### A nivel hospitalario

1. Se cuenta con los recursos tecnológicos necesarios para soportar los sistemas de información que requieren ser automatizados.
2. Se cuenta con planes de mantenimiento preventivo y mecanismos que garanticen la sostenibilidad de los equipos e instalaciones.
3. Se cuenta con sistemas de información seguros y confiables soportando los principales procesos, y la toma de decisiones bien informadas.

## **Proceso de Capacitación y Cultura de Información**

#### A nivel hospitalario

1. Se promueve permanentemente la cultura de información.
2. Se incentiva la capacitación en temas de cultura de información dirigidos al personal.
3. Se difunden normas y políticas sobre los recursos de información.

## **Proceso de Supervisión de Sistemas de Información**

### **A Nivel Hospitalario**

1. Se aplican los procedimientos de supervisión en las UPS
2. Se elaboran los mecanismos de monitoreo periódico alineados con las normas que regulan las acciones de supervisión.
3. Se informa al nivel macro sobre los resultados de la supervisión

## **Proceso de Producción, Distribución y Uso de la Información**

### **A nivel hospitalario**

1. Se implementan mecanismos para garantizar la calidad, oportunidad y seguridad de la información.
2. Se intercambia información con el nivel regional y nacional, de manera natural y eficiente.
3. Se vigilan las acciones del hospital a través de un tablero de control.
4. Se produce información según demanda priorizada para la toma de decisiones.

## **Investigación y docencia**

### **Marco conceptual referencial**

La investigación en salud es inherente al trabajo de los profesionales del sector salud. La investigación debe realizarse en todos los Establecimientos de Salud según la pertinencia y el nivel de complejidad, acorde a la realidad local, regional y nacional y bajo la coordinación de la Autoridad Sanitaria Local, Autoridad Sanitaria Regional y Autoridad Sanitaria Nacional.

La Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) definirá la investigación según prioridades sanitarias. Las prioridades sanitarias deben incluir:

A. Compromisos país con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Acuerdo Nacional:

1. Pobreza.
2. Desnutrición Infantil.
3. Mortalidad Materna.



4. Mortalidad Infantil.
5. Enfermedades No Transmisibles.
6. Tuberculosis, VIH y SIDA, Malaria.
7. Violencia.

B. A nivel de los establecimientos de salud:

1. Calidad en la atención del paciente.
2. Docencia y educación en salud.
3. En Investigación en función al perfil epidemiológico y demográfico (enfermedades prevalentes y enfermedades de impacto social).
4. Atenciones preventivo-promocionales, recuperativas y de rehabilitación altamente costo efectivas.
5. Gestión de servicios de salud (incluye la gestión asistencial y gestión administrativa, y de desarrollo tecnológico).
6. Costos de servicios de salud.
7. Desempeño de establecimientos de salud y rendición de cuentas.

El Ministerio de Salud en coordinación con las Universidades y las instituciones involucradas en la educación de pregrado y post grado en salud, así como las empresas públicas y privadas deberán comprometerse a fomentar la investigación en salud; las instituciones con las que se debe realizar las coordinaciones son: Asamblea Nacional de Rectores, CONAREME, CONAPRES, ASPEFAM, Sociedad de Empresas locales, regionales, nacionales.

Las Universidades que cuentan con Facultades en salud y afines deben incorporar en sus planes de estudios cursos de investigación y fomentar la investigación desde los primeros años como cursos de creditaje obligatorio.

Se debe incentivar a los estudiantes de pregrado de las áreas de salud a realizar investigación desde los primeros años, acorde a los niveles pertinentes y correspondientes.

El Ministerio de Salud deberá normar los procesos de investigación en salud. La Autoridad Sanitaria Nacional deberá establecer estándares de docencia a nivel de los hospitales, acorde a la capacidad instalada del establecimiento, que incluyen:

- Número de vacantes para externado, internado y residentado.
- Número de alumnos de pregrado.
- Docentes por grupos de alumnos.
- Provisión de material para el adecuado trabajo:
  1. Uniformes.
  2. Lentes.
  3. Guantes.
  4. Insumos para el trabajo del día a día.
    - a. Capacitación en bioseguridad.
    - b. Alimentación adecuada a nivel de los hospitales de los externos, internos, residentes.
    - c. La Autoridad Sanitaria Nacional establece las necesidades de formación de profesionales en salud, acorde al censo de profesionales a nivel local, regional y nacional y al perfil epidemiológico y demográfico del país.
    - d. La Autoridad Sanitaria Nacional conjuntamente con las Universidades formadoras de profesionales en salud y las instituciones involucradas en la docencia de pre y post grado en salud revisan y definen el Plan de Estudios acorde a las prioridades sanitarias y el perfil de profesionales y no profesionales que requiere el país en este sector.
    - e. Implementación de políticas de investigación a nivel del sector.
    - f. Implementación de políticas de docencia a nivel del sector.
    - g. Implementación de sistemas de información gerencial mediante los tableros estratégicos de gestión en investigación y docencia a nivel de los establecimientos de salud a nivel local, regional y nacional según complejidad.
    - h. Implementación, fortalecimiento y consolidación de las Unidades Funcionales de Docencia e Investigación a nivel de los establecimientos de salud a nivel local, regional y nacional según complejidad.
    - i. Definición de política de remuneración del médico residente.
    - j. La docencia en pre grado y post grado cumplen con estándares de calidad de atención a los pacientes y usuarios externos del establecimiento de salud.

- k. Los docentes e investigadores son del establecimiento de salud y su compromiso es con los alumnos de pre y post grado de las áreas de salud del establecimiento de salud.

## **Procesos del componente investigación y docencia**

### **Proceso de regulación del campo clínico hospitalario**

A nivel hospitalario

1. El Hospital cuenta con campos clínicos acreditados.
2. Se ha implementado la Directiva que regula el campo clínico hospitalario.
3. Se realiza la Implementación, fortalecimiento y consolidación de las Unidades de Docencia e Investigación en los establecimientos de salud acorde a complejidad.
4. Se ha Reformulado el Manual de Organización y Funciones (MOF).
  - a. Se Implementaron los Comités de Docencia e Investigación.
  - b. Se implementaron los reglamentos de investigación.
  - c. Se Implementan los reglamentos de docencia.
  - d. Se ha Implementado un Comité de Ética para Docencia e Investigación.
  - e. Se ha Implementado un Reglamento para realizar investigaciones en salud, en donde se especifican la responsabilidad de los investigadores en salud.
  - f. Realiza Capacitación a investigadores.
  - g. Garantiza el beneficio del año sabático para los profesionales de la salud.
  - h. Garantiza el presupuesto para investigación y docencia.
  - i. Realiza convenios marco con instituciones que puedan financiar investigaciones.
  - j. Cuenta con una línea de base de investigaciones en salud.

## **Financiamiento y mecanismos de pago**

### **Marco conceptual referencial**

#### **Financiamiento**

Los recursos financieros que se asignan a salud, la forma de obtenerlos, las prioridades a las que se asignan y la forma como se entregan a los prestadores y la población, deben ser consistentes con la política de salud y favorecer el logro de

estos objetivos más globales. El financiamiento de la salud no se justifica en sí mismo, sino solamente como medio para lograr fines superiores, establecidos y gobernados por la política general de salud. Los esquemas de financiamiento en un sistema de salud se relacionan con los modelos de atención y gestión en los establecimientos de salud, por un lado si no guardan coherencia con las políticas de salud, pueden convertirse en distorsionadores de estos modelos y por el contrario si existe dicha coherencia, pueden ser un potente modulador positivo de los mismos.

El financiamiento a nivel de un hospital se define como la determinación y consecución de los recursos para que pueda prestar atención de salud a los ciudadanos, el principal objetivo de cualquier alternativa de financiamiento en el hospital debe ser cubrir los gastos operativos y de inversión, permitiendo el logro de su misión pública.

El financiamiento en los hospitales tendrá como objetivo aumentar el acceso universal a una atención de salud de calidad para la población y que el gasto sanitario tenga mayor efectividad social y eficiencia posibles. Para alcanzar razones de costo-efectividad hospitalarias adecuadas, es fundamental definir políticas de salud claras con mecanismos de asignación y gasto transparente, de modo que se puedan dirigir objetivos e incentivos hacia la mayor equidad social y calidad de los servicios.

De esta manera las alternativas de financiamiento en el hospital tienen como finalidad:

- Aumentar la efectividad global del hospital (reorientando sus acciones hacia las demandas reales o potenciales de la población en el contexto de red de servicios de salud).
- Aumentar la eficiencia global del hospital (dejando de financiar recursos ociosos o subempleados).
- Promover la provisión de servicios con estándares mínimos de calidad.

Las fuentes de financiamiento tendrán una tendencia a modificarse buscando prescindir del criterio de financiamiento con base histórica a uno vinculado con

actividad, así mismo las relaciones del hospital con sus financiadores se modifican en dos aspectos:

- Los financiadores en un mismo hospital tienden a diversificarse (un hospital factura por servicios a diferentes seguros SIS, SOAT, lo cual exige establecer sistemas de facturación oportunos y fiables).
- Las negociaciones con los financiadores tienden a ser prospectivas y basarse en indicadores de actividad esperables para un siguiente periodo (se deben disponer de sistemas que permitan medir la actividad de las diferentes unidades productoras de servicios de salud e imputar costos a dichas actividades).

La racionalidad del financiamiento en el hospital involucra dos elementos básicos:

a) Caracterización de la oferta hospitalaria ¿Qué se va a financiar?, es decir definir la naturaleza de la cobertura, para lo cual el hospital debe determinar el fin último de las acciones que se emprenderían con el financiamiento, por lo que necesita definir las características del problema de salud y cuáles son los productos (servicios de salud) que se requieren para lograr determinados cambios en la situación de salud en el contexto de red. El conflicto desde el punto de vista del financiamiento es el hecho de que la dotación de recursos financieros no se corresponde muchas veces con la función del hospital en la red de servicios de salud, es decir se asignan recursos para una función de segundo o tercer nivel de atención, pero en la realidad, muchas veces, el hospital los usa para actividades de primer nivel (que pueden ser asumidos por establecimientos de salud de primer nivel a un costo mucho menor).

b) Definir el nivel de producción hospitalaria- ¿Cuál es la mejor dotación y combinación de recursos para generar los productos necesarios que se esperan del hospital en un contexto de red?, es decir la cuantificación de la cobertura, para definir esto se requiere determinar el volumen, tipo y combinación de recursos, por consiguiente, el nivel de financiamiento requerido.

## **Procesos del componente financiamiento y mecanismos de pago**

### **Proceso de regulación e implementación del financiamiento**

#### **A nivel hospitalario**

1. Se transparentan todas las fuentes de financiamiento, con sus montos, la estructura de todos sus ingresos RO, RDR, donaciones y transferencias, cooperación externa y otras.
2. Se diversifican fuentes alternativas de financiamiento en función de prioridades sanitarias y normatividad vigente.
3. Se elabora Presupuesto por Resultados.
4. Se aplican los lineamientos de política tarifaria vigente, garantizando la misma excelencia técnica, eficacia y oportunidad en la calidad de atención a sus usuarios,
5. independientemente del financiamiento.
6. Se implementa la metodología de costeo estándar.
7. Se suscriben acuerdos de gestión entre la Dirección del Hospital y las Unidades
8. Productoras de Servicios de Salud para la mejora de la calidad de atención.
9. Se cuentan con Unidades de Seguro fortalecidas.
10. Se implementa convenios de prestaciones y se utiliza base de datos de usuarios afiliados a seguros como estrategias para evitar el subsidio cruzado.

### **Proceso de desarrollo de mecanismos de pago que favorecen el cumplimiento de la misión del hospital**

#### **A nivel hospitalario**

1. Se implementa la normatividad y se fortalecen las capacidades institucionales para
2. gestionar los diferentes mecanismos de pago.
3. Se incrementa el nivel de autonomía del hospital para la adecuada aplicación de los diferentes mecanismos de pago.
4. En el hospital coexisten diferentes mecanismos de pago como:
5. Presupuesto por partida.
6. Presupuesto global.
7. Reembolso por atención prestada.

8. Pago directo.
9. Pago por caso específico. Y otros mecanismos diferentes, en función a las peculiaridades de cada ámbito.
10. Se ha mejorado la gestión económica financiera y sus procesos asociados con el uso de las herramientas disponibles.

## **Plataforma organizativa**

### **Marco conceptual referencial**

La organización es el proceso mediante el cual se estructuran los recursos humanos tecnológicos, financieros y materiales con el fin de alcanzar los objetivos establecidos, organizar implica por tanto, que los planes se conviertan en acciones, y la función de organizar da lugar a una estructura organizativa.

Los Modelos de atención de salud determinan la forma de organización de los sistemas de salud, en este sentido de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS – de nuestro país, corresponde organizar la prestación de servicios en los hospitales desde la persona, su familia y su entorno comunitario y como el MAIS se fundamenta en las necesidades de las personas, la organización del hospital debe ajustarse a las necesidades de los usuarios y no a la de los prestadores.

En este componente del Modelo de Gestión hospitalaria, Plataforma Organizativa, los elementos directrices considerados son las siguientes:

1. El eje de la organización es el usuario como centro dinamizador del quehacer hospitalario.
2. La organización hospitalaria con una estructura cuyo núcleo es la organización por procesos de producción considerando la situación del paciente pudiendo utilizarse el enfoque matricial u otros cuando estos favorezcan el mejor resultado para los usuarios en un contexto del uso racional de los recursos, siendo el elemento vertebrador de los diferentes procesos productivos las necesidades de los usuarios, en el marco del aseguramiento universal.
3. Organizar al hospital con una lógica de complementariedad cooperación y no en la lógica de la coexistencia - competencia, significa la apertura del hospital a una

verdadera red hospitalaria en la cual las diferentes UPS estén organizadas y distribuidas para complementarse entre sí, lo que permite mejorar su eficiencia, así mismo implica a su vez integrar al hospital en la red de servicios de salud para asegurar a la continuidad y fluidez de la atención de los usuarios entre los niveles de atención. De esta manera el hospital se organiza en una red interna que se articula con la red asistencial externa.

4. Apertura de espacios en la organización para la participación de los usuarios.

## **Procesos del componente plataforma organizativa**

### **Proceso de Organización Hospitalaria**

#### **A nivel hospitalario**

1. El hospital tiene una estructura organizativa por procesos de producción basada en las necesidades de los usuarios.
2. La estructura organizativa, además de la Dirección del hospital, cuenta con una Dirección Médica y una Dirección Administrativa que coordinan y conducen las UPS clínico y administrativas respectivamente.
3. La estructura organizativa incorpora la Gestión Tecnológica como un órgano de apoyo en el organigrama estructural.
4. Se ha reestructurado la organización del hospital a fin de incorporar las funciones de soporte del hospital hacia la red y la participación social.
5. El hospital cuenta con todos los documentos de gestión que sustentan la organización: Reglamento de Organización y Funciones, Cuadro para Asignación de Personal, Manual de Organización y Funciones y Manual de Procesos y Procedimientos en el contexto del Modelo de Gestión Hospitalaria.
6. El hospital cuenta con Comités funcionales permanentes y ad-hoc con objetivos definidos y organizados para el cumplimiento de los mismos, contando con planes de acción supervisados por el Director Médico del Hospital o Director Administrativo según corresponda.
7. En el hospital se desarrolla un estilo de gestión participativa para lo que se tiene constituido un equipo de gestión, el mismo que con reuniones periódicas documentadas ayudan al proceso de toma de decisiones, las



cuales están basadas en consensos y en evidencias suministradas por el sistema de información.

## **Proceso de Coordinación del Hospital como Establecimiento de Salud Integrante de la Red de Servicios**

### **A Nivel Hospitalario**

El Hospital da complementariedad de servicios al primer nivel de atención, dando soporte para el diagnóstico, tratamiento, de desarrollo de recursos humanos asistencial de los establecimientos de la red, en el marco de un esquema de financiamiento concertado según sea el caso, y en el contexto de la categorización y el nivel de complejidad asignado.

Todo hospital tiene un ámbito de influencia territorial asignada según su categorización y nivel complejidad, pudiendo existir hospitales que excepcionalmente tiene población asignada por particularidades de la zona.

El Hospital como parte de la Red de Servicios de Salud contribuye a la continuidad de la atención y a las estrategias de intervención para el manejo de problemas de salud de la población del ámbito, en forma coordinada y según su nivel de complejidad, a través del uso de petitorios, guías de práctica clínica, normativas de gestión, codificación y sistemas de información entre otras, con el soporte de tecnologías de información y comunicación (TICs).

La atención del paciente en el hospital se complementa con la capacidad resolutive del resto de la red, a través de las visitas domiciliarias, el seguimiento a los pacientes en la cirugía ambulatoria y de corta estancia, verificación de categoría socioeconómica entre otras, por medio de la contrarreferencia al primer nivel de atención.

## **Proceso de Incorporación de la Participación Ciudadana al Hospital**

### **A nivel hospitalario**

1. El Hospital independiente de su complejidad y categoría tiene conformado un Consejo de Vigilancia de Apoyo Ciudadano.

2. Todos los miembros del consejo son de carácter ad –honorem e indelegable, y éste está constituido por:
  - Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad.
  - Representantes de los usuarios organizados
  - Representante de los gobiernos locales del área de influencia del hospital.
  - Representante de la Dirección de Red a la que pertenece el Hospital.
  - Otros que el consejo considere pertinente.
3. El Consejo de Vigilancia tiene como Función vigilar la calidad de atención en el hospital:
4. considerando el cumplimiento del horario de atención, permanencia de profesionales,
5. tiempos de espera, trato, información a usuarios, resolución de quejas, entre otros.
6. El Consejo de Vigilancia presenta informes al Comité de Gestión del Hospital
7. periódicamente.
8. El hospital promueve otras formas de participación ciudadana como: el grupo de
9. voluntariado, asociación de pacientes por patología específica (diabéticos, HIV, TBC, discapacitados, clubes de adultos mayores, familiares de usuarios entre otros).

## **Plataforma estratégica**

### **Marco conceptual referencial**

La plataforma estratégica en el hospital está representada por los procesos de planificación que se desarrollan en este establecimiento de salud (meso gestión y micro gestión) y los procesos de planificación nacional y regional relacionados con los hospitales a un nivel de macro gestión, todos los cuales se efectúan con un enfoque estratégico, con un enfoque de red de servicios de salud y en forma coherente y articulados entre los diferentes niveles, sobre la base de información sobre el desarrollo de los procesos en el hospital y sus resultados.

Asimismo, la articulación en el marco estratégico nacional general debe tenerse en cuenta en todos los niveles para los procesos de planificación hospitalaria, como son compromisos que el Estado y el Sector Salud han asumido en materia de salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional, así como el Plan Nacional Concertado de Salud. Igualmente, en el nivel de macro gestión regional y de meso y micro gestión hospitalaria, se debe tomar como marco estratégico los Planes de Desarrollo Regional y los Planes Concertados Regionales de Salud correspondientes.

En el nivel de micro gestión hospitalaria, tomando como marco, además de lo mencionado, el Plan Estratégico del Hospital, el gestor clínico desarrolla en forma participativa con el personal de la UPS de la cual es gestor, un plan de trabajo de gestión de la UPS, denominado Plan de Gestión Clínica, según lo descrito en el componente de Gestión Clínica.

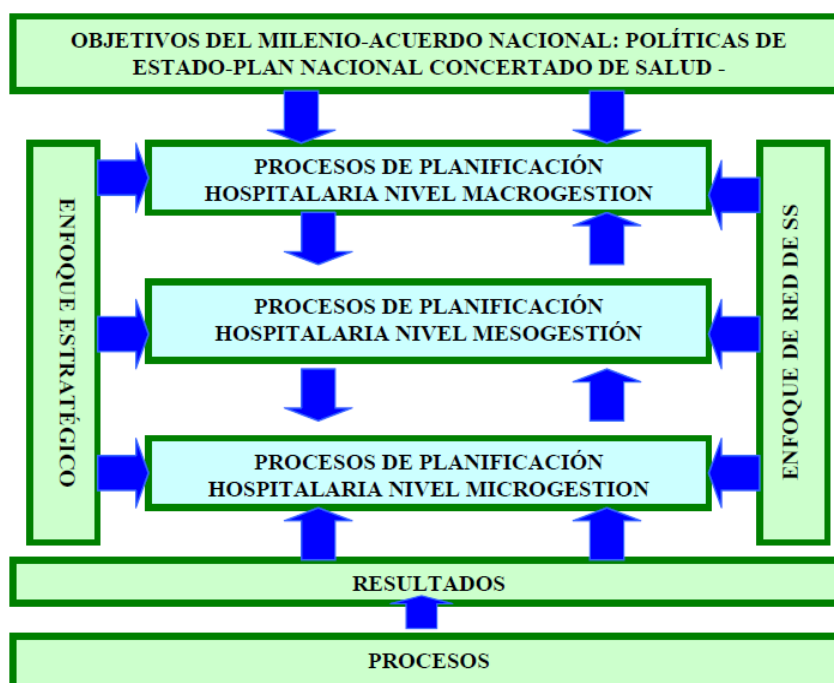


Figura 4: Tomada del documento **Técnico Modelo de Gestión Hospitalaria. MINSA (2009, p.93)**

La planificación es un componente fundamental en la gestión hospitalaria porque es un instrumento del que disponen los gestores para trazar su rumbo y adaptarse a los cambios, si el hospital no planifica, en poco tiempo dependerá del día a día, sin obtener resultados sanitarios efectivos y eficientes.

Si bien el concepto inmediato e intuitivo de planificación es anticiparse al futuro e intentar influirlo en relación con una idea; el significado del término puede variar en relación con las distintas teorías de planificación, con los ámbitos donde se practica y con el alcance que quiera darse al término, sin embargo, existen tres elementos que aparecen como común denominador en la mayoría de enfoques y definiciones de planificación, estos son:

- Futuro: elemento que más influye en diferenciar a la planificación de otros procesos de gestión es la distinta estructura temporal, cubriendo la planificación temas que se adentran en el futuro.
- Decisión: este elemento diferencia la planificación de lo que puede ser un simple ejercicio de estudio de escenarios futuros o de la investigación de servicios de salud en el que se plantea el estudio de preguntas más amplias y generalizables. En lo que se centra el esfuerzo intelectual y creativo de la planificación es en los problemas que se plantean en el momento actual y para los cuales se deben diseñar las mejores alternativas de solución.
- Acción: este elemento garantiza la efectividad del proceso planificador. La planificación no es un mero cálculo sino un cálculo que precede y preside a la acción. Uno de los mayores problemas que han existido en planificación es que se presta más atención al diseño que a la implementación, por lo que actualmente se dan gran importancia a las condiciones prácticas de implementación de los planes, como parte indisociable del proceso de planificación

En este contexto la Planificación Estratégica es un proceso mediante el cual el hospital analiza su entorno interno y externo, se pregunta por su razón de ser y expresa su finalidad, metas, objetivos y estrategias para alcanzar el bienestar y la salud de su población objetivo. Esto significa que las decisiones que se toman en el hospital en el presente producirán resultados útiles para la comunidad en el futuro. El Plan Estratégico es por consiguiente un instrumento que guía y permite definir las características del hospital para construir su futuro en relación con el medio o entorno que lo rodea y la red de servicios de Salud a la que pertenece.

El enfoque estratégico precede y es más amplio que la planificación y la gestión estratégicas. La capacidad de pensar estratégicamente es la base para aplicar las técnicas de planificación y gestión estratégicas. Es habitual afirmar que

todos los problemas son estratégicos. De la gestión de un servicio de salud a las grandes políticas de inversión, del dominio de las técnicas financieras a la gestión de recursos humanos, nada parece poder escapar al calificativo de estratégico.

Para definir estrategia, es necesario establecer dos criterios: no puede haber estrategia sin asignación de recursos y esta asignación no involucra de manera duradera el devenir de la entidad hospitalaria. Para que algo pueda calificarse de estrategia, ha de ser significativo. En este criterio se observa una noción o dimensión fundamental vinculada con el uso habitual del término estrategia. Pero este criterio no es suficiente; debe haber también una asignación de recursos materiales, financieros y humanos para que pueda hablarse verdaderamente de estrategia. En efecto, una estrategia debe poder expresarse en cifras y, por lo tanto, en términos financieros. Si no hay asignación de recursos, no se habla de estrategia, sino de proyecto o de simple orientación.

La asignación de recursos pasa por la selección, por parte de la entidad hospitalaria, de las esferas de actividad y de los medios financieros que va a utilizar para realizar sus objetivos dentro de esas esferas de actividad. Esta definición de estrategia permite diferenciar claramente lo que compete efectivamente a la estrategia, es decir, la selección de las actividades que se han de desarrollar y la asignación de recursos, de lo que pertenece más bien a la política general de la entidad hospitalaria, esto es, la articulación entre la estrategia, las actividades, el proceso de decisión y la identidad del hospital.

La estrategia consiste entonces en asignar los recursos de manera óptima tras haberlos adquirido en las mejores condiciones posibles. El objetivo de esta gestión de recursos no es obligatoriamente la búsqueda de utilidades, salvo en el caso de los establecimientos con fines comerciales. Ciertas organizaciones sociales, y en primer lugar el hospital público o privado sin fines de lucro, tienen otros objetivos que no son la maximización de los resultados financieros. Todo hospital, sea grande o pequeño, público o privado, debe contar con una estrategia. El modelo LCAG presenta las etapas principales del enfoque estratégico:

1. Análisis del medio.

2. Estudio de las fuerzas y las debilidades del Hospital, que permite distinguir las competencias distintivas de la empresa, es decir, que es lo que sabe hacer mejor que las otras.
3. Delimitación de las acciones posibles confrontando esta competencia distintiva (lo que la empresa sabe hacer mejor que las otras) con el análisis del medio (los factores claves del éxito).
4. Control de las acciones o plan de acción articulado en función a los objetivos generales a fin de formular una estrategia.

El Proceso de Planificación Estratégica se compone de tres fases:

- Fase Estratégica: consiste en plantear una serie de estrategias y establecer una serie de prioridades sobre la base de un diagnóstico previo, tanto interno (puntos fuertes débiles) como externo (amenazas y oportunidades). Esta se materializa en un Plan Estratégico, que tiene un horizonte temporal de largo plazo y es relativamente general, asegura la efectividad y supervivencia del hospital, sin embargo, no es estática, sino dinámica y se adapta a los cambios institucionales y del entorno.
- Fase Operativa: en ella se selecciona las herramientas y unidades de medida que se van a utilizar. Se materializa principalmente en el Plan Operativo, que tiene un horizonte temporal de corto plazo, es específica y concreta las ideas de la planificación estratégica en acciones cuantificables y evaluables
- Fase Presupuestaria: es la que lleva consigo la asignación de recursos, los compromisos y las responsabilidades, el seguimiento de los resultados y su control. Se materializa en el Presupuesto

Entender esto es importante porque en el hospital suele segmentarse el desarrollo de las fases de este proceso no articulando las acciones relacionadas a las mismas. Teniendo como producto de la fase estratégica un Plan Estratégico o equivalente, se realiza la planificación operativa, sin un Plan Estratégico, a modo de construcción colectiva y dinámica de un mapa que permita conducir a la organización hacia la situación deseada en constante evolución, recién es coherente realizar la planificación operativa, tomando como marco la planificación

estratégica; sin la existencia de planificación estratégica los procesos de planificación en el hospital se tornan cortoplacistas y sin rumbo.

En la planificación operativa es donde en forma concreta se determina los productos hospitalarios que se necesitan para lograr determinados cambios en la situación de salud de la población, para establecer una relación de coherencia adecuada se aplican métodos y criterios epidemiológicos determinando la estructura de morbilidad; sin embargo el hospital no tiene capacidad para resolver el problema de salud por si solo y por razones de efectividad y economía de escala necesita actuar en asociación con otros establecimientos de salud, es decir en un enfoque de red de servicios de salud.

La fase de programación del Presupuesto parte de lo definido en el Plan Operativo sobre la determinación del producto hospitalario y es la expresión monetaria del tipo, volumen y composición de recursos para generar los productos necesarios que se esperan del hospital para lograr determinados cambios en la situación de salud de la población, respondiendo como parte del sistema de salud en un contexto de red de servicios de salud. La cuantificación económica de los productos hospitalarios se determina en términos de costos operacionales, esta medición del producto hospitalario en términos económicos permite tener un Presupuesto en el hospital con un enfoque prospectivo, con compromiso sobre la producción proyectada:

Presupuesto por Resultados.

La determinación tipo, volumen y composición de recursos para generar los productos hospitalarios se expresa en el denominado Cuadro de Necesidades, que es por tanto un insumo para la elaboración del Presupuesto y a su vez insumo para elaborar el Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones del Hospital (PAAC), este último requiere para implementarse una adecuada Gestión Administrativa, en relación a los procesos logísticos, de los cuales en última instancia dependerá que los planificados lleguen donde se necesita en forma oportuna y suficiente para obtener los productos hospitalarios deseados.

Otra distorsión frecuente es la elaboración del cuadro de necesidades en forma histórica sin conexión a los productos hospitalarios que, sumado a la

imposibilidad de medir el producto hospitalario en términos económicos por no contar información sobre costos, no permitirían operativizar el desarrollo de un Presupuesto por Resultados.

Por otro lado, si bien en el hospital el Documento representativo de la planificación operativa es el Plan Operativo, no es el único, existen una serie de Planes Institucionales que enmarcados en el Plan Estratégico del Hospital se focalizan en tema específico, algunos de los cuales se detallan en otros componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria y muchos de ellos están contenidos en el Plan Operativo., pudiendo tener una temporalidad igual al del plan operativo o mayor, como puede ser el caso un Plan Director o del Plan Maestro Hospitalario los cuales al estar enmarcados en el Plan Estratégico del Hospital, se convierte también en herramientas para operativizarlo.

## **Procesos del componente plataforma estratégica**

### **Proceso de planificación del desarrollo de la red hospitalaria**

#### **A nivel hospitalario**

1. Se cuenta con Plan Estratégico del Hospital articulado con el marco Nacional y Regional, con enfoque de red de servicios y aprobado por la DIRESA/DISA
2. Se cuenta con el Plan Maestro de Desarrollo del Hospital (PMDH), y Proyectos derivados del mismo, los Presupuestos del Plan se desarrollan en conjunto con la Red, tienen un enfoque prospectivo o por resultados y son aprobados por la DIRESA/DISA.
3. Se cuenta con un Plan Operativo Institucional enmarcado dentro del Plan Estratégico del Hospital.
4. Se tiene definidos los productos hospitalarios y éstos están cuantificados en términos económicos de costos operacionales, traducidos en un Presupuesto por Resultados.
5. Se cuenta con Planes de Gestión Clínica de las diferentes Unidades Productoras de Servicios de Salud en el Hospital, con indicadores de evaluación usados para el monitoreo de acuerdos o compromisos de gestión
6. El hospital cuenta con planes específicos requeridos en diferentes documentos normativos.



## **Plataforma jurídica**

### **Marco conceptual referencial**

La Plataforma Jurídica está representada por el marco legal, que da sustento a la aplicación de los demás componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria, y al ejercicio de las competencias en los diferentes niveles de gestión hospitalaria. El propósito de la Plataforma Jurídica es dar el sustento legal para el desarrollo de los cambios en actividades de los hospitales, para otorgarles mayores grados de autonomía en los aspectos organizativos, de contrataciones, administrativos y financieros.

La plataforma jurídica principalmente debe avanzar hacia la autonomía hospitalaria. Un aspecto fundamental para mejorar el desempeño de los prestadores lo constituye la puesta en marcha de un modelo de gestión autónoma, que entregue a los directivos hospitalarios la capacidad de manejar sus recursos con mayor flexibilidad, pero de la mano con la responsabilidad de dar cuenta al país respecto a los resultados de la gestión. En particular, los directores de hospitales deben operar en el marco de un sistema de rendición de cuentas ante la ciudadanía que introduzca el debido control social y la transparencia sobre los montos recibidos y el destino de los mismos.

Un particular desafío correspondería en este punto al papel regulador del Estado, y al diseño de dispositivos legales que permitan que los gestores un grado de autonomía para que tengan mayor flexibilidad en el manejo de recursos públicos y a su vez asuman la plena responsabilidad por el resultado de su administración y se informe a la población sobre el desempeño de los prestadores.

Los principales componentes de la generación de mecanismos jurídicos para la modernización institucional son:

1. Revisión, ajuste y modernización del régimen de la naturaleza jurídica de los hospitales.
2. Evaluación, revisión y ajuste jurídico de los hospitales.
3. Desarrollo del marco regulatorio para la operación de los hospitales con autonomía responsable.

## **Procesos del componente plataforma jurídica**

### **Proceso de implementación de un reglamento hospitalario**

#### **A nivel hospitalario**

1. Se aplica el Reglamento Normativo Hospitalario.
2. Se han establecido mecanismos de evaluación en casos de controversias en actos de función ya sea asistenciales o administrativos.
3. Se cuenta con mecanismos de coordinación entre los Comités de auditoría médica con asesorías legales.
4. Se cuenta con asesoría legal a nivel de la Entidad debidamente estructurada orgánicamente con profesionales de derecho.
5. Se elaboran directivas sobre las bases del Reglamento.

#### **1.2.2. Gestión asistencial**

Bataller, Serra y Palomar (2011), consideraron que

La gestión clínica es un proceso de toma de decisiones en la práctica clínica orientado a conseguir el máximo beneficio para el paciente, y su objeto es mejorar la calidad del servicio sanitario implicando a todos los profesionales que participan en su realización. (p. 2).

La gestión clínica se debe desarrollar en la organización hospitalaria mediante la creación de áreas que asocian de forma transversal a los servicios clínicos implicados en el proceso asistencial y mediante el desarrollo dentro de estas áreas de equipos de profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) con capacidades y aptitudes adecuadas en la resolución de los procesos asistenciales.

La gestión clínica pretende la responsabilización progresiva del personal asistencial en el desarrollo y ejecución de los procesos clínicos, es decir, en la utilización de los recursos y en los resultados asistenciales. Al igual que cualquier otro tipo de gestión (económica, financiera), necesita información fiable sobre sus acciones y resultados.

Así mismo necesita conocer los intereses y objetivos de los diferentes actores existentes en el sistema asistencial, clínicos, enfermeros, gestores

administrativos y políticos. Entre los objetivos instrumentales de las experiencias de gestión clínica está el acercamiento de las culturas clínicas y de gestión. La práctica clínica es un proceso que se inicia con la valoración y diagnóstico del paciente, continúa con el plan terapéutico y dura mientras se mantiene la relación profesional-usuario, es decir, abarca a todo el proceso clínico. Por tanto, las decisiones clínicas contemplan tres aspectos:

**La relación médico-paciente**, que pretenden mejorar el diagnóstico, tratamiento y cuidado del paciente, sus instrumentos de trabajo son:

1. Medicina basada en la evidencia,
2. Guías de práctica clínica,
3. Epidemiología clínica,
4. Evaluación de test diagnósticos,
5. Planes de cuidados estandarizados, etc.

**El proceso** en el que esta relación se produce y que pretende mejorar el proceso asistencial y el manejo del paciente, apoyándose en el análisis de:

1. Alternativas a la hospitalización convencional,
2. Análisis de utilización de recursos,
3. Métodos de uso apropiado,
4. Mejora continua de la calidad, etc.

**La organización donde se desarrolla el proceso asistencial**, es decir, la práctica clínica, la cual deber ser desarrollada dentro de un marco de autonomía de gestión que implica la responsabilización asistencial y de la utilización racional de recursos, y es aquí donde juegan un papel destacado metodologías económicas y sus instrumentos de gestión:

1. Evaluación tecnológica,
2. Sistemas de control de gestión,
3. Presupuestos clínicos,
4. Medidas de actividad,
5. Sistemas de costes,

6. Nuevas formas jurídicas y organizativas de las unidades clínicas (cooperativas de profesionales, institutos, consultas de alta resolución),

Todas estas decisiones influyen en la eficiencia, en la calidad y en la efectividad de los resultados de salud. Por tanto, como objetivos de la gestión clínica podemos señalar los siguientes:

1. Investigación y modelización de la efectividad de los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y cuidado del paciente.
2. Adecuación de la estructura organizativa, con orientación al paciente.
3. Análisis y optimización de los procesos de atención a los enfermos.
4. Promover la efectividad asistencial, eficiente y con la calidad para alcanzar los mejores resultados en salud.
5. Mejora de la comunicación y de la participación activa entre profesionales y los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención y cuidados, a prestar.
6. Evaluación del pronóstico y resultados de los procesos asistenciales en términos de salud y desde el punto de vista económico y de oportunidad.

Pero, para alcanzar estos objetivos es necesario valorar capacidades, competencias y pertinencia de los profesionales asistenciales en el proceso de toma de decisiones, vinculando retribuciones a resultados y de conocer qué resultados se están obteniendo. Desde el punto de vista de la evaluación de los resultados clínicos y económicos, la gestión clínica se debe fundamentar en el análisis de los procesos asistenciales.

### **La medicina interna en la gestión asistencial**

Por su lado, Castillo (2004) afirmó que la medicina interna es la especialidad médica de carácter preferentemente hospitalario de más larga tradición. Los internistas se forman bajo el principio de que ninguna enfermedad o problema clínico del adulto es ajeno a su incumbencia y responsabilidad. Esta actitud favorece la participación activa en la mayoría de los retos asistenciales: gestión sanitaria y clínica, creación y desarrollo de las diferentes especialidades médicas y atención a nuevas áreas asistenciales.

El médico internista como garante de la atención integral en el entorno hospitalario es decisivo para favorecer una atención sanitaria centrada en las necesidades globales de la persona y es capaz de mantenerse como referente ante enfermedades específicas o nuevas. (Ministerio de sanidad y consumo, 1996 y García, 1996)

En la práctica asistencial existen diversos factores condicionantes como la variabilidad en la práctica clínica, las crecientes expectativas ciudadanas, la gran innovación tecnológica y el marco económico de los servicios públicos, cuyo manejo y control justifica la existencia necesaria de la gestión de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos (Pérez, García y Tejedor, 2002).

Los recursos existentes para sufragar el gasto sanitario son limitados y no pueden crecer de manera indiscriminada (Soto, 1999) y, además, las demandas de los ciudadanos van a seguir creciendo ante el envejecimiento de la población y el desarrollo de nuevas tecnologías (Matesanz, 2001). Admitiendo el desequilibrio entre demanda y recursos públicos disponibles lo que puede llevar a que la medicina sea económica y políticamente insostenible, la respuesta a estos problemas no debe centrarse sólo en intentar mejorar la eficiencia del sistema con medidas organizativas, de gestión y de productividad -simples medios-, sino en los fines, en los objetivos de la medicina fuera de los habituales de vencer a cualquier enfermedad y evitar la muerte con la utilización de recursos suficientes y tecnología adecuada, lo que supone un sesgo hacia la curación en detrimento del cuidado (Quintana, 2003).

Las unidades de Medicina Interna son servicios hospitalarios básicos que se integran en los hospitales de todos los niveles, su intervención queda condicionada por el tamaño del hospital y el área que atiende, clasificándose así en básicos, de referencia o de alta tecnología. En cualquier nivel de actuación siempre el Servicio de Medicina Interna es el que más enfermos atiende dentro de las especialidades médicas, más aún cuando el hospital es más pequeño (desde el 26% del total de altas médicas hasta el 8,5%) donde también la estancia media es menor (estancia media bruta desde 10,1 hasta 14 días) (Diez y col, 1996; Jefes de Servicio de Medicina Interna, 1993 ).

Las otras especialidades médicas aportan fundamentalmente procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos por lo que la atención al paciente durante su hospitalización puede depender exclusivamente de los internistas que recurrirán a otras especialidades tan sólo a la hora de precisar algún procedimiento o como interconsulta ante problemas concretos, siempre de acuerdo con el modelo hospitalario y sus características.

En cualquier caso, es preciso definir el peso relativo asistencial de la Medicina Interna en un determinado hospital sobre el porcentaje de altas previstas y en relación con el resto de servicios médicos que puedan existir para comenzar a dimensionar el servicio y sus necesidades de recursos humanos y técnicos.

### **Cartera de servicios, prestaciones y campo de acción**

El Servicio de Medicina Interna tiene como misión la atención integral especializada de los enfermos de Medicina Interna con especial atención a los procesos médicos más frecuentes que afectan a la población adulta del entorno o área asistencial asignada. Aspectos esenciales son la capacidad integradora, el interés por la epidemiología y la prevención, así como el contenido docente e investigador, todo ello dentro de un contexto ético, de calidad y de seguridad (Del Llano y Millán, 2002); (Millán, 2003).

Para diseñar el servicio es necesario conocer, en análisis comparado, los indicadores de estructura demográfica del área asignada considerandos índices como el de masculinidad, dependencia infantil y porcentaje de mujeres en edad fértil, dependencia de ancianos y de envejecimiento. Esta realidad demográfica es la causa del envejecimiento de la población atendida, probablemente más evidente en los servicios de MI, y que se asocia a una mayor morbilidad.

De cómo tratamos a nuestros pacientes y si estamos en línea con el cumplimiento de objetivos nos informa el análisis de la casuística atendida en la hospitalización y los indicadores de actividad basados en los grupos relacionados con el diagnóstico (GRDs), clase o categoría asignada según el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y comparación con el estándar.

Algunos jefes de servicio mantienen que el apuntalamiento y mejora de la especialidad pasa por el aprendizaje y adquisición de destrezas de las llamadas pruebas especiales con lo que se puede perder la verdadera técnica del internista que reside en su versatilidad para el manejo de enfermos complejos y su diagnóstico y en el caudal inapreciable de credibilidad que le confieren su rigor y destreza semiológicos y propedéuticos (Herrero, 2003), (Cardellach, 2003).

### **Previsión de actividad**

Gestionar implica antes que nada planificar, para posteriormente organizar, dirigir y controlar lo previsto. El servicio es una unidad de gestión que debe tener sus productos bien definidos, sus clientes y sus proveedores y su cuenta de resultados. La previsión de actividad se basa en el análisis externo (marco demográfico, social y sanitario; demanda asistencial; evolución tecnológica y atracción asistencial de la unidad) e interno (cartera de servicios, relación con otros servicios) y se debe conocer también el ámbito de atención (censo población), cartera de servicios, dotación y resumen de la actividad prevista en el Hospital. En cualquier caso, el proyecto debe recoger una valoración de la actividad en los ámbitos asistencial, docente, investigador y de calidad (Asenjo, 2002), (White, 1996)

### **Actividad asistencial**

Se realiza en las áreas de hospitalización, consultas externas, hospital de día y urgencias.

1. **Hospitalización:** la hospitalización es la actividad más costosa, 57,66% de los costos de los centros de agudos corresponde a ella, siendo las consultas externas (17,25%) y la urgencia (12,81%) las siguientes fuentes del gasto (Fernández, 2003).

El número de altas en Medicina Interna que define la carga asistencial de la unidad oscila según hospitales y niveles entre el 8,5% (hospitales terciarios) y el 26,4% (hospitales de primer nivel) del total de las registradas en los respectivos centros (Diez y col, 1996).

Este dato es clave a la hora de proyectar la actividad del servicio de acuerdo con las características del hospital y la existencia de otros servicios médicos que

pueden implicarse en la asistencia o ser sólo servicios proveedores de exploraciones complementarias. La actividad se debe valorar por la estancia media bruta, media aritmética de la estancia, o relación entre el número de estancias y el de ingresos durante un periodo determinado, como mínimo mensual (Miquell y Asenjo, 1992).

**2. Consultas:** las nuevas formas de gestión permiten diferenciar distintas consultas: la clásica para pacientes nuevos, revisiones y resultados y las nuevas denominadas de alta resolución. Para diseñar una consulta sin históricos, y a efectos de cálculos, se puede plantear que cada alta hospitalaria se correlaciona, que no quiere decir que ocasione, consultas externas totales y que la relación ideal de primeras consultas/consultas sucesivas es de 1/3, con lo que conocidas las altas se puede diseñar el número de consultas previstas que es de esperar se generen. Para conocer el número de módulos de consulta necesarios se programará la actividad considerando que una primera consulta ocupa una hora y las sucesivas un cuarto de hora. La consulta única o de alta resolución es una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales (Zambrana y col, 2002) y la consulta de orientación de pacientes es una iniciativa para reducir listas de espera (Sanchis y col, 2003).

**3. Interconsultas y hospital de día:** las interconsultas que se esperan recibir en el diseño de un servicio de nueva creación se pueden cifrar, a efectos de cálculos, en el 15% de las altas y el tiempo destinado a cada se calcula en 30 minutos. El hospital de día, como alternativa a la hospitalización tradicional, debe ser utilizado por los internistas con el fin de aumentar las cifras de ambulatorización y para el cálculo de pacientes posibles a tratar se iguala al número de interconsultas, admitiéndose un tiempo de dedicación diaria a cada asistencia de 1 hora.

**4. Guardias/urgencias:** la atención continuada exige la participación de un internista en la atención de los pacientes ingresados y en la urgencia hospitalaria con el fin de adecuar los ingresos durante todo el día, por lo que al menos un médico del servicio debe integrarse en estas funciones, tanto en la atención de interconsultas urgentes durante la jornada de trabajo como en las horas consideradas como de guardia de presencia física.



**5. Hospitalización domiciliaria:** el desarrollo de estas unidades, conocido como camas fuera del hospital, ha sido una realidad gracias generalmente a internistas, aunque suelen depender de la dirección y no están integradas en los servicios de MI. Su actividad, junto con la del hospital de día, se integra en el índice de ambulatorización.

### **Actividad docente**

La especialidad de Medicina Interna, precisamente por su proceder clínico, está en la mejor disposición para la formación global de otros especialistas para que en un mundo tecnológico no se pierdan los valores clínicos, éticos y la atención integral.

Tanto la investigación como la docencia se realizarán en función de la asistencia y, dependiendo del tipo de hospital tendrán mayor tiempo de dedicación a expensas del tiempo asistencial. Las líneas de actuación se dirigen a:

1. Formación de pregrado: participando en la formación de médicos y diplomados de enfermería y fomentando la misión docente del Centro.
2. Formación de postgrado: acreditación docente para la formación de médicos residentes en las distintas especialidades médicas bien como base fundamental en las de Medicina Interna y Medicina de Familia y como inicio genérico en el resto.
3. Formación de postgrado de tercer ciclo: desarrollo de programas de doctorado, acreditación de cursos de doctorado e incremento en el número de doctores.
4. Formación continuada: ofrecer actividades en este ámbito que satisfagan las necesidades de los profesionales y garanticen una adecuada opción formativa tanto asistencial como de investigación clínica, gestión e incluso informática o idiomas.
5. Aula de salud dirigida al conjunto de ciudadanos con programas de educación para la salud.

### **Actividad investigadora**

Esta es una actividad fundamental complementaria de la asistencial, que sirve de apoyo y sustento y que le proporciona aspectos de mejora de la calidad asistencial e incremento de la producción científica. Esta actividad se dirige a dar respuesta de

manera prioritaria a los problemas asistenciales propios más relevantes, aunque si el hospital lo permite por su nivel universitario debe abordar estudios de investigación de tipo observacional o experimental. Las actividades que realizar deben ser:

1. Sesiones clínicas: revisión de casos clínicos, casos problema, bibliográficas, generales del hospital y sesiones con metodología de medicina basada en la evidencia (MBE).
2. Investigación clínico-epidemiológica y biomédica con definición de líneas de actuación y búsqueda de la financiación de proyectos.
3. Comunicaciones y asistencias a congresos y publicaciones en libros, monografías y revistas.

### **Actividad de calidad**

Para poner en práctica la orientación al paciente y su participación en la toma de decisiones, el hospital debe disponer de información actualizada de sus opiniones sobre la asistencia sanitaria recibida y de la evolución de los servicios que le presta a la sociedad. La satisfacción del paciente depende de la diferencia entre sus expectativas y sus percepciones de cómo ha sido atendido.

En Medicina Interna, los principales objetivos de calidad son dos: reducir la estancia media o adecuarla al funcionamiento y casuística; evitar las listas de espera en consultas externas aumentando el número de primeras consultas. La actividad de calidad se realizará a través de líneas de actuación para mejorar la asistencia orientada al usuario, dentro del marco legal de las leyes de autonomía (Ley 41 del 2002) y de cohesión y calidad (Ley 16 del 2003) e incluyen:

1. Elaboración de vías clínicas para los GRDs más frecuentes, así como el análisis de la adecuación de los ingresos y estancias hospitalarias en los GRDs con estancias más desviadas del estándar. Las vías clínicas (Carrasco y Ferrer, 2001) son planes asistenciales que se aplican a pacientes con una determinada enfermedad y que se realizan bajo consenso con los servicios y personal sanitario implicado. Sin embargo, se sabe que la adhesión de los profesionales a las vías clínicas es escasa porque fallan

tanto los incentivos como la evaluación, acreditación y difusión de los documentos.

2. Las guías inter niveles, de reciente incorporación como recurso de gestión para procesos que deban ser atendidos en distintos niveles asistenciales, permiten un mejor control de las patologías en la atención primaria y en consecuencia una reducción de los ingresos en el hospital. Recogen patologías prevalentes en la atención primaria que, en determinados momentos, pueden generar ingresos en otros niveles asistenciales como el hospitalario o el socio sanitario.

3. Control del gasto farmacéutico, conociendo el gasto previo real, observar la evolución del mismo, e intentar con el consenso de todos los miembros del servicio reducirlo en aquellos capítulos de mayor gasto o desviación.

4. Consentimiento Informado en el 100% de los procedimientos usuales como realización de biopsias, transfusiones, etc; en el resto de procedimientos invasivos o quirúrgicos únicamente la vigilancia del cumplimiento por parte de los diferentes Servicios implicados. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios.

5. Elaboración de un plan de acogida al paciente para evitar la sensación de desamparo del enfermo y sus familiares al ingreso y que incluya información tanto oral como escrita a cerca de derechos y deberes, pautas iniciales, procedimientos previsibles y tiempo de estancia con informe de pre alta y entrega al alta del informe clínico en horario convenido, preferentemente antes de las 12 horas.

Para el seguimiento de los objetivos de calidad se utilizarán encuestas a los pacientes y sus familiares que valoren las actuaciones, así como los índices de reingresos, mortalidad, reclamaciones, altas voluntarias, autopsias, reacciones adversas a medicamentos, infecciones nosocomiales, caídas intrahospitalarias, úlceras por presión, índice de codificación de historias, calidad del informe de alta, etc. Recientemente se considera importante mejorar la atención sanitaria en términos de seguridad mediante la prevención de accidentes asistenciales e introduciendo métodos de análisis de accidentes y errores, formación e investigación para su prevención. La primera alerta de seguridad es la inadecuada

identificación de pacientes, con estrategias de mejora con la utilización del brazalete identificativo y de un sistema de código de barras.

### **Recursos humanos y materiales**

Para desarrollar los planes y alcanzar los objetivos, de acuerdo con las previsiones anteriores y el marco de la misión del Hospital, son necesarios los siguientes recursos:

**1. Humanos:** personal facultativo, de enfermería y auxiliar, administrativo y otro personal no sanitario. En la práctica habitual se suele mantener la relación de un facultativo por cada 6 camas, incluyendo en su labor la atención al resto de las áreas asistenciales como consultas. Sin embargo, para diseñar un servicio y el personal necesario, es preciso definir las cargas de trabajo y la carga horaria de cada función de acuerdo con consensos y conociendo la jornada laboral y la dedicación, así como la tendencia actual de objetivo laboral de dedicación de horas semanales.

El jefe de servicio debe atraer, retener y fomentar la interacción y los mejores recursos humanos, así como demostrar su capacidad para formar equipos y que estos sean los mejores en términos de competitividad e innovación (Ordóñez y Duque, 1996), (Perona y Marzá, 2002).

Los nuevos sistemas de gestión han llevado a los médicos a una importante desmotivación considerándonos como simples piezas de un sistema de producción y siendo un grupo de riesgo para el desarrollo del síndrome de burnout o del profesional quemado (Matesanz, 2001).

Las condiciones para la motivación son las metas en el trabajo y el conocimiento de los resultados. Las políticas de motivación, aparte de que sea indispensable revisar los salarios de los médicos como un elemento clave para su motivación, incluyen que desde la jefatura se consideren las individualidades, desarrollo de la autoestima y, en concreto, favorecer las estancias formativas en hospitales punteros, y liberar parte de la carga asistencial, de forma rotatoria, para facilitar la investigación y las publicaciones científicas en orden a favorecer la carrera profesional (Cardellach, 2003).

**2. Materiales:** incluyen la sala de hospitalización, con un número de camas de acuerdo con las necesidades definidas, aunque la Medicina Interna suele tener periféricos o cargos en otras áreas y además, sala de reuniones, despachos médicos y secretaría (parece un esfuerzo deseable para la gerencia que, cuando menos a jornada parcial el servicio disponga de un auxiliar administrativo).

Es preciso definir por tiempos y cargas de trabajo el número de locales de consulta necesarios, así como los puestos en el hospital de día, si el centro dispusiera de él.

### **Modelo organizativo y funcional:**

#### **Áreas de actividad y criterios de programación**

Las áreas de actividad asistencial quedan definidas en dos grandes apartados: hospitalización y consultas, incluyendo en esta última consulta externa, interconsultas y hospital de día, asimismo debe considerarse la actividad programada habitual y la generada por urgencias en horario de trabajo como interconsulta o la guardia de presencia física, considerado como tiempo extraordinario.

Los tiempos de distribución de dedicación a las distintas labores de cada facultativo se puede establecer en asistencia: 68%; docencia e investigación 28%; y descanso: 4%. Con este diseño de tiempos asistenciales y los porcentajes de dedicación, así como el compromiso laboral horario de cada facultativo, es posible establecer el número de facultativos necesarios para cubrir las diversas actividades.

En la programación asistencial es preciso organizar las guardias, facilitar la asistencia a conferencias, congresos y actividades docentes o de investigación y la forma de cubrir contingencias no previstas de tal manera que cualquiera de estas circunstancias no suponga ningún deterioro en el normal funcionamiento y cumplimiento de objetivos del Servicio.

Se elaborarán procedimientos y normas para que el trabajo se realice de una forma estandarizada: informe de alta, realización de interconsultas, programación de guardias, etc. Cuando existan desviaciones de objetivos o como herramienta de gestión y ante la diversidad de patología y situaciones clínicas es importe valorar la

puesta en marcha de alternativas asistenciales o unidades de gestión con diversos criterios y con el fin de centrar, agrupar y mejorar los recursos disponibles.

Al margen de estas alternativas según las necesidades de gestión, se pueden crear unidades funcionales para el diagnóstico y tratamiento de problemas específicos con la participación de internistas para el manejo integral de ciertas patologías que optimizan recursos y reducen costes hospitalarios: clínicas de insuficiencia cardiaca (Pérez, 2001), ferropatología (Del Castillo, Caño, Khosravi y De Portugal, 2002), lípidos, factores de riesgo cardiovascular, etc.

### **Instrumentos de gestión**

La gestión clínica pretende optimizar los resultados de la actividad clínica, permitir que los profesionales tengan capacidad para organizarse y diseñar estrategias para la mejora de los resultados asistenciales y la búsqueda de la satisfacción del paciente. Implica una transferencia de riesgos a los Servicios desde la Dirección con la posibilidad de ganar o perder en función de los resultados.

Entre las diferentes formas de gestión, la modalidad más conocida es la dirección por objetivos (DPO), sistema que engloba los procesos de previsión y control de gestión mediante la descentralización en centros de responsabilidad que marquen sus propios objetivos y se les evalúe racional y equitativamente en base a los logros alcanzados (Bataller, Sánchez, Alfonso y Chulia, 2002), (Monrás, 1996). Las bases conceptuales de la gestión clínica entroncan con los fundamentos éticos de la medicina de alcanzar la mayor excelencia profesional de los médicos y lograr los mejores cuidados sanitarios posibles para los enfermos (principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) (Del Llano y Millán, 2002).

Un proyecto de gestión tiene muchos puntos en común con un programa de calidad ya que la gestión clínica y la calidad persiguen lo mismo: hacer bien el trabajo (Mirá y col, 2002). La gestión de calidad total supone la búsqueda de la excelencia, ligada a la competitividad, en todo lo referente a resultados y rendimientos de una organización mediante la autoevaluación, resaltando puntos fuertes y áreas de mejora y contrastándolo con un modelo de excelencia: el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) que se usa como base para el diagnóstico del sistema de gestión (Oteo, Silva y Garrido, 2000).

El nivel de actuación de los facultativos es el de la micro gestión o gestión de la asistencia sanitaria individual, donde se basa la eficacia. El objetivo es mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de los pacientes. Debe centrarse en los procesos más frecuentes o más relevantes por algún criterio clínico (gravedad, consumo de recursos, etc.) ya que un número limitado de procesos constituye un alto porcentaje de los ingresos y en ellos debe centrarse la gestión de la unidad.

Para la realización de un plan de gestión, que actúe como un lenguaje común, como un estímulo, entre los clínicos, la dirección y los pacientes, se deben considerar y conocer los siguientes elementos (Pérez, García y Tejedor,2002), (Miquell y Asenjo, 1992):

1. Características de producción de la unidad:
2. Análisis organizativo:
3. Análisis de la práctica clínica:
4. Análisis de utilización de recursos:
5. Desarrollo de un sistema de control de gestión del servicio para el seguimiento y evaluación:
6. Criterios de atención ética: es el compromiso de la unidad con sus pacientes y los ciudadanos en general con actuaciones como: accesibilidad al servicio, información a enfermos y familiares, seguridad de los pacientes, tratamiento de pacientes críticos y comunicación interna.

### **Relación con otros servicios y unidades**

La actividad clínico asistencial es un conjunto de relaciones que se rigen por principios de tipo cliente-proveedor (médico-paciente y médico-organización) (Cosialls y Gil, 2002) identificándose los siguientes elementos, funciones y relaciones:

1. Un cliente externo: el paciente que actúa como sujeto del acto médico y que aporta un motivo, solicitud, necesidad o problema (usuario) y una función proveedora de información (consumidor).
2. Un cliente interno, generalmente el médico, a veces la enfermera, responsable de ese proceso.

3. Cuatro bloques de proveedores: información clínica (laboratorios, rayos, interconsulta, tratamiento...); cuidados y evolución: enfermería; recursos: dirección (proveedora industrial) y organización: dirección (optimización, eficiencia y coordinación).

El Servicio deberá mantener relaciones extrahospitalarias con otros Hospitales o Centros Sanitarios de los que sea referente, ofertando servicios, o de los que pueda precisar demanda de los mismos, en concreto de ciertas especialidades o procedimientos de los que no disponga en hospital, aunque sea solo de forma temporal, hecho no infrecuente en cualquier nivel asistencial por lo que es previsible necesitar alguna colaboración extrahospitalaria ocasional y puntual.

### **1.2.3. Calidad de la atención en salud**

Según Urroz y Allen (2004):

La calidad debe ser el paradigma de todos los que gestionan la salud en los servicios de salud y en la comunidad para el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos y los grupos sociales. Aunque la calidad parece un atributo inherente y obvio a la prestación de los servicios de salud no siempre esta se garantiza. Se debe desde la perspectiva de la equidad y la eficacia realizar estudios de los procesos y resultados del quehacer en la atención integral de la salud, en forma sistemática y sistémica. (p.8)

Sugiere Donabedian (1984) que la calidad es:

...una propiedad de, y un juicio sobre, alguna unidad definible de la atención, la cual se puede dividir por lo menos en dos partes: técnica e interpersonal. Es necesario precisar que la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas, de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.



## **Principios de la garantía de calidad**

Urroz y Allen (2004, pp. 30 y 31), consideraron que, por la experiencia obtenida en el control de la calidad en sistemas de atención de la salud, se establecen cuatro principios a cumplir por todo programa para garantizar de calidad.

### **1. La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve**

Se garantiza calidad si se da el compromiso para establecer las necesidades de los pacientes y la comunidad; es necesario conocer qué quieren y qué esperan de los servicios de salud. Todos los esfuerzos de mejora de calidad deben evaluarse de acuerdo con estas necesidades y expectativas. Asimismo, debe considerarse satisfacer las necesidades y expectativas de los que prestan los servicios de salud

### **2. La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.**

El análisis de los procesos de prestación de servicios, las actividades, tareas y resultados en los enfoques de garantía de calidad permiten tener una comprensión del problema y de sus causas a fondo. La garantía de calidad busca la solución de éstos. Más aún, un programa que garantiza la calidad puede prevenir problemas antes de que éstos ocurren, a partir de un análisis de los procesos.

### **3. La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.**

Es importante garantizar la calidad empleando técnicas cuantitativas para el análisis y la supervisión de problemas, dado que este enfoque se orienta hacia la información; permite probar teorías en base a las causas de fondo, pues la solución eficaz de los problemas debe basarse en hechos y no en suposiciones.

### **4. La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.**

La participación del personal en equipo es para garantizar la calidad, en la medida que el producto técnico obtenido es probablemente de mejor calidad por el aporte

de cada participante desde una perspectiva e información original, lo que posibilita un análisis más completo del problema y la solución será más factible. Por otro lado, el equipo acepta y respalda las decisiones y o cambios por consenso, disminuyendo la resistencia a los cambios institucionales.

### **Dimensiones de la calidad de servicio en salud**

La FUNDESALUD (2010), consideró que tanto la revisión documental como las entrevistas con expertos sugirieron la existencia de diversos modelos para la evaluación de la calidad de los servicios de salud. Se encontró que la mayoría de ellos la han analizado adoptando una metodología cuantitativa y aplicando encuestas a usuarios; donde la mayoría de los cuestionarios que se utilizan carecen de marcos conceptuales sólidos (Palomer, Revuelta y Miralles, 1994).

Muchos de ellos evalúan la satisfacción desde una perspectiva general, sin considerar aspectos muy relevantes pero complejos, como los aspectos técnicos y resultados en salud (Rees, 1994). La literatura mostró que en Latinoamérica la evaluación de la calidad en los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios ha sido limitada (Atkinson y Haran, 2005). En los últimos veinte años se ha analizado en encuestas nacionales y regionales de salud, que incluyen la satisfacción con los servicios de salud, sobre todo en aspectos del proceso. Igualmente, se halló la validación de un instrumento para medir la calidad percibida por usuarios de Hospitales de Colombia (Cabrera, Londoño y Bello, 2009).

Con base en estas consideraciones se definió la perspectiva metodológica más apropiada para la realización de la medición de la calidad de la atención en salud en el Hospital Universitario del Valle, la cual tomó como referente el denominado modelo SERVQUAL, para la evaluación de la calidad de los servicios.

### **Metodología SERVQUAL**

Esta metodología surge de un proceso de investigación llevado a cabo por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L Berry y auspiciada por el Marketing Science Institute (MSI) en Cambridge, Massachusetts EEUU, en donde el propósito fundamental era realizar un estudio preparatorio sobre la calidad de los servicios.

En el desarrollo del estudio empírico a gran escala centrado en el punto de vista del cliente sobre el modelo de calidad del servicio, fue desarrollada la metodología para medir la calidad del servicio que fue llamada SERVQUAL (Zeithaml, Parasumaran y Berry, 2003). Diversas investigaciones acerca de la aplicación del modelo SERVQUAL concluyen que ha sido el más utilizado para la evaluación de la calidad de los servicios públicos. En particular Bigne et al. demuestran la fiabilidad de la escala SERVQUAL frente a otras metodologías para medir la calidad, fundamentalmente en tres servicios públicos: educación superior, transporte y salud.

El modelo de Parasumaram, Len Berry y Valerie Zeithaml determinó cinco dimensiones de la calidad, de las cuales solo una es visible:

1. Tangibles: Como la parte visible de la oferta: la apariencia y limpieza de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales de comunicación.
2. Confiables: la habilidad para desarrollar el servicio prometido en forma acertada y como fue dicho.
3. Respuesta del personal: respuesta pronta y deseada, deseo de ayudar a los usuarios y de proveer el servicio con prontitud y esmero.
4. Seguridad: conocimiento y cortesía del personal y su habilidad para producir confianza.
5. Calidez o empatía: el cariño, la atención individualizadas que se provee a los usuarios, el deseo de comprender las necesidades precisas del cliente y encontrar la respuesta más adecuada.

En general, el modelo conceptual para la calidad del servicio SERVQUAL, está basado en la tesis que la percepción depende de la expectativa que se tenga de él, del grado en que se ha satisfecho dicha expectativa y el nivel de comunicación entre personal y usuario. Por su parte, el modelo también permite, en teoría, determinar cinco brechas entre la percepción del usuario y la del personal:

La 1ª. se da entre los servicios que el personal pretende dar y el servicio esperado por el usuario.

La 2ª. se da entre el servicio que el personal pretende dar y las especificaciones del mismo,

La 3ª. entre las especificaciones del servicio y lo que obtiene el usuario.

La 4ª. entre lo que el usuario obtiene y se le había comunicado que se daría

La 5ª. entre el servicio percibido y el servicio esperado.

Las brechas 2, 3 y 4, están vinculadas con el personal. La brecha 1ª y la 5ta. se relacionan con el usuario.

#### **1.4. Justificación del estudio**

##### **Relevancia del estudio**

Es de dominio público que la atención en los establecimientos de salud del estado y EsSalud no es la esperada y más aún, no es la que correspondería a los usuarios al amparo de los derechos de atención del usuario (MINSAL, 2015). Así también la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, reafirma que la Salud es un Derecho Humano de acuerdo con la Declaración para la Salud de los Pueblos de la Asamblea de Salud de los Pueblos, realizada en Bangladesh, en el 2000: “La Salud es un asunto social, económico, político y sobre todo es un derecho humano fundamental. La desigualdad, pobreza, explotación, violencia e injusticia están a la raíz de la mala salud y de la muerte de los pobres marginados”.

En consecuencia, el respeto por el derecho a la salud refleja el compromiso social en busca de la equidad y justicia. De tal forma que la atención a la salud y los derechos humanos deberían prevalecer sobre los asuntos económicos y políticos, considerándose que el derecho a la salud comprende la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de atención.

Pese a que SUSALUD existe para identificar los procesos críticos que afectan el buen trato al usuario de los servicios de salud; mejorar los procesos críticos priorizados del sistema de atención que afectan el buen trato al usuario; promover la participación de los usuarios en la evaluación de la calidad de los servicios y el cumplimiento de sus derechos para la mejora del trato en las prestaciones; promover la cultura institucional del buen trato al usuario, esto aún no

es una realidad en todos los establecimientos de salud, especialmente en aquéllos de gestión pública.

### **Pertinencia:**

Siendo un problema prevalente en muchos sectores de las distintas regiones del país, todo estudio que se haga para revertir esta situación será oportuno y necesario; es decir, la investigación realizada además de ser pertinente alcanza una gran trascendencia teniendo en cuenta que a partir de sus hallazgos se buscaría mejorar la atención en salud, lo que eventualmente favorecería a diversas comunidades en el territorio nacional, especialmente de zonas deprimidas y con poblaciones vulnerables.

### **Aportes del estudio:**

El estudio desarrollado desde una óptica positivista se ajustó escrupulosamente al método hipotético deductivo, como corresponde al enfoque cuantitativo asumido y que determinó que su propósito era la obtención de conocimientos empíricos y científicamente validados a través del análisis epistemológico del proceso investigativo.

#### **1. Justificación teórica**

El desarrollo de la investigación requirió de la revisión de investigaciones previas, de conceptos y teorías sobre gestión y calidad de atención en salud, todo ello sirvió de soporte teórico para la operacionalización de las variables en el intento de anexar el hecho empírico analizado a la teoría y tratar de explicar su ocurrencia. Para ello, se construyó una estructura teórica propia y que representa una perspectiva particular en el abordaje del estudio de las gestiones administrativa y asistencial y la calidad de la atención en la salud pública.

Dado el carácter básico de la investigación, el conocimiento obtenido permitió conocer en cuanto afectan las gestiones a la calidad de la atención que se le brinda al usuario en el hospital de gestión pública *Hermilio Valdizán*, a partir de los presupuestos teóricos establecidos para la variable y que se midieron empíricamente en la muestra empleada. Ambos aspectos se constituyeron en el aporte teórico del estudio.

## **2. Justificación metodológica**

En el presente estudio se requirió la construcción de dos escalas de opinión que fueron empleadas para recoger los datos sobre las gestiones administrativa y sanitaria; en el estudio se estableció que la validez de contenido y de constructo para estos instrumentos fueron adecuadas, así como también que el cálculo de la consistencia interna de estos instrumentos determinó que ambos eran confiables.

Estos resultados permitieron considerar que ambas escalas podrían ser empleadas directamente o servir de base para la construcción de instrumentos más elaborados en futuras investigaciones; quedaron entonces a disposición de la comunidad científica para ser aplicados en estudios que requieran conocer las características de las gestiones administrativa y sanitaria en instituciones hospitalarias.

### **1.5. Formulación del problema**

#### **1.5.1. Problema general**

¿Cómo influyen la gestión administrativa y la gestión asistencial en la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán?

#### **1.5.2. Problemas específicos**

PE1: ¿Qué aspectos de la gestión administrativa ejercen mayor influencia sobre la calidad de atención a pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán?

PE2: ¿Qué aspectos de la gestión asistencial ejercen mayor influencia sobre la calidad de atención a pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán?

### **1.6. Hipótesis**

#### **1.6.1. Hipótesis general**

La gestión administrativa y la gestión asistencial influyen positivamente en la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.

### **1.6.2. Hipótesis específicas**

HE1: La gestión presupuestal y financiera es el proceso administrativo de mayor influencia sobre la calidad de atención a pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán

HE2: La relación médico-paciente es el proceso asistencial de mayor influencia sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.

## **1.7. Objetivos**

### **1.7.1. Objetivo general**

Establecer la influencia de la gestión administrativa y la gestión asistencial en la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán

### **1.7.2. Objetivos específicos**

OE1: Identificar el proceso administrativo que ejerce más influencia sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.

OE2: Identificar el proceso asistencial de mayor influencia sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán

## **II. Método**



## **2.1. Diseño de investigación: no experimental y transversal**

En la investigación no se pretende modificar las condiciones del proceso de gestión que lleva al desarrollo de las actividades administrativas y asistenciales en el hospital, así como tampoco será posible influir en forma alguna en la generación de expectativas de atención a los pacientes. Por tanto, el investigador se limitará a observar, registrar y analizar las variables de estudio en su expresión natural. Por otro lado, dado que la información sobre el desarrollo de las gestiones será recogida desde los mismos trabajadores del hospital que conformarán la muestra, se considera conveniente tomar los datos una sola vez.

Si no se manipulan las variables y no se alteran las condiciones en las que se desarrollará la investigación, Campbell y Stanley (1966), sostienen que ésta será no experimental y en la medida que el recojo de los datos se realizará por única vez, en un momento determinado del proceso investigativo, será transversal.

En consecuencia, será desarrollada como un estudio no experimental transversal y con un alcance o nivel explicativo, puesto que se pretende establecer el criterio de causalidad entre variables; se busca conocer cuáles de los aspectos de las gestiones desarrolladas y en qué medida son responsables del nivel de atención que se brinda a los pacientes.

En la medida que la información requerida para analizar el desarrollo de las gestiones mencionadas, así como también sobre la atención a los pacientes será recogida directamente de los informantes, la investigación califica como un estudio de campo.

Metodológicamente la investigación fue planteada de acuerdo con los preceptos del paradigma positivista, en tal sentido, el análisis que se realizó de la influencia de las gestiones en la calidad del servicio de salud otorgado constituyó un hecho social que fue percibido como una realidad concreta, objetiva y externa al investigador.

El o los conocimientos que se obtuvieron de este análisis fueron de naturaleza objetiva, medible en alguna forma y cuya validez provino de la contrastación de la hipótesis de influencia; en suma, son demostrables

empíricamente. Asimismo, se buscó alcanzar el conocimiento sobre el hecho, en forma deductiva, buscando insertar el hecho en teorías o leyes más generales, que permitirán explicar su ocurrencia.

En cuanto al tipo de estudio, la investigación fue tipo básica y sustantiva, de acuerdo con lo que manifestaron Sánchez y Reyes (1998; p.14), quienes han sostenido que en estas investigaciones se busca responder a los problemas teóricos, orientándose a describir, explicar, predecir o retrodecir la realidad en busca de leyes y principios para organizar una teoría científica. Para el caso se buscó determinar el grado de influencia de las gestiones administrativa y sanitaria sobre el nivel de atención a los pacientes en una institución de salud específica.

## **2.2. Variables y operacionalización:**

En la investigación se analizó la interacción de tres variables, dos de las cuales se presuponían causales y una que representaba el efecto a estudiar. En tal sentido, se consideró que el estudio correspondía a un análisis multivariado.

### **2.2.1. Definiciones conceptuales**

#### **De las variables de gestión, causales o independientes.**

Corresponden a las gestiones administrativa y asistencial que se desarrollan en el Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán, donde se llevará a cabo la investigación. Ambas son de naturaleza cualitativa y fueron analizadas a partir de una escala ordinal, en la cual se estableció su nivel de idoneidad y desde la perspectiva de los trabajadores de la institución.

#### **1. Gestión administrativa**

El Ministerio de salud - MINSA (2009, p.3), definió la Gestión Administrativa como el conjunto de acciones mediante las cuales se desarrollan actividades a través del cumplimiento de las fases del proceso administrativo, en general: prever, organizar, dirigir, coordinar y controlar. La gestión administrativa en el hospital involucraba el desarrollo de dos procesos principales el de Gestión Económica Financiera y el de Gestión Logística.

## **2. Gestión asistencial**

Bataller, Serra y Palomar (2011, p.2), se refirieron a la gestión asistencial como la gestión clínica, entendiéndose como un proceso de toma de decisiones en la práctica clínica orientado a conseguir el máximo beneficio para el paciente y cuyo objetivo es mejorar la calidad del servicio sanitario, comprometiendo a todos los profesionales que participan en su realización.

### **De la variable calidad de atención, de efecto o dependiente.**

En la investigación realizada la calidad de atención que se brinda a los pacientes atendidos en el Hospital de salud mental Hermilio Valdizán se comportó como variable dependiente. Dado que ésta se analizó a partir de la perspectiva interna, es decir desde el punto de vista de los trabajadores de la institución, fue medida mediante una escala ordinal de cinco niveles de atención: de alta calidad, de calidad adecuada, de moderada calidad, de baja calidad y de calidad inadecuada.

### **Calidad de atención**

A decir de Donabedian (1984) la calidad “[...] de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas, de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos”.

### **2.2.2. Operacionalización**

#### **Definición operacional de la gestión administrativa**

Para recoger la información necesaria y evaluar la gestión administrativa se procedió a la elaboración de un instrumento basado en los procesos establecidos en el documento técnico del MINSA sobre gestión administrativa hospitalaria.

Para su construcción se consideraron como dimensiones a la gestión presupuestal y financiera y a la gestión logística.

### **Definición operacional de la Gestión asistencial**

Bataller, Serra y Palomar (2011, p.2), consideraron, que en la gestión clínica o sanitaria se pretende responsabilizar progresivamente al personal asistencial por los procesos clínicos, es decir la utilización de recursos y resultados asistenciales.

La práctica clínica se inicia con la valoración y diagnóstico del paciente, que conlleva al desarrollo de un plan terapéutico mientras se mantiene la condición anómala del paciente, abarcando todo el proceso clínico; requiere decisiones clínicas en tres aspectos: relación médico-paciente, proceso asistencial y práctica clínica.

Estos aspectos por desarrollar constituyeron las dimensiones de estudio y fueron analizados en la investigación; a partir de ello se procedió a redactar proposiciones afirmativas en las que se establecieron escalas de respuestas tipo Likert, con las que se recogió la opinión de los trabajadores al respecto. En suma, se procedió a la elaboración de un instrumento, consistente en una *Escala de evaluación de la gestión sanitaria*.

### **Definición operacional de la Calidad de atención**

El modelo SERVQUAL, de Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman, Leonard L Berry; auspiciado por el Marketing Science Institute (MSI) en Cambridge, Massachusetts EEUU se consideró como la metodología más apropiada para la evaluación de la calidad de servicio en salud, es decir en la atención que se brinda al paciente.

En este modelo se establecen cinco dimensiones de la calidad: Elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, las cuales son medidas mediante un cuestionario de 22 preguntas que permiten conocer el nivel de eficiencia en la calidad de los servicios. El modelo se basa en un cuestionario con preguntas estándar que sirven de guía para cualquier tipo de proveedor de servicios y que persigue alcanzar la calidad total de los servicios mediante el análisis de los resultados. Del análisis de los resultados del cuestionario se obtiene el índice de Calidad del Servicio y se determinó que tan cerca están los pacientes de la satisfacción por el servicio recibido.

En las tablas 01, 02 y 03 se presenta la operacionalización de las tres variables.

**Tabla 01:**  
**Operacionalización de la gestión administrativa del Hospital Hermilio Valdizán**

Variable	Dimensiones	Indicadores	Índices de respuesta	Escala de la variable
Gestión administrativa	Gestión presupuestal y financiera	1. Se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica activa en el Hospital.	4. Muy de acuerdo	La variable será medida mediante una escala ordinal de cinco niveles:  Muy adecuada (52 a 60)
		2. Se emiten Resoluciones Directorales de integración entre la Dirección Administrativa y la Dirección del Hospital, a fin de proveer el apoyo financiero que responda estratégicamente a las necesidades de éste.		
		3. Se realiza la Ejecución de gastos de acuerdo a actividades programadas en el plan operativo institucional y disponibilidad presupuestal.		
		4. Se realiza el Reporte de información financiera y presupuestal de conformidad con la normatividad, formas y plazos señalados por las instancias superiores competentes.		
		5. Se promueve el Desarrollo del personal, en cada uno de los procesos desarrollados en el área.		
		6. Se aplican las Directivas emitidas por MINSA como ente Rector y el Ministerio de Economía y Finanzas, en materia de gestión y ejecución de fondos, así como estandarización de procesos y procedimientos económico-financieros, adecuando ello a la realidad concreta de cada organización.		
		7. Se cuenta con Alternativas para el cumplimiento de pago de servicios – deudas: fraccionamiento de deudas, trabajo por servicio recibido, seguimiento de terceros para cobranza.		
	Gestión logística	8. Se elabora el Plan Anual de Adquisiciones, de conformidad con los requerimientos de las áreas usuarias (cantidad, calidad y oportunidad) y presupuesto asignado a éstas.	2. En desacuerdo	Adecuada (43 a 51)
		9. Se ha Implementado el SIGA al 100% en cada Hospital.	1. Totalmente en desacuerdo	Moderadamente adecuada (34 a 42)
		10. Se Implementan procedimientos logísticos hospitalarios en concordancia con la Directiva.		Poco adecuada (25 a 33)
		11. Se cuenta con Catálogo de productos e insumos con precios referenciales actualizada a nivel nacional y aplicado en los hospitales.		Inadecuada (15 a 24)
		12. Se realiza la diferenciación de recursos estratégicos y no estratégicos, para la priorización de atención a los primeros.		
		13. Se cuenta con Relación de proveedores ordenado y actualizado según criterios preestablecidos en el hospital y a nivel nacional.		
		14. Se implementan y promueven procesos y procedimientos de gestión de compras: (que comprar, cuando y cuanto comprar) impulsada desde la dirección: Programación según perfil de demanda		
		15. Se realiza el Saneamiento físico-legal en coordinación con área jurídica.		

Tabla 02:

**Operacionalización de la gestión asistencial del Hospital Hermilio Valdizán**

Variable	Dimensiones	Indicadores	Índices de respuesta	Escala de la variable
Gestión asistencial	Relación médico-paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina basada en la evidencia,</li> <li>• Guías de práctica clínica,</li> <li>• Epidemiología clínica,</li> <li>• Evaluación de test diagnósticos,</li> <li>• Planes de cuidados estandarizados.</li> </ul>	4. Muy de acuerdo	La variable será medida mediante una escala ordinal de cinco niveles:
	El proceso asistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alternativas a la hospitalización convencional,</li> <li>• Análisis de utilización de recursos,</li> <li>• Métodos de uso apropiado,</li> <li>• Mejora continua de la calidad</li> </ul>	3. De acuerdo	Muy adecuada Adecuada
	Práctica clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación tecnológica,</li> <li>• Sistemas de control de gestión,</li> <li>• Presupuestos clínicos,</li> <li>• Medidas de actividad,</li> <li>• Sistemas de costes,</li> <li>• Nuevas formas jurídicas y organizativas de las unidades clínicas</li> </ul>	2. En desacuerdo  1. Totalmente en desacuerdo	Moderadamente adecuada  Poco adecuada Inadecuada

**Tabla 03:**  
**Operacionalización de la calidad de atención al paciente en el Hospital Hermilio Valdizán**

Variable	Dimensiones	Indicadores	Índices de respuesta	Escala
Calidad de la atención (servicio)	Elementos tangibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El hospital tiene equipos de apariencia moderna.</li> <li>• Las instalaciones físicas del hospital son visualmente atractivas</li> <li>• El personal del hospital se ve limpio.</li> <li>• Los elementos materiales (afiches, boletas de pago y letreros) son visualmente atractivos.</li> </ul>		
	Fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando en el hospital se promete hacer algo en cierto tiempo, se hace.</li> <li>• Cuando un paciente tiene un problema en el hospital se interesan en solucionarlo</li> <li>• En el hospital se brinda buena atención la primera vez</li> <li>• En el hospital se concluye la atención en el tiempo esperado</li> <li>• En el hospital cuida que no se cometan errores</li> </ul>	4. Muy de acuerdo	Muy satisfactoria (76 a 88)
	Capacidad de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal comunica a los pacientes cuando concluirá el servicio.</li> <li>• El personal del hospital ofrece un servicio rápido a los pacientes.</li> <li>• El personal del hospital siempre están dispuestos a ayudar a los pacientes</li> <li>• El personal nunca está demasiado ocupado para responder a las preguntas de los pacientes</li> </ul>	3. De acuerdo	Satisfactoria (63 a 75)
	Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El comportamiento del personal del hospital transmite confianza a los pacientes</li> <li>• Los pacientes manifiestan sentirse seguros con sus tratamientos en el hospital.</li> <li>• El personal del hospital es siempre amable con los pacientes.</li> <li>• El personal tiene conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los pacientes</li> </ul>	2. En desacuerdo	Moderadamente satisfactoria (49 a 62)
	Empatía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el hospital se brinda a los pacientes atención individualizada.</li> <li>• En el hospital se tienen horarios de trabajo convenientes para todos sus pacientes.</li> <li>• El hospital tiene personal que ofrece una atención personalizada a sus pacientes.</li> <li>• En el hospital se preocupan por los intereses de sus pacientes.</li> <li>• En el hospital se comprende las necesidades específicas de sus pacientes.</li> </ul>	1. Totalmente en desacuerdo	Poco satisfactoria (36 a 48)

## 2.3. Población, muestreo y muestra

### 2.3.1. Población de estudio

La población que se analizó en la investigación estaba conformada por 322 profesionales de la salud que laboraban en el área sanitaria del hospital Hermilio Valdizán; fueron considerados integrantes de la población y la muestra respectiva, aquellos que tenían como mínimo dos años trabajando en la institución, que no habían hecho uso de licencias por motivo alguno durante los dos últimos años y en especial que no estén ni hayan sido procesados administrativamente.

### 2.3.2. Muestra

El tamaño de la muestra se determinó intencionalmente, estableciéndose en 64 trabajadores sanitarios del Hospital

### 2.3.3. Muestreo

Las unidades de análisis fueron seleccionadas mediante técnica aleatoria simple. En consecuencia, la muestra fue probabilística.

Tabla 04:

*Población y muestra de profesionales y técnicos en salud, del área sanitaria del Hospital Hermilio Valdizán al 2017*

Personal	Población	Muestra
Médicos	86	14
Profesionales del área sanitaria (Enfermeras, Tecnólogos, nutricionistas, Psicólogos, etc.)	80	15
Técnicos (en enfermería, laboratoristas, radiólogos, fisioterapeutas, etc.)	156	35
Total	322	64

## 2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

### 2.4.1. Técnica de recojo de información:

Para efectos del estudio a realizar fue seleccionada la encuesta como técnica de recojo, por la facilidad que significa para el investigador acopiar un volumen representativo de la información requerida; asimismo, porque no se requerirá de personal calificado para su aplicación y tiene la ventaja de que sus instrumentos se estructuran en base a respuestas preseleccionadas, que facilitan la evaluación cuantitativa de los resultados.



### 2.4.2. Instrumentos para recojo de información:

Se emplearon como instrumentos dos escalas auto elaboradas para recoger los datos sobre gestión administrativa y gestión asistencial y el cuestionario SERVQUAL adaptado para la calidad de atención.

#### Ficha técnica del primer instrumento

**Nombre:** Escala de evaluación de gestión administrativa en un hospital

**Tipo:** escala tipo Likert con cuatro índices (posibilidades de respuesta): (4.) Muy de acuerdo; (3.) De acuerdo; (2.) En desacuerdo; (1.) Totalmente en desacuerdo.

**Autor:** Mgtr. Raúl Francisco Gutiérrez Abregú

**Ámbito de aplicación:** Instituciones hospitalarias

**Tiempo de aplicación:** 20 a 30 minutos

**Forma de aplicación:** individual o colectiva

**Población:** Trabajadores profesionales y técnicos del área sanitaria

**Estructura:** Presenta dos secciones: La gestión presupuestal y financiera con un total de siete ítems tipo Likert y la gestión logística con ocho ítems tipo Likert.

**Calificación:** La evaluación corresponde a la de una escala ordinal de cinco niveles: nivel de gestión administrativa muy adecuado, cuyo intervalo está entre 52 y 60 puntos; nivel adecuado, entre 43 y 51; nivel moderadamente adecuado, entre 34 y 42; nivel poco adecuado, entre 25 y 33, nivel inadecuado, entre 15 y 24.

#### Ficha técnica del segundo instrumento

**Nombre:** Escala de evaluación de gestión asistencial en un hospital

**Tipo:** escala tipo Likert con cuatro índices (posibilidades de respuesta): (4.) Muy de acuerdo; (3.) De acuerdo; (2.) En desacuerdo; (1.) Totalmente en desacuerdo.

**Autor:** Mgtr. Raúl Francisco Gutiérrez Abregú

**Ámbito de aplicación:** Instituciones hospitalarias

**Tiempo de aplicación:** 20 a 30 minutos

**Forma de aplicación:** individual o colectiva

**Población:** Trabajadores profesionales y técnicos del área sanitaria

**Estructura:** Presenta tres secciones: La relación médico paciente con un total de cinco ítems tipo Likert; el proceso asistencial con cuatro ítems tipo Likert; la práctica clínica con seis ítems tipo Likert.

**Calificación:** La evaluación corresponde a la de una escala ordinal de cinco niveles: nivel de gestión asistencial muy adecuado, cuyo intervalo está entre 52 y 60 puntos; nivel adecuado, entre 43 y 51; nivel moderadamente adecuado, entre 34 y 42; nivel poco adecuado, entre 25 y 33, nivel inadecuado, entre 15 y 24.

### **Ficha técnica del tercer instrumento**

**Nombre:** SERVQUAL adaptada para evaluar la calidad de servicio en un hospital

**Tipo:** escala tipo Likert con cuatro índices (posibilidades de respuesta): (4) Totalmente de acuerdo; (3) De acuerdo; (2) En desacuerdo; (1) Totalmente en desacuerdo.

**Autores:** Valerie A. Zeithaml; A. Parasumaran; Leonard Berry.

**Ámbito de aplicación:** Instituciones diversas

**Tiempo de aplicación:** 30 minutos

**Forma de aplicación:** individual o colectiva

**Población:** Trabajadores del área sanitaria y usuarios del servicio

**Estructura:** Presenta cinco secciones: Elementos tangibles con un total de cuatro ítems tipo Likert; la fiabilidad con cinco ítems tipo Likert; la capacidad de respuesta con cuatro ítems tipo Likert; la seguridad con cuatro ítems tipo Likert; la empatía con cinco ítems tipo Likert.

**Calificación:** La evaluación corresponde a la de una escala ordinal de cinco niveles: calidad de atención muy satisfactoria, cuyo intervalo está entre 76 y 88 puntos; calidad satisfactoria, entre 63 y 75; calidad moderadamente satisfactoria, entre 49 y 62; calidad poco satisfactoria, entre 36 y 48, calidad insatisfactoria, entre 22 y 35.

### **2.4.3. Validez y confiabilidad de instrumentos**

A través de la validez establecida y el cálculo de la confiabilidad se refleja la manera en que el instrumento se ajusta a las necesidades de la investigación. Para Hidalgo (2005):

La validez y confiabilidad son: “constructos” inherentes a la investigación, desde la perspectiva positivista, con el fin de otorgarle a los instrumentos y a la información recabada, exactitud y consistencia necesarias para efectuar las generalizaciones de los hallazgos, derivadas del análisis de las variables en estudio.

**La validez:** hace referencia a la capacidad de un instrumento para cuantificar de forma significativa y adecuada el rasgo para cuya medición ha sido diseñado. Es decir, que mida la característica (o evento) para el cual fue diseñado y no otra similar (Hurtado, 2012). Para el caso de la investigación se pretende confirmar que los ítems de las escalas diseñadas para evaluar la gestión administrativa, la sanitaria y la calidad de servicio brindarán la información sobre tales aspectos y no sobre otros.

Por ello, se recurrió a tres jueces que analizaron los instrumentos y emitieron un juicio de aplicabilidad, proceso conocido como validez de contenido y que se estableció mediante juicio de expertos, para lo cual se solicitó a 03 especialistas en el tema revisen los instrumentos, considerando como criterios de evaluación: la relevancia, la pertinencia, la claridad y la suficiencia de los ítems.

Complementariamente se estableció también la validez de constructo, la que según Hurtado (2012, p. 790, 792).

...intenta determinar en qué medida un instrumento mide un evento en términos de la manera como éste se conceptualiza, y en relación con la teoría que sustenta la investigación...Un instrumento tiene validez de constructo cuando sus ítems están en correspondencia con sus sinergias o los indicios que se derivan del concepto del evento que se pretende medir.

### **Validez de constructo escala de gestión administrativa**

En la tabla siguiente de la Matriz de correlaciones, se tiene que el determinante fue 4,508E-6 que tiende a cero, lo que indicaría la idoneidad del análisis (Apéndice 5). Por otro lado, como el valor de KMO fue 0,8721 muy cercano a la unidad, y el p valor para la prueba de esfericidad de Bartlett es 0,000, los que indican que la matriz de correlaciones difiere de la matriz identidad; por lo tanto, se puede asegurar que el modelo factorial planteado es adecuado para explicar los datos.

Tabla 05  
*Prueba de KMO y Bartlett*

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0,872
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	703,706
	gl	105
	Sig.	0,000

Respecto a la varianza total explicada, se tiene que esta es explicada en un 53,54% en la conformación de dos factores.

Tabla 06  
*Varianza total explicada*

Compo nente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumula do	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	6,730	44,869	44,869	6,730	44,869	44,869	5,135	34,234	34,234
2	1,301	8,672	53,541	1,301	8,672	53,541	2,896	19,307	<b>53,541</b>
3	1,246	8,305	61,846						
4	1,051	7,008	68,854						
5	,926	6,174	75,027						
6	,814	5,430	80,457						
7	,729	4,859	85,316						
8	,546	3,640	88,957						
9	,455	3,031	91,987						
10	,421	2,805	94,792						
11	,285	1,903	96,695						
12	,245	1,635	98,331						
13	,190	1,268	99,598						
14	,050	,333	99,931						
15	,010	,069	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Respecto a la matriz de componente rotado, se observa que el número de ítems por componente sería: Componente 1 (dimensión 1): 9 y Componente 2 (dimensión 2): 6

Tabla 07  
*Matriz de componente rotado*

	Componente	
	1	2
Ítem 10	,850	,473
Ítem 3	,839	,472
Ítem 8	,821	,468
Ítem 5	,804	,074
Ítem 6	,797	,085
Ítem 7	,741	,097
Ítem 14	,566	,494
Ítem 15	,369	,001
Ítem 12	,312	,097
Ítem 11	-,113	,670
Ítem 9	,489	,626
Ítem 1	,163	,617
Ítem 2	,509	,543
Ítem 13	,060	,499
Ítem 4	,331	,435

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

### Validez de constructo escala de gestión asistencial

En la tabla siguiente de la Matriz de correlaciones, se tiene que el determinante  $1,236E-8$  tiende a cero, lo que indicaría la idoneidad del análisis.

Dado que el valor de KMO fue 0,781 cercano a la unidad, y el p valor para la prueba de esfericidad de Bartlett fue 0,000 los que indican que la matriz de correlaciones difiere de la matriz identidad; por lo tanto, se puede asegurar que el modelo factorial planteado es adecuado para explicar los datos.

Tabla 08  
*Prueba de KMO y Bartlett*

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0,781
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	512,891
	gl	105
	Sig.	0,000

Respecto a la varianza total explicada, se tiene que esta es explicada en un 72,77% en la conformación de tres factores.

Tabla 09  
*Varianza total explicada*

Compo nente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	7,810	52,067	52,067	7,810	52,067	52,067	5,107	34,050	34,050
2	1,862	12,413	64,480	1,862	12,413	64,480	4,523	30,153	64,203
3	1,244	8,291	72,771	1,244	8,291	72,771	1,285	8,568	<b>72,771</b>
4	,940	6,268	79,039						
5	,696	4,639	83,678						
6	,577	3,844	87,522						
7	,502	3,349	90,871						
8	,421	2,804	93,675						
9	,338	2,252	95,927						
10	,250	1,669	97,596						
11	,160	1,065	98,661						
12	,122	,810	99,471						
13	,052	,348	99,818						
14	,023	,153	99,971						
15	,004	,029	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Respecto a la matriz de componente rotado, se observa que el número de ítems sería: Componente 1 (dimensión 1): 7; Componente 2 (dimensión 2): 6 y componente 3 (dimensión 3): 2.

Tabla 10  
*Matriz de componente rotado*

	Componente		
	1	2	3
Ítem_13	,847	,000	-,176
Ítem_7	,840	,265	,027
Ítem_2	,809	,138	-,133
Ítem_9	,789	,113	,016
Ítem_3	,763	,592	,143
Ítem_8	,759	,616	,098
Ítem_11	,753	,618	,149
Ítem_15	,465	,829	,107
Ítem_14	,041	,778	,019
Ítem_10	,020	,729	-,079
Ítem_5	,264	,710	-,167
Ítem_4	,343	,630	,097
Ítem_6	,522	,607	,243
Ítem_1	-,039	,294	,744
Ítem_12	,035	,361	-,717

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

### Validez de constructo escala Calidad de atención

En la tabla siguiente de la Matriz de correlaciones, se tiene que el determinante  $4,291E-12$  tiende a cero, lo que indicaría la idoneidad del análisis.

Dado que el valor de KMO fue 0,698 tiende a la unidad, y el p valor para la prueba de esfericidad de Bartlett fue 0,000 los que indican que la matriz de correlaciones difiere de la matriz identidad; por lo tanto, se puede asegurar que el modelo factorial planteado es adecuado para explicar los datos.

Tabla 11  
*Prueba de KMO y Bartlett*

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,698
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	676,176
	gl	231
	Sig.	,000

De los datos de la tabla siguiente, respecto a la varianza total explicada, se tiene que esta es explicada en un 72,17% en la conformación de dos factores.

Tabla 12  
*Varianza total explicada*

Compon ente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción			Sumas de rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	8,723	39,652	39,652	8,723	39,652	39,652	6,359	28,907	28,907
2	2,632	11,964	51,616	2,632	11,964	51,616	2,872	13,055	41,962
3	1,783	8,105	59,721	1,783	8,105	59,721	2,754	12,519	54,481
4	1,520	6,908	66,629	1,520	6,908	66,629	2,182	9,919	64,399
5	1,218	5,536	72,165	1,218	5,536	72,165	1,708	7,765	<b>72,165</b>
6	1,084	4,926	77,091						
7	1,009	4,584	81,675						
8	,956	4,343	86,019						
9	,659	2,996	89,015						
10	,524	2,382	91,398						
11	,446	2,027	93,425						
12	,312	1,419	94,844						
13	,260	1,183	96,027						
14	,247	1,123	97,150						
15	,180	,816	97,966						
16	,145	,658	98,624						
17	,134	,608	99,232						
18	,070	,316	99,548						
19	,062	,282	99,830						
20	,022	,101	99,931						
21	,010	,044	99,975						
22	,005	,025	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

En la matriz de componente rotado, el N° de ítems en el Componente 1: 9;  
Componente 2: 4; Componente 3: 4; Componente 4: 3; Componente 5: 2

Tabla 13  
*Matriz de componente rotado<sup>a</sup>*

	Componente				
	1	2	3	4	5
Ítem_9	,887	,242	,056	,184	,169
Ítem_4	,836	,341	,340	,141	,028
Ítem_19	,824	,328	,364	,146	,015
Ítem_20	,821	,326	,410	,127	,004
Ítem_8	,795	,138	,378	-,036	,147
Ítem_13	,782	,376	,398	,068	,052
Ítem_5	,733	-,054	-,012	-,177	,043
Ítem_17	,732	-,142	,209	-,143	,315
Ítem_21	,605	,349	-,051	-,015	-,347
Ítem_6	,187	,876	,061	-,245	,038
Ítem_2	,265	,772	,344	,107	,134
Ítem_10	,053	,594	,148	-,402	-,297
Ítem_12	,413	,496	-,123	-,212	,019
Ítem_7	,083	,228	,682	,145	-,199
Ítem_22	,215	,141	,676	,015	,165
Ítem_15	,504	-,070	,647	-,085	-,023
Ítem_16	,142	-,056	,566	-,134	,325
Ítem_14	,202	-,237	,118	,832	,119
Ítem_1	,359	,072	,192	-,711	-,189
Ítem_11	,131	-,063	,087	,704	-,399
Ítem_18	,099	-,076	-,005	-,002	,784
Ítem_3	,191	,255	,329	,118	,572

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.<sup>a</sup>

a. La rotación ha convergido en 8 iteraciones.

**La confiabilidad:** para evaluar el grado de fiabilidad se aplicaron los instrumentos a un grupo de personas ajenos a la muestra de estudio. Los resultados que se obtuvieron fueron analizados mediante la prueba Alfa de Cronbach, dado que los ítems tienen hasta cuatro opciones de respuestas (politómicos).

La escala de evaluación a emplear será la siguiente:

De 00 a 0,5:	no confiable
De 0,51 a 0,7:	baja confiabilidad
De 0,71 a 0,8:	Confiable
De 0,81 a 0,9:	alta confiabilidad
De 0,9 a 1:	Muy confiable

### Escala: ESCALA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>			
		N	%
Casos	Válido	17	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	17	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,926	15

### Escala: ESCALA DE GESTIÓN ASISTENCIAL

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>			
		N	%
Casos	Válido	17	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	17	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,937	15



## Escala: ESCALA SERVQUAL ADAPTADA

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>			
		N	%
Casos	Válido	17	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	17	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,912	22

### 2.5. Métodos de análisis de datos

#### Análisis descriptivo:

Se tabularán y organizarán los datos en función de las dimensiones y objetivos de la investigación, elaborándose las bases de datos correspondientes.

Se presentarán los datos en tablas de frecuencia y en figuras adecuadas para permitir su interpretación

#### Análisis estadístico:

Considerando que las variables son de naturaleza cualitativa y que en ambas se considera escalas para establecer tanto el nivel de gestión como el nivel de calidad, corresponde emplear pruebas no paramétricas para determinar la causalidad entre ellas.

Siendo la variable dependiente, calidad de la atención, medida en una escala ordinal, corresponde emplear la prueba de Regresión logística multinomial para determinar el nivel de influencia sobre la calidad de atención.

### 2.6. Aspectos éticos

En el desarrollo de la investigación se cautelará el estricto cumplimiento de los principios o guías éticas de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia y de justicia.

**El principio de autonomía** establece que en el ámbito de la investigación la prioridad estriba en los valores, criterios y preferencias de los que participen del estudio. Se ofrecerá la información suficiente para que tomen una decisión razonada acerca de los posibles beneficios y costos de su participación sin ningún tipo de abuso.

**El principio de no maleficencia** obliga a no dañar a los otros anteponiendo el beneficio.

**El principio de beneficencia** se refiere al producto derivado de su participación y a los riesgos a los que se somete en relación con el beneficio social, potencial de la investigación. La mediación de los valores contenidos en los principios de autonomía y de justicia es necesaria para tomar decisiones menos discutibles.

**El principio de justicia** exige el derecho a un trato de equidad, a la privacidad, anonimato y confidencialidad.

### **III. Resultados**

### 3.1. Análisis descriptivo

#### 3.1.1. Gestión administrativa

Respecto a la percepción que tienen los profesionales de la salud sobre la gestión administrativa del Hospital Hermilio Valdizán, los datos de la tabla siguiente nos muestran que, esta es considerada por la mayoría como moderadamente adecuada y adecuada; siendo un 15,6% los que indican que esta es muy adecuada.

Tabla 14:  
*Gestión administrativa del Hospital Hermilio Valdizán*

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuada	4	6,3%
Poco adecuada	9	14,1%
Moderadamente adecuada	20	31,3%
Adecuada	21	32,8%
Muy adecuada	10	15,6%
Total	64	100,0%

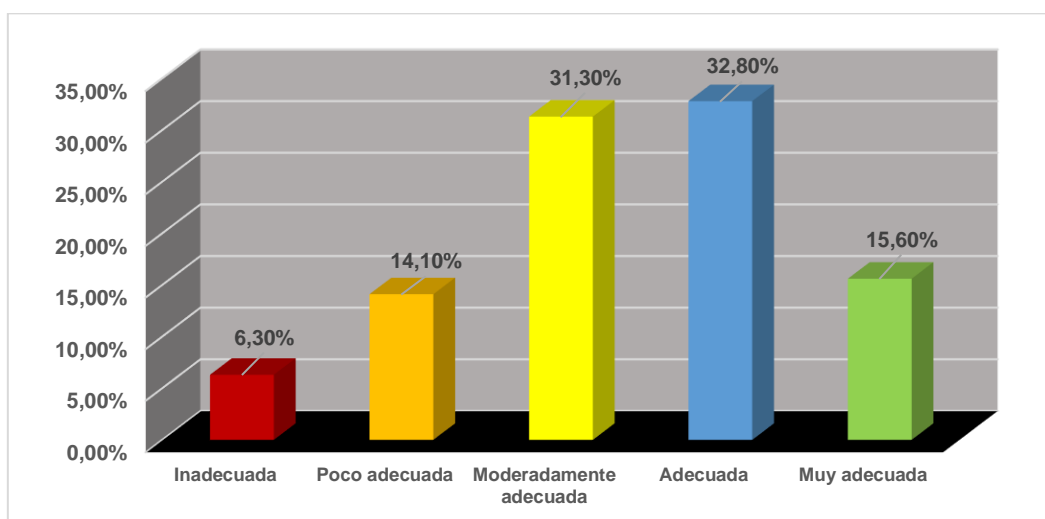


Figura 1: Gestión administrativa del Hospital Hermilio Valdizán

En cuanto a los aspectos evaluados en la gestión administrativa del Hospital Hermilio Valdizán; el 75,0% de las personas que fueron consultadas consideraron a la gestión presupuestal y financiera como moderadamente adecuada, adecuada y muy adecuada; asimismo la gestión logística fue considerada en esa misma medida por el 68,8%.

Tabla 15:  
*Dimensiones de la gestión administrativa del Hospital Hermilio Valdizán*

	Gestión presupuestal y financiera	Gestión logística
Inadecuada	7,8%	6,3%
Poco adecuada	17,2%	25,0%
Moderadamente adecuada	20,3%	18,8%
Adecuada	40,6%	40,6%
Muy adecuada	14,1%	9,4%
Total	100,0%	100,0%

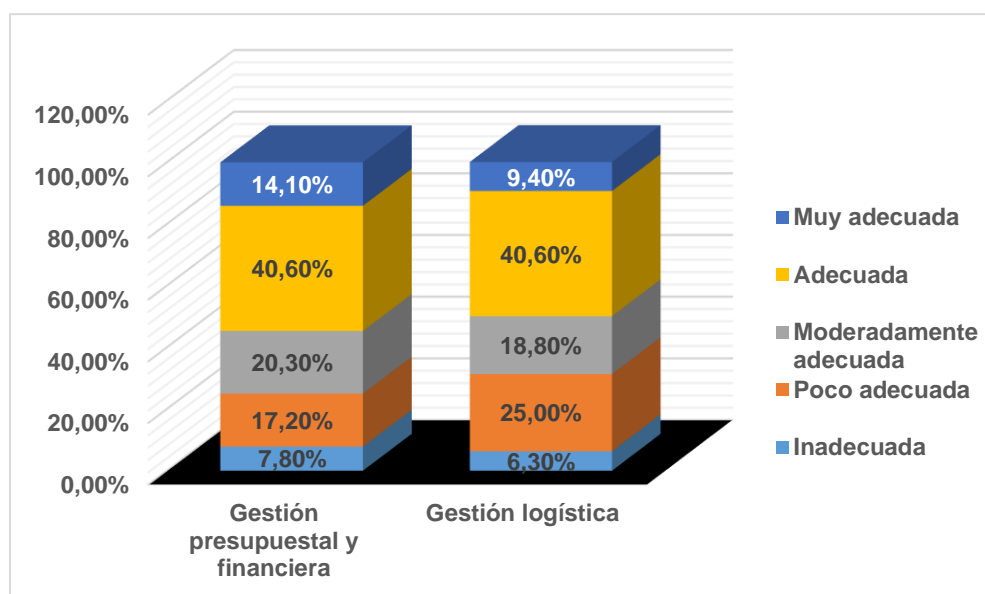


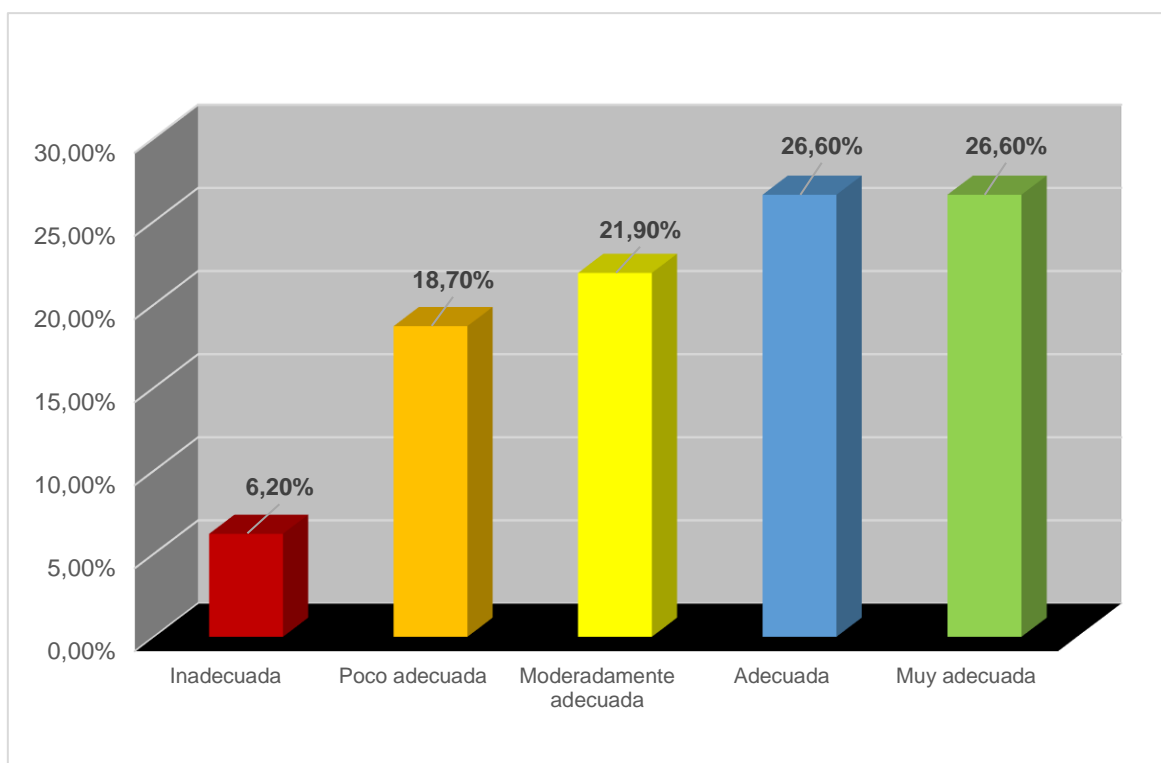
Figura 2: Dimensiones de la gestión administrativa del Hospital Hermilio Valdizán

### 3.1.2. Gestión asistencial

Los datos de la tabla que se presenta a continuación, referidos a gestión asistencial del Hospital Hermilio Valdizán; indican que para el 75,1% de los que colaboraron en el estudio, esta es calificada desde moderadamente adecuada hasta muy adecuada.

Tabla 16:  
*Gestión asistencial del Hospital Hermilio Valdizán*

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuada	4	6,2%
Poco adecuada	12	18,7%
Moderadamente adecuada	14	21,9%
Adecuada	17	26,6%
Muy adecuada	17	26,6%
Total	64	100,0%



*Figura 3: Gestión asistencial del Hospital Hermilio Valdizán*

En cuanto a los aspectos evaluados en la gestión asistencial del Hospital Hermilio Valdizán; los resultados consignados en la tabla siguiente; indican que la percepción de la mayoría de los profesionales de la salud considera en un 79,7% que la relación médico-paciente es entre moderadamente adecuada y muy adecuada; 75,9% que el proceso asistencial se encuentra en las mismas condiciones; el 53,2% indica que la práctica clínica se encuentra entre moderadamente adecuada y adecuada.

Tabla 17:

*Dimensiones de la gestión asistencial del Hospital Hermilio Valdizán*

	Relación médico-paciente	El proceso asistencial	Práctica clínica
Inadecuada	7,8%	6,3%	9,4%
Poco adecuada	12,5%	18,8%	37,5%
Moderadamente adecuada	26,6%	20,3%	34,4%
Adecuada	35,9%	34,4%	18,8%
Muy adecuada	17,2%	20,3%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

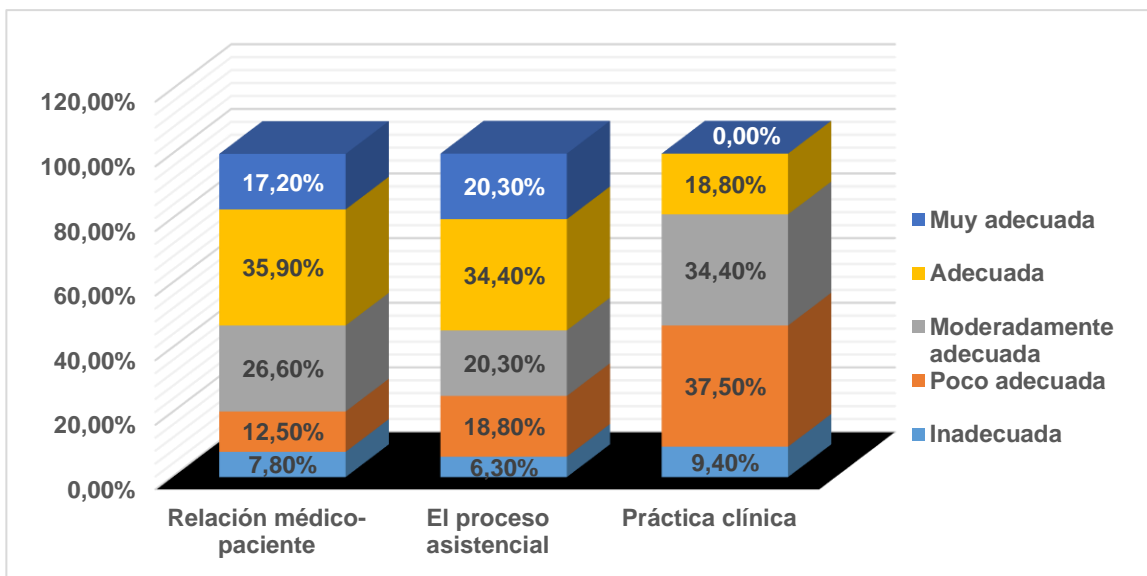


Figura 4: Dimensiones gestión asistencial del Hospital Hermilio Valdizán

### 3.1.3. Calidad de atención

En cuanto a la calidad de atención en el Hospital Hermilio Valdizán, el 87,5% de los participantes en el estudio, la perciben entre moderadamente satisfactoria y satisfactoria.

Tabla 18:  
Calidad de atención en el Hospital Hermilio Valdizán

	Frecuencia	Porcentaje
Moderadamente satisfactoria	8	12,5%
Satisfactoria	31	48,4%
Muy satisfactoria	25	39,1%
Total	64	100,0%

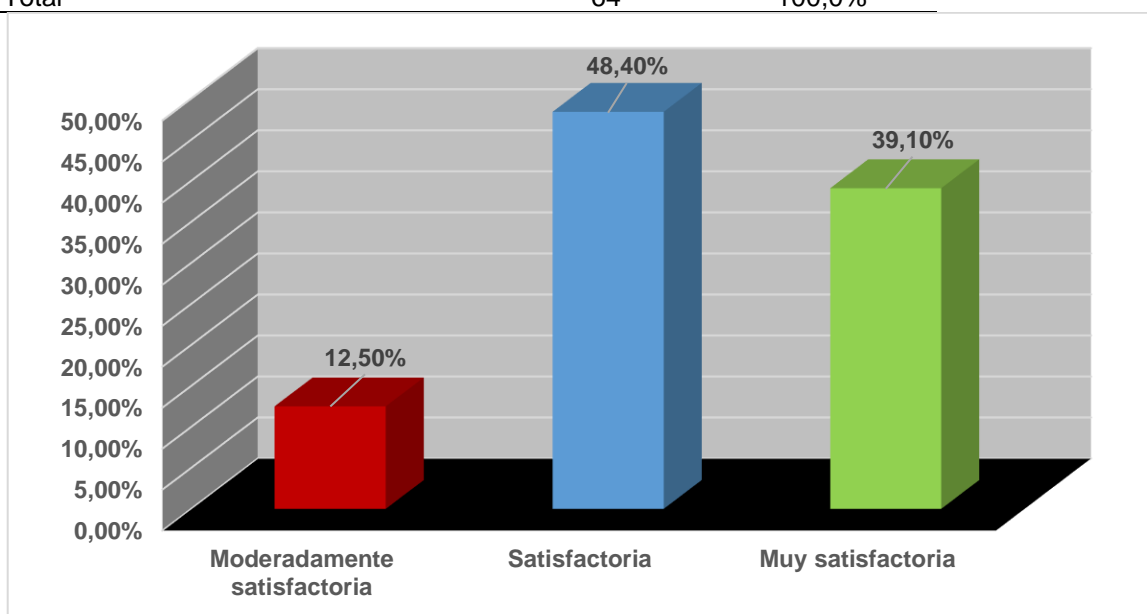


Figura 5: Calidad de atención en el Hospital Hermilio Valdizán

Respecto a las dimensiones de la calidad de atención en el Hospital Hermilio Valdizán; los datos de la tabla siguiente indican que, el 84,4% perciben tanto a los elementos tangibles como a la seguridad entre moderadamente satisfactoria y muy satisfactoria; asimismo el 92,1% consideran a la fiabilidad con ese mismo criterio; mientras que la capacidad de respuesta y la empatía son calificados por el 85,9% y 90,6% respectivamente; entre moderadamente adecuada y muy adecuada.

Tabla 19:  
*Dimensiones de la calidad de atención en el Hospital Hermilio Valdizán*

	Elementos tangibles	Fiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía
Insatisfactoria	0,0%	1,6%	1,6%	0,0%	0,0%
Poco satisfactoria	15,6%	6,3%	12,5%	15,6%	9,4%
Moderadamente satisfactoria	20,3%	20,3%	26,6%	20,3%	9,4%
Satisfactoria	43,8%	31,3%	42,2%	40,6%	21,9%
Muy satisfactoria	20,3%	40,6%	17,2%	23,4%	59,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

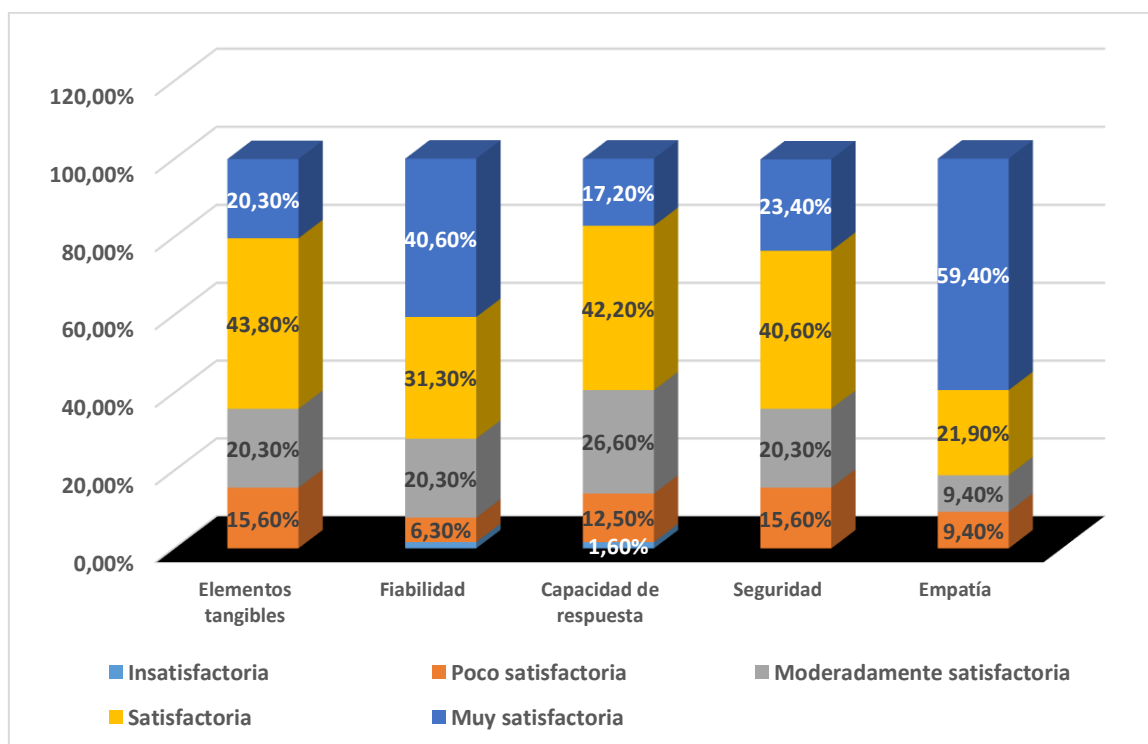


Figura 6: Dimensiones de la calidad de atención en el Hospital Hermilio Valdizán



## 3.2. Análisis estadístico

### 3.2.1. Prueba de hipótesis general

**Ho:** La gestión administrativa y la gestión asistencial no influyen positivamente en la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.

**Ha:** La gestión administrativa y la gestión asistencial influyen positivamente en la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05 \cong 5\%$

**Regla de decisión:**  $\rho \geq \alpha \rightarrow$  se acepta Ho y si  $\rho < \alpha \rightarrow$  se rechaza Ho

**Prueba estadística:** Regresión logística

En la tabla siguiente, se tiene que para el valor del Chi-cuadrado 65,673; el valor de la significancia 0,000; nos indica que el modelo final es significativamente distinto al que sólo posee la constante.

Tabla 20:

#### *Información de ajuste de los modelos*

Modelo	Criterios de ajuste de modelo		Pruebas de la razón de verosimilitud	
	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	85,431			
Final	19,758	65,673	16	0,000

De la prueba de Bondad de ajuste en la tabla que a continuación se presenta, se tiene que  $\rho \geq \alpha$ ; deduciéndose que las desviaciones son pequeñas y por lo tanto el modelo se ajusta a los datos.

Tabla 21:

#### *Bondad de ajuste*

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	4,062	6	0,668
Desviación	5,014	6	0,542

En cuanto al Pseudo R cuadrado, se observa en la siguiente tabla, que el valor de  $R^2$  de Nagelkerke es de 0,747; indicando un 74,7% de variabilidad es explicada por el modelo.

Tabla 22:

*Pseudo R cuadrado*

Cox y Snell	0,642
Nagelkerke	0,747
McFadden	0,524

En cuanto a las pruebas de razón de verosimilitud, los datos consignados en la tabla siguiente; del valor de p indicarían que el modelo sólo acepta a la variable asistencial, por ser esta significativa; rechazando la variable administrativa.

Tabla 23:

*Pruebas de la razón de verosimilitud*

Efecto	Crterios de ajuste de modelo	Pruebas de la razón de verosimilitud		
	Logaritmo de la verosimilitud -2 de modelo reducido	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Intersección	19,758 <sup>a</sup>	0,000	0	
Gestión Administrativa	25,244	5,486	8	0,705
Gestión Asistencial	45,332	25,574	8	0,001

El estadístico de chi-cuadrado es la diferencia de la log-verosimilitud -2 entre el modelo final y el modelo reducido. El modelo reducido se forma omitiendo un efecto del modelo final. La hipótesis nula es que todos los parámetros de dicho efecto son 0.

a. Este modelo reducido es equivalente al modelo final porque omitir el efecto no aumenta los grados de libertad.

En la tabla “clasificación”, se puede observar que el modelo clasifica correctamente un 79,7%; teniéndose errores que van desde un 24,0% has un 12,5% para cada uno de los niveles evaluados.

Tabla 24:

*Clasificación*

Observado	Pronosticado			Porcentaje correcto
	Moderadamente satisfactoria	Insatisfactoria	Muy satisfactoria	
Moderadamente satisfactoria	7	1	0	87,5%
Insatisfactoria	3	25	3	80,6%
Muy satisfactoria	0	6	19	76,0%
Porcentaje global	15,6%	50,0%	34,4%	79,7%

**Decisión estadística:**

De los resultados de las pruebas analizadas previamente, se tiene que los datos, se ajustan al modelo y 79,7% de estos son explicados por el mismo; además una de las variables es significativa para el modelo planteado; por tanto, existen evidencias estadísticas significativas que permiten rechazar la hipótesis nula.

### 3.2.2. Pruebas de hipótesis específicas

#### Hipótesis específica 1

**Ho:** La gestión presupuestal y financiera no es el proceso administrativo de mayor influencia sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.

**Ha:** La gestión presupuestal y financiera es el proceso administrativo de mayor influencia sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05 \square 5\%$

**Regla de decisión:**  $p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta Ho y si  $p < \alpha \rightarrow$  se rechaza Ho

**Prueba estadística:** Regresión logística

En la tabla siguiente, se tiene que para el valor del Chi-cuadrado 59,782; el valor de la significancia 0,000; nos indica que el modelo final es significativamente distinto al que sólo posee la constante.

Tabla 25:  
*Información de ajuste de los modelos*

Modelo	Criterios de ajuste de modelo		Pruebas de la razón de verosimilitud	
	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	80,588			
Final	20,806	59,782	16	0,000

De la prueba de Bondad de ajuste en la tabla que a continuación se presenta, se tiene que  $p \geq \alpha$ ; deduciéndose que las desviaciones son pequeñas y por lo tanto el modelo se ajusta a los datos.

Tabla 26:  
*Bondad de ajuste*

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	2,389	12	0,999
Desviación	2,906	12	0,996

En cuanto al Pseudo R cuadrado, se observa en la siguiente tabla, que el valor de  $R^2$  de Nagelkerke es de 0,707; indicando un 70,7% de variabilidad es explicada por el modelo.

Tabla 27:  
*Pseudo R cuadrado*

Cox y Snell	0,607
Nagelkerke	0,707
McFadden	0,477

En cuanto a las pruebas de razón de verosimilitud, los datos consignados en la tabla siguiente; del valor de p indicarían que el modelo sólo acepta a la variable presupuestal, por ser esta significativa; rechazando la variable logística.

Tabla 28:  
*Pruebas de la razón de verosimilitud*

Efecto	Crterios de ajuste de modelo	Pruebas de la razón de verosimilitud		
	Logaritmo de la verosimilitud -2 de modelo reducido	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Intersección	20,806	0,000	0	.
Gestión presupuestal y financiera	40,375	19,569	8	0,012
Gestión logística	35,633	14,827	8	0,063

El estadístico de chi-cuadrado es la diferencia de la log-verosimilitud -2 entre el modelo final y el modelo reducido. El modelo reducido se forma omitiendo un efecto del modelo final. La hipótesis nula es que todos los parámetros de dicho efecto son 0.

a. Este modelo reducido es equivalente al modelo final porque omitir el efecto no aumenta los grados de libertad.

En la tabla “clasificación”, se puede observar que el modelo clasifica correctamente un 70,3%; teniéndose errores que van desde un 12,9% hasta un 44,0% para cada uno de los niveles evaluados.

Tabla 29:  
*Clasificación*

Observado	Pronosticado			Porcentaje correcto
	Moderadamente satisfactoria	Insatisfactoria	Muy satisfactoria	
Moderadamente satisfactoria	4	4	0	50,0%
Insatisfactoria	1	27	3	87,1%
Muy satisfactoria	0	11	14	56,0%
Porcentaje global	7,8%	65,6%	26,6%	70,3%

### Decisión estadística:

De los resultados de las pruebas analizadas previamente, se tiene que los datos, se ajustan al modelo y 70,7% de estos son explicados por el mismo; además la variable gestión presupuestal y financiera es la única significativa para el modelo planteado; por tanto, existen evidencias estadísticas que permiten rechazar la hipótesis nula.

## Hipótesis específica 2

**Ho:** La relación médico-paciente no es el proceso asistencial de mayor influencia sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.

**Ha:** La relación médico-paciente es el proceso asistencial de mayor influencia sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05$   $\square$  5%

**Regla de decisión:**  $\square \geq \alpha \rightarrow$  se acepta Ho y si  $\square < \alpha \rightarrow$  se rechaza Ho

**Prueba estadística:** Regresión logística

En la tabla siguiente, se tiene que para el valor del Chi-cuadrado 75,549; el valor de la significancia 0,000; nos indica que el modelo final es significativamente distinto al que sólo posee la constante.

Tabla 30:

### *Información de ajuste de los modelos*

Modelo	Criterios de ajuste de modelo		Pruebas de la razón de verosimilitud	
	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	99,376			
Final	23,827	75,549	22	0,000

De la prueba de Bondad de ajuste en la tabla que a continuación se presenta, se tiene que  $\square \geq \alpha$ ; deduciéndose que las desviaciones son pequeñas y por lo tanto el modelo se ajusta a los datos.

Tabla 31:

### *Bondad de ajuste*

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	9,914	28	0,999
Desvianza	11,024	28	0,998

En cuanto al Pseudo R cuadrado, se observa en la siguiente tabla, que el valor de  $R^2$  de Nagelkerke es de 0,807; indicando un 80,7% de variabilidad es explicada por el modelo.

Tabla 32:  
*Pseudo R cuadrado*

Cox y Snell	0,693
Nagelkerke	0,807
McFadden	0,603

En cuanto a las pruebas de razón de verosimilitud, los datos consignados en la tabla siguiente; del valor de p indicarían que el modelo sólo acepta a la variable proceso, por ser esta significativa; rechazando las variables relación y clínica.

Tabla 33:  
*Pruebas de la razón de verosimilitud*

Efecto	Crterios de ajuste de modelo	Pruebas de la razón de verosimilitud		
	Logaritmo de la verosimilitud -2 de modelo reducido	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Intersección	23,827	,000	0	.
Relación médico-paciente	32,989	9,162	8	0,329
Proceso asistencial	43,789	19,961	8	0,010
Práctica clínica	28,611	4,784	6	0,572

El estadístico de chi-cuadrado es la diferencia de la log-verosimilitud -2 entre el modelo final y el modelo reducido. El modelo reducido se forma omitiendo un efecto del modelo final. La hipótesis nula es que todos los parámetros de dicho efecto son 0.

a. Este modelo reducido es equivalente al modelo final porque omitir el efecto no aumenta los grados de libertad.

En la tabla “clasificación”, se puede observar que el modelo clasifica correctamente un 76,6%; teniéndose errores que van desde un 12,9% hasta un 32,3% para cada uno de los niveles evaluados.

Tabla 34:  
*Clasificación*

Observado	Pronosticado			Porcentaje correcto
	Moderadamente satisfactoria	Insatisfactoria	Muy satisfactoria	
Moderadamente satisfactoria	7	1	0	87,5%
Insatisfactoria	1	21	9	67,7%
Muy satisfactoria	0	4	21	84,0%
Porcentaje global	12,5%	40,6%	46,9%	76,6%

### Decisión estadística:

De los resultados de las pruebas analizadas previamente, se tiene que los datos, se ajustan al modelo y 80,7% de estos son explicados por el mismo; además la variable proceso asistencial es la única significativa para el modelo planteado; por tanto, existen evidencias estadísticas que permiten aceptar la hipótesis nula.

## **IV. Discusión**

La investigación concebida dentro del paradigma positivista y desde un enfoque epistémico racionalista y realista; planteó que el conocimiento sobre la calidad que se brindaba en el servicio hospitalario fuera obtenido a partir del análisis racional que se hizo de los hechos manifestados por los sujetos involucrados en la problemática y por otro lado, la calidad brindada constituye un hecho real, concreto, objetivo y que corresponde al contexto donde se realizó el estudio.

Asimismo, como corresponde a una investigación cuantitativa el proceso se desarrolló deductivamente, partiéndose de que la calidad brindada no era adecuada debido a las gestiones administrativa y asistencial; en consecuencia, se supuso que éstas influían directamente, lo que ya en el 2009 se anticipó en el documento técnico *Modelo de gestión hospitalaria* de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud: “[...] regular la gestión hospitalaria, a fin de contribuir a mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud [...] que genere condiciones para el desarrollo eficiente y seguro de los procesos clínicos y administrativos”. Ello determinó que el estudio se desarrollará como una investigación correlacional causal, empleándose para probar estas hipótesis el análisis de regresión.

Los resultados descriptivos permitieron establecer que en esta población de profesionales de la salud existía la tendencia a considerar la gestión administrativa como adecuada, en vista que en 28,4% fueron superados los que la reportaron inadecuada y que el 31,3% adoptó una posición débilmente a favor. Esta misma tendencia se observó para la gestión asistencial en la cual un 21,9% manifestó una débil posición a favor, mientras que el 53,2% si la consideró adecuada y el 24,9% no la consideró como tal.

Con respecto a la calidad de atención, ésta fue mayoritariamente considerada satisfactoria hasta por el 87,5% del personal evaluado. Esta percepción se explicaría con lo expresado por Urroz y Allen (2004, p. 30) para quienes “*uno de los cuatro principios de garantía de calidad es la orientación hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve*”; ésta exige un compromiso para determinar qué necesitan los pacientes y la comunidad, además también requiere que se satisfagan las necesidades y expectativas de los trabajadores de salud que prestan los servicios



de atención, lo cual al haberse logrado parcialmente en este nosocomio brindó la sensación de calidad.

Respecto al análisis inferencial de la influencia de la gestión administrativa y de la asistencial sobre la calidad de atención, se logró conocer que, si bien ésta experimenta una variabilidad del 74,7%, este efecto solo sería por la gestión asistencial.

Respecto a la mayor influencia de la gestión presupuestal y financiera sobre la calidad de atención, en el análisis de regresión se llegó a establecer que el efecto que ejercería sería hasta de un 70,7%.

Respecto a la mayor influencia de la relación médico-paciente del proceso asistencial, sobre la calidad de atención, se llegó a establecer en el análisis de regresión que el efecto que ejercería sería hasta de un 80,7%.

Como todos estos resultados fueron significativos al 95% se rechazaron las hipótesis nulas, concluyéndose que las hipótesis de investigación planteadas fueron válidas.

## **V. Conclusiones**

**General:**

Los resultados hallados permiten concluir que solo la variable asistencial influye en forma positiva y significativa hasta en un 79,7% sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán. Por tanto, se considera que la hipótesis planteada sería válida.

**Específica 1:**

Los resultados hallados permitieron concluir que sólo la influencia del proceso presupuestal y financiero es significativa en un 70,7%; por tanto, la hipótesis planteada sería válida.

**Específica 2:**

Los resultados hallados permitieron concluir que sólo la influencia del proceso asistencial es significativa en un 80,7%; por tanto, la hipótesis planteada no sería válida.

## **VI. Recomendaciones**

**Primera:**

La preparación de un profesional representa una inversión que debe traducirse en activos para una institución, en la cual no se debe desestimarlos para que se asuman funciones para la que están debidamente preparados. En tal sentido se sugiere revisar el potencial humano disponible y distribuirlos a partir del análisis realizado.

**Segunda:**

Si bien el proceso asistencial en conjunto explica más del 87% de la variabilidad de la atención, en el conjunto conformado por la relación médico-paciente, el proceso asistencial y la práctica clínica, se encontró que los resultados para la relación médico paciente no fue significativa lo que invita a reflexionar acerca del tipo de trato que se brinda a los pacientes por lo que se sugiere implementar conversatorios de reflexión entre médicos fundamentalmente por su ascendencia con los pacientes.

## **VII. Referencias**

- Arbeláez, G. y Mendoza, P. (2017). Relación entre gestión del director y satisfacción del usuario externo en centros de salud de un distrito del Ecuador. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 154-160. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13197>
- Asenjo MA. Las claves de la gestión hospitalaria. 2ª ed. Gestión 2000. Barcelona 2002.
- Atkinson SJ, Haran D. Individual and district scale determinants of user's satisfaction with primary health care in developing countries. *Social Science and Medicine* 2005; 60:501-13.
- Attkisson C. Clifford, Hargreaves William A., Horowitz Mardi J. y Sorensen James E. (2004). Administración de hospitales. Fundamentos y evaluación del servicio hospitalario, México: Trillas.
- Bataller E, Sánchez A, Alfonso JL, Chulia E. Control de gestión en la empresa hospitalaria. *Todo Hospital* 2002; 190: 584-589.
- Bataller, E; Serra, A; Palomar, E. (2011). Gestión asistencial y evaluación de costes: una orientación hacia la gestión de los procesos. *RIGC - Vol. IX · Nº 17 · Enero-junio 2011*.
- Cabrera G, Londoño J, Bello L. Validación de un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de hospitales de Colombia. *Rev. Salud Pública* 2009;10(3):443-51.
- Cardellach F. Fundamentos para la justificación de la presencia de los servicios de Medicina Interna general en los hospitales de 3er nivel. *Todo Hospital* 2003; 196: 257-268.
- Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 199-207.
- Castillo Rueda, A. D. (2004, January). Proyecto técnico de gestión y funcionamiento de la unidad asistencial de Medicina Interna. In *Anales de Medicina Interna* (Vol. 21, No. 1, pp. 31-38). Arán Ediciones, SL..
- Chiavenato Idalberto. (2001). Administración Proceso administrativo, 3ª. Ed. México: McGraw-Hill.
- Comisión Nacional. Medicina Interna. Guía de formación de especialistas. Ministerio de Sanidad y Consumo. 3ª ed. Madrid, 1996. p. 317-324. 2.
- Corella, J. M. (1996). La Gestión de servicios de salud. Madrid España: Ediciones Díaz Santos.

- Cosials D, Gil MA. Gestión clínica. Una nueva óptica: cliente-proveedor. *Todo Hospital* 2002; 192: 761-768
- Crosby P. (1991) *Calidad sin lágrimas*. Editorial Cecsa
- De Val-Pardo, I. (2007). *Centros hospitalarios. Pensamiento Estratégico y creación de valor*. Madrid España: Ediciones Díaz de Santos.
- Del Castillo A, Caño M, Khosravi P, De Portugal J. Unidad funcional de ferropatología en la gestión clínica de las enfermedades por sobrecarga de hierro. *Rev Clin Esp* 2002; 202 (Supl 1): 176.
- Del Llano J, Millán J. Ética y gestión sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 337-338.
- De-Val Pardo, I. y Corella J. M. (2005). *Dirección y Gestión Hospitalaria de vanguardia*. Madrid España: Ediciones Diaz de Santos.
- Diario Oficial de la Federación. (13 de junio de 2008). Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- Diez A, Tomás R, Varela J, Casas M, González-Macías J. La medicina interna en un grupo de 52 hospitales españoles. Análisis de casuística y eficiencia. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 361-367.
- Donabedian, A. (1980). *La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian, A. (1987). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Revista Salud Pública Volumen 35 págs. 238-247*.
- Donabedian, A. (1984). *La Calidad de la atención Médica*”, En: La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D.F.
- Escobar, B; Escobar, T. y Monge, P. (2012). Implantación de sistemas integrados para una gestión eficiente de los recursos en el ámbito hospitalario. *Revista Cubana de Salud Pública* 2012;38(2):263-270. <http://scielo.sld.cu>
- Fajardo, G. y García, E. (2008). *Dirección de hospitales*. México: El Manual Moderno.
- Fernández C. (2003). La hospitalización es la actividad más costosa. *Diario Médico*, 21 julio
- FUNDESALUD (2010), Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública Colombiana, Hospital Universitario del Valle, HUV, “Evaristo García”, ESE Cali, Valle, Colombia



- García JM. (1996). La medicina interna al final de un siglo. *Med Clin (Barc)*; 106: 378-379.
- Gimeno, J., Repullo, J. y Rubio, S. (2005). *Economía de la salud: Fundamentos*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Gimeno, J., Repullo, J. y Rubio, S. (2006). *Función directiva y recursos humanos en sanidad*, Madrid España: Editorial Díaz de Santos.
- Hernández y Rodríguez S. (2006). *Introducción a la Administración*. México: Editorial McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*, Reimpresión de la 4ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.
- Herrero F. La Medicina Interna actual. Una visión interesada. *Rev Clin. Esp* 2003; 203: 242-243.
- Hervás, F. (2007). *El Hospital Empresa y la sanidad asistencial. Calidad y rentabilidad*. Madrid España: Ediciones Díaz Santos.
- Hidalgo, L. (2005). *Validez y confiabilidad en la investigación cualitativa*. [Documento PDF en línea]. Venezuela: UCV. Disponible: [www.ucv.ve/uploads/media/Hidalgo2005.pdf](http://www.ucv.ve/uploads/media/Hidalgo2005.pdf)
- Hurtado, J. (2012). *Metodología de la investigación: guía para una comprensión holística de la ciencia (4a. ed.)*. Bogotá-Caracas: Ciea-Sypal y Quirón.
- Jefes de Servicio de Medicina Interna de los Hospitales Comarcales de Cataluña (1993). *El futuro de los servicios de medicina interna de los hospitales comarcales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto de cambio de la Sanidad*. *Med Clin (Barc)*; 100: 587-590.
- Koontz, H. y Weihrich, H. (2004). *Administración. Una perspectiva global*. 12ª. Edición México: Editorial McGraw-Hill.
- Matesanz R. *Gestión clínica: ¿por qué y para qué?* *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 222-226.
- Millán J. *La gestión sanitaria y clínica: ¿una necesidad? ¿una moda?* *Hospital General* 2003; 3: 9-11.
- MINSA (2009). *Documento Técnico: Modelo de gestión hospitalaria*. Recuperado de: [www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/gestion.../29102009\\_anteproyecto\\_2009.p](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/gestion.../29102009_anteproyecto_2009.p)

- MINSA. (2015). Decreto Supremo N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud: Aprobada el 13 de Agosto del 2015
- Miquell-Collell C, Asenjo MA. (1992). La importancia sanitaria y económica de la estancia media hospitalaria. *Med Clin (Barc)*; 98: 134-136.
- Mirá JJ, Rodríguez J, Peset R, Buil JA, Vitaller J, García A et al. (2002). Buenas prácticas para el hospital del siglo XXI. *Todo Hospital*; 192: 781-787.
- Monrás P. (1996). La gerenciocracia, el corporativismo y la cultura participativa en las organizaciones sanitarias. *Med Clin (Barc)*; 106: 63-65
- Moreu, F. (2006). Proyecto de reinención del hospital del futuro. España. <http://saludygestion.com/archives/2007/proyecto>.
- Ordóñez A, Duque A (1996). El liderazgo en un servicio médico. *Med Clin. (Barc)*; 106: 782-783.
- Oteo LA, Silva D, Garrido J. (2000). Desarrollo de los criterios del modelo europeo de gestión de calidad en hospitales públicos. *Gestión Hospitalaria*; 11: 127-143
- Palomer RM, Revuelta EA, Miralles JD. (1994). La calidad en la atención primaria de la salud: nuevas perspectivas. *Atención Primaria*;1(1):7-18.
- Pantoja, M. (2004). *La cultura de la vida en un Hospital*. Culiacán, Sinaloa: Editorial Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Pérez F. (2001). Organización de las unidades de insuficiencia cardiaca. *Todo Hospital*; 173: 9-3.
- Pérez JJ, García J, Tejedor M. (2002). Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calidad Asistencial*; 17: 305-311.
- Pérez, A. (1992). *Administración de los servicios de salud en enfermería*. México: Editorial Trillas.
- Perona I, Marzá L. (2002). La motivación, el gran reto hospitalario. *Todo Hospital*; 185: 173-177.
- Quintana O. (2003). Los objetivos de la medicina. *Rev Calidad Asistencial*; 18: 132-135
- Rees Lewis J. (1994). Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social Science and Medicine*;39(5):655-70.
- Rodríguez, J. (2005). *Cómo aplicar la Planeación Estratégica a la pequeña y mediana empresa*. 5ª ed. Editorial Thomson

- Ruelas, E. (1993). Calidad, Productividad y Costos. *Revista Salud Pública. Volumen 40*. México
- Sanchís V, Rull S, Moral L, García E, Aparisi J, Escandon J. (2003). Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de espera. *Rev Clin Esp.*; 203: 133-135.
- Soto J. (1999). Medicina basada en la evidencia: una inevitable realidad para el siglo XXI. *Med Clin (Barc)*; 113: 655-657.
- Temes J.L. y Mengíbar M. (2007). *Gestión Hospitalaria 4ª. ed.* Editorial McGraw-Hill. Interamericana.
- Urroz, O. y Allen, P. (2004). Introducción a la calidad en los servicios de salud en el nivel local, 1ª. Ed. Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado (SEP). Costa Rica: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS).
- VALARIE A. ZEITHAML A. PARASURAMAN LEONARD L. BERRY (Ed. Díaz de Santos - 2003) *Calidad total en la gestión de los servicios.*
- White T. (1996). *Textbook of management for doctors.* Churchill & Livingston. New York.
- Zambrana JL, Jiménez B, Marín M, Almazán S. (2002). La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clin (Barc)*; 118: 302-305.

## **Apéndices**

## Apéndice 1. Matriz de Consistencia

Título: Expectativas internas en el Hospital de Salud Mental Hermilio Valdizán: Gestión administrativa y gestión asistencial en la calidad de atención brindada a los acientes.

Autor: Gutiérrez Abregú, Raúl Francisco

PROBLEMAS		HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES		
Gral.	¿Cómo influyen la gestión administrativa y la gestión asistencial en la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán?	La gestión administrativa y la gestión asistencial influyen positivamente en la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.	Establecer la influencia de la gestión administrativa y la gestión asistencial en la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.	Variables independientes		
				Variable	Dimensiones	Indicadores
				Nivel de Gestión administrativa	Gestión presupuestal y financiera	7
					Gestión logística	15
				Variable	Dimensiones	Indicadores
				Nivel de Gestión asistencial	Relación médico paciente	5
					El proceso asistencial	4
					Práctica clínica	6
				Variable dependiente		
				Variable	Dimensiones	Indicadores
				Expectativas de calidad de servicio	Elementos tangibles	4
					Fiabilidad	5
					Capacidad de respuesta	4
					Seguridad	4
					Empatía	5
Esp. 1	¿Qué aspectos de la gestión administrativa ejercen mayor influencia sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán?	La disposición de recursos tecnológicos es el proceso administrativo de mayor influencia sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán	Identificar el proceso administrativo que ejerce más influencia sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.			
Esp. 2	¿Qué aspectos de la gestión asistencial ejercen mayor influencia sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán?	La capacitación científico-técnica es el proceso asistencial de mayor influencia sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán	Identificar el proceso asistencial de mayor influencia sobre la calidad de atención brindada a los pacientes del Hospital de salud Mental Hermilio Valdizán.			

METODOLOGÍA			POBLACIÓN Y MUESTRA	RECOJO DE INFORMACIÓN	ANÁLISIS DE DATOS
Paradigma	Positivista		Población: 322 trabajadores de Hospital Hermilio Valdizán, entre médicos, profesionales de salud, y técnicos del área sanitaria.  Muestra: Probabilística estratificada, según función de los trabajadores. El tamaño de la muestra fue calculado en 176 colaboradores.  Muestreo Aleatorio simple por estratos.	Técnica a emplear: - La encuesta  Instrumentos: - Una escala de opinión sobre la gestión administrativa. - Una escala de opinión sobre la gestión sanitaria. - Adaptación del cuestionario SERQUAL para evaluar las expectativas de atención	Variables: 1. Independientes - Gestión administrativa - Gestión sanitaria 2. Dependiente - Calidad de atención a los pacientes  A. descriptivo: - Se organizará la información en bases de datos - Se presentará la información en tablas de frecuencias y gráficos estadísticos. A. estadístico: - Se empleará el análisis de correlación logístico multinomial, para determinar el grado de influencia y los aspectos de mayor efecto
	Principio Ontológico	Concibe el problema como una realidad objetiva, externa, verificable			
	Principio Metodológico	Llega al conocimiento en forma deductiva			
	Principio Epistemológico	El conocimiento es de naturaleza empírica, demostrable, medible			
Método	Hipotético deductivo				
Investigación	Diseño	No experimental y transversal			
	Nivel	Explicativo			
	Tipo	Sustantiva u orientada			

## Apéndice 2

### Escala de evaluación de la gestión administrativa en un hospital

**Estimado(a) colaborador(a):** le solicitamos analice cada una de las respuestas y las califique de acuerdo con su percepción, empleando la siguiente escala: (4.) Muy de acuerdo; (3.) De acuerdo; (2.) En desacuerdo; (1.) Totalmente en desacuerdo.

En el hospital Hermilio Valdizán:	Respuesta
1. Se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica activa.	
2. Se emiten Resoluciones Directorales de integración entre la Dirección Administrativa y la Dirección del Hospital, a fin de proveer el apoyo financiero que responda estratégicamente a las necesidades de éste.	
3. Se realiza la Ejecución de gastos de acuerdo a actividades programadas en el plan operativo institucional y disponibilidad presupuestal.	
4. Se realiza el Reporte de información financiera y presupuestal de conformidad con la normatividad, formas y plazos señalados por las instancias superiores competentes.	
5. Se promueve el Desarrollo del personal, en cada uno de los procesos desarrollados en el área.	
6. Se aplican las Directivas emitidas por MINSA como ente Rector y el Ministerio de Economía y Finanzas, en materia de gestión y ejecución de fondos, así como estandarización de procesos y procedimientos económico-financieros, adecuando ello a la realidad concreta de cada organización.	
7. Se cuenta con Alternativas para el cumplimiento de pago de servicios – deudas: fraccionamiento de deudas, trabajo por servicio recibido, seguimiento de terceros para cobranza.	
8. Se elabora el Plan Anual de Adquisiciones, de conformidad con los requerimientos de las áreas usuarias (cantidad, calidad y oportunidad) y presupuesto asignado a éstas.	
9. Se ha Implementado el SIGA al 100% en cada Hospital.	
10. Se Implementan procedimientos logísticos hospitalarios en concordancia con la Directiva.	
11. Se cuenta con Catálogo de productos e insumos con precios referenciales actualizada a nivel nacional y aplicado en los hospitales.	
12. Se realiza la Diferenciación de recursos estratégicos y no estratégicos, para la priorización de atención a los primeros.	
13. Se cuenta con Relación de proveedores ordenado y actualizado según criterios preestablecidos en el hospital y a nivel nacional.	
14. Se implementan y promueven procesos y procedimientos de gestión de compras: (que comprar, cuando y cuanto comprar) impulsada desde la dirección: Programación según perfil de demanda	
15. Se realiza el Saneamiento físico-legal en coordinación con área jurídica.	

### Apéndice 3

#### Escala de evaluación de la gestión asistencial en un hospital

**Estimado(a) colaborador(a):** le solicitamos analice cada una de las respuestas y las califique de acuerdo con su percepción, empleando la siguiente escala: (4.) Muy de acuerdo; (3.) De acuerdo; (2.) En desacuerdo; (1.) Totalmente en desacuerdo.

Nº	Indicadores	Respuesta
1.	Medicina basada en la evidencia,	
2.	Guías de práctica clínica,	
3.	Epidemiología clínica,	
4.	Evaluación de test diagnósticos,	
5.	Planes de cuidados estandarizados.	
6.	Alternativas a la hospitalización convencional,	
7.	Análisis de utilización de recursos,	
8.	Métodos de uso apropiado,	
9.	Mejora continua de la calidad	
10.	Evaluación tecnológica,	
11.	Sistemas de control de gestión,	
12.	Presupuestos clínicos,	
13.	Medidas de actividad,	
14.	Sistemas de costes,	
15.	Nuevas formas jurídicas y organizativas de las unidades clínicas	



## Apéndice 4

### Escala SERQUAL adaptada para evaluar la calidad del servicio en un hospital

En cada proposición indique el número o símbolo que represente su grado de acuerdo con cada una de ellas **en la columna de respuestas.**

**Totalmente de acuerdo (TA: 4); De acuerdo (A: 3); En desacuerdo (ED: 2); Totalmente en desacuerdo (TD: 1)**

Proposición	Rpta.
• El hospital tiene equipos de apariencia moderna.	
• Las instalaciones físicas del hospital son visualmente atractivas	
• El personal del hospital se ve limpio	
• Los elementos materiales (afiches, boletas de pago y letreros) son visualmente atractivos.	
• Cuando en el hospital se promete hacer algo en cierto tiempo, se hace.	
• Cuando un paciente tiene un problema en el hospital se interesan en solucionarlo	
• En el hospital se brinda buena atención la primera vez	
• En el hospital se concluye la atención en el tiempo esperado	
• En el hospital cuida que no se cometan errores	
• El personal comunica a los pacientes cuando concluirá el servicio.	
• El personal del hospital ofrece un servicio rápido a los pacientes.	
• El personal del hospital siempre están dispuestos a ayudar a los pacientes	
• El personal nunca está demasiado ocupado para responder a las preguntas de los pacientes	
• El comportamiento del personal del hospital transmite confianza a los pacientes	
• Los pacientes manifiestan sentirse seguros con sus tratamientos en el hospital.	
• El personal del hospital es siempre amable con los pacientes.	
• El personal tiene conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los pacientes	
• En el hospital se brinda a los pacientes atención individualizada.	
• En el hospital se tienen horarios de trabajo convenientes para todos sus pacientes.	
• El hospital tiene personal que ofrece una atención personalizada a sus pacientes.	
• En el hospital se preocupan por los intereses de sus pacientes.	
• En el hospital se comprende las necesidades específicas de sus pacientes.	

## Apéndice 5

### **Matriz de correlaciones de la escala de gestión administrativa**

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15
Ítem 1	1,000	,322	,393	,341	,241	,235	,314	,397	,361	,412	,260	-,049	,187	,258	,041
Ítem 2	,322	1,000	,724	,370	,380	,354	,359	,621	,656	,700	,211	,289	,102	,488	,101
Ítem 3	,393	,724	1,000	,437	,678	,660	,655	,941	,678	,986	,227	,270	,268	,669	,291
Ítem 4	,341	,370	,437	1,000	,293	,296	,214	,447	,361	,432	,165	,151	,071	,319	,219
Ítem 5	,241	,380	,678	,293	1,000	,708	,518	,665	,362	,694	,058	,274	,166	,407	,074
Ítem 6	,235	,354	,660	,296	,708	1,000	,543	,662	,346	,676	,134	,218	,202	,387	,249
Ítem 7	,314	,359	,655	,214	,518	,543	1,000	,629	,351	,672	,069	,160	,111	,390	,198
Ítem 8	,397	,621	,941	,447	,665	,662	,629	1,000	,662	,956	,212	,236	,320	,687	,308
Ítem 9	,361	,656	,678	,361	,362	,346	,351	,662	1,000	,677	,197	,221	,246	,696	,241
Ítem 10	,412	,700	,986	,432	,694	,676	,672	,956	,677	1,000	,212	,254	,305	,702	,293
Ítem 11	,260	,211	,227	,165	,058	,134	,069	,212	,197	,212	1,000	,064	,205	,170	,034
Ítem 12	-,049	,289	,270	,151	,274	,218	,160	,236	,221	,254	,064	1,000	,119	,222	-,117
Ítem 13	,187	,102	,268	,071	,166	,202	,111	,320	,246	,305	,205	,119	1,000	,264	-,081
Ítem 14	,258	,488	,669	,319	,407	,387	,390	,687	,696	,702	,170	,222	,264	1,000	,306
Ítem 15	,041	,101	,291	,219	,074	,249	,198	,308	,241	,293	,034	-,117	-,081	,306	1,000
Ítem 1		,005	,001	,003	,028	,031	,006	,001	,002	,000	,019	,350	,069	,020	,374
Ítem 2	,005		,000	,001	,001	,002	,002	,000	,000	,000	,047	,010	,212	,000	,214
Ítem 3	,001	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,036	,015	,016	,000	,010
Ítem 4	,003	,001	,000		,009	,009	,045	,000	,002	,000	,096	,117	,290	,005	,041
Ítem 5	,028	,001	,000	,009		,000	,000	,000	,002	,000	,326	,014	,094	,000	,280
Ítem 6	,031	,002	,000	,009	,000		,000	,000	,003	,000	,146	,041	,055	,001	,024
Ítem 7	,006	,002	,000	,045	,000	,000		,000	,002	,000	,295	,103	,192	,001	,058
Ítem 8	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,046	,030	,005	,000	,007
Ítem 9	,002	,000	,000	,002	,002	,003	,002	,000		,000	,059	,040	,025	,000	,028
Ítem 10	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,046	,021	,007	,000	,009
Ítem 11	,019	,047	,036	,096	,326	,146	,295	,046	,059	,046		,308	,052	,089	,394
Ítem 12	,350	,010	,015	,117	,014	,041	,103	,030	,040	,021	,308		,174	,039	,179
Ítem 13	,069	,212	,016	,290	,094	,055	,192	,005	,025	,007	,052	,174		,018	,263
Ítem 14	,020	,000	,000	,005	,000	,001	,001	,000	,000	,000	,089	,039	,018		,007
Ítem 15	,374	,214	,010	,041	,280	,024	,058	,007	,028	,009	,394	,179	,263	,007	

a. Determinante = 4,508E-6

### Matriz de correlaciones de la escala de gestión asistencial

	Ítem_1	Ítem_2	Ítem_3	Ítem_4	Ítem_5	Ítem_6	Ítem_7	Ítem_8	Ítem_9	Ítem_10	Ítem_11	Ítem_12	Ítem_13	Ítem_14	Ítem_15	
Correlación	Ítem_1	1,000	-,038	,255	,211	,078	,214	,019	,225	,023	,107	,254	-,141	-,066	,164	,288
	Ítem_2	-,038	1,000	,664	,337	,323	,427	,576	,691	,559	,135	,656	,146	,697	,205	,479
	Ítem_3	,255	,664	1,000	,636	,595	,776	,793	,972	,638	,390	,987	,163	,610	,486	,865
	Ítem_4	,211	,337	,636	1,000	,462	,715	,439	,668	,254	,340	,654	,268	,198	,265	,617
	Ítem_5	,078	,323	,595	,462	1,000	,519	,418	,624	,253	,401	,617	,294	,237	,500	,619
	Ítem_6	,214	,427	,776	,715	,519	1,000	,558	,776	,416	,378	,796	,058	,374	,359	,750
	Ítem_7	,019	,576	,793	,439	,418	,558	1,000	,793	,711	,217	,782	,078	,658	,269	,622
	Ítem_8	,225	,691	,972	,668	,624	,776	,793	1,000	,638	,443	,987	,187	,610	,486	,865
	Ítem_9	,023	,559	,638	,254	,253	,416	,711	,638	1,000	,207	,656	,069	,551	,182	,463
	Ítem_10	,107	,135	,390	,340	,401	,378	,217	,443	,207	1,000	,423	,175	,122	,551	,588
	Ítem_11	,254	,656	,987	,654	,617	,796	,782	,987	,656	,423	1,000	,150	,601	,506	,881
	Ítem_12	-,141	,146	,163	,268	,294	,058	,078	,187	,069	,175	,150	1,000	,164	,121	,237
	Ítem_13	-,066	,697	,610	,198	,237	,374	,658	,610	,551	,122	,601	,164	1,000	,063	,378
	Ítem_14	,164	,205	,486	,265	,500	,359	,269	,486	,182	,551	,506	,121	,063	1,000	,740
	Ítem_15	,288	,479	,865	,617	,619	,750	,622	,865	,463	,588	,881	,237	,378	,740	1,000
Sig. (unilateral)	Ítem_1		,413	,070	,112	,328	,109	,456	,097	,448	,271	,070	,209	,354	,174	,047
	Ítem_2	,413		,000	,024	,029	,005	,000	,000	,000	,219	,000	,201	,000	,119	,002
	Ítem_3	,070	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,010	,000	,175	,000	,002	,000
	Ítem_4	,112	,024	,000		,003	,000	,004	,000	,070	,023	,000	,060	,127	,062	,000
	Ítem_5	,328	,029	,000	,003		,001	,006	,000	,071	,008	,000	,043	,085	,001	,000
	Ítem_6	,109	,005	,000	,000	,001		,000	,000	,006	,013	,000	,370	,013	,017	,000
	Ítem_7	,456	,000	,000	,004	,006	,000		,000	,000	,106	,000	,329	,000	,059	,000
	Ítem_8	,097	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,004	,000	,141	,000	,002	,000
	Ítem_9	,448	,000	,000	,070	,071	,006	,000	,000		,116	,000	,348	,000	,148	,003
	Ítem_10	,271	,219	,010	,023	,008	,013	,106	,004	,116		,006	,157	,243	,000	,000
	Ítem_11	,070	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,006		,195	,000	,001	,000
	Ítem_12	,209	,201	,175	,060	,043	,370	,329	,141	,348	,157	,195		,174	,244	,086
	Ítem_13	,354	,000	,000	,127	,085	,013	,000	,000	,000	,243	,000	,174		,359	,012
	Ítem_14	,174	,119	,002	,062	,001	,017	,059	,002	,148	,000	,001	,244	,359		,000
	Ítem_15	,047	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,003	,000	,000	,086	,012	,000	

a. Determinante = 1,236E-8

### Matriz de correlaciones de la Escala SERVQUAL

	Ítem_1	Ítem_2	Ítem_3	Ítem_4	Ítem_5	Ítem_6	Ítem_7	Ítem_8	Ítem_9	Ítem_10	Ítem_11	Ítem_12	Ítem_13	Ítem_14	Ítem_15	Ítem_16	Ítem_17	Ítem_18	Ítem_19	Ítem_20	Ítem_21	Ítem_22
Ítem_1	1,000	,131	,006	,284	,321	,363	,071	,394	,165	,289	-,217	,410	,318	-,472	,316	,136	,271	-,093	,246	,305	,216	,230
Ítem_2	,131	1,000	,431	,609	,215	,696	,469	,499	,485	,359	,000	,340	,628	-,014	,274	,204	,205	,017	,614	,608	,324	,325
Ítem_3	,006	,431	1,000	,293	,185	,300	,228	,434	,339	-,073	,016	,142	,357	,093	,301	,244	,479	,203	,343	,355	-,031	,291
Ítem_4	,284	,609	,293	1,000	,550	,432	,379	,852	,892	,264	,172	,420	,941	,272	,595	,301	,546	,146	,950	,971	,589	,485
Ítem_5	,321	,215	,185	,550	1,000	,146	,162	,496	,667	,061	-,094	,184	,503	-,023	,276	-,015	,543	,035	,541	,530	,267	,258
Ítem_6	,363	,696	,300	,432	,146	1,000	,119	,325	,305	,593	-,179	,516	,470	-,294	,097	,113	,080	-,087	,438	,429	,381	,209
Ítem_7	,071	,469	,228	,379	,162	,119	1,000	,270	,208	,093	,084	-,015	,446	,011	,288	,086	,130	-,157	,437	,458	,135	,432
Ítem_8	,394	,499	,434	,852	,496	,325	,270	1,000	,742	,129	,021	,309	,811	,195	,617	,429	,693	,097	,816	,838	,468	,353
Ítem_9	,165	,485	,339	,892	,667	,305	,208	,742	1,000	,134	,164	,396	,805	,260	,442	,087	,626	,261	,857	,843	,520	,363
Ítem_10	,289	,359	-,073	,264	,061	,593	,093	,129	,134	1,000	-,149	,302	,234	-,423	,235	,034	-,025	-,156	,185	,227	,370	,221
Ítem_11	-,217	,000	,016	,172	-,094	-,179	,084	,021	,164	-,149	1,000	,042	,102	,566	,145	-,135	-,051	-,295	,170	,170	,051	,074
Ítem_12	,410	,340	,142	,420	,184	,516	-,015	,309	,396	,302	,042	1,000	,455	-,187	,173	,035	,276	,011	,410	,407	,256	,167
Ítem_13	,318	,628	,357	,941	,503	,470	,446	,811	,805	,234	,102	,455	1,000	,163	,578	,380	,566	,118	,946	,969	,594	,468
Ítem_14	-,472	-,014	,093	,272	-,023	-,294	,011	,195	,260	-,423	,566	-,187	,163	1,000	,139	,117	,076	,143	,230	,244	-,019	,175
Ítem_15	,316	,274	,301	,595	,276	,097	,288	,617	,442	,235	,145	,173	,578	,139	1,000	,398	,505	,110	,572	,614	,317	,512
Ítem_16	,136	,204	,244	,301	-,015	,113	,086	,429	,087	,034	-,135	,035	,380	,117	,398	1,000	,323	,184	,362	,329	,017	,233
Ítem_17	,271	,205	,479	,546	,543	,080	,130	,693	,626	-,025	-,051	,276	,566	,076	,505	,323	1,000	,170	,624	,604	,229	,243
Ítem_18	-,093	,017	,203	,146	,035	-,087	-,157	,097	,261	-,156	-,295	,011	,118	,143	,110	,184	,170	1,000	,039	,078	-,118	,291
Ítem_19	,246	,614	,343	,950	,541	,438	,437	,816	,857	,185	,170	,410	,946	,230	,572	,362	,624	,039	1,000	,972	,588	,423
Ítem_20	,305	,608	,355	,971	,530	,429	,458	,838	,843	,227	,170	,407	,969	,244	,614	,329	,604	,078	,972	1,000	,599	,489
Ítem_21	,216	,324	-,031	,589	,267	,381	,135	,468	,520	,370	,051	,256	,594	-,019	,317	,017	,229	-,118	,588	,599	1,000	,038
Ítem_22	,230	,325	,291	,485	,258	,209	,432	,353	,363	,221	,074	,167	,468	,175	,512	,233	,243	,291	,423	,489	,038	1,000

a. Determinante = 4,291E-12







**ESCUELA DE POSTGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### **Acta de Aprobación de originalidad de Tesis**

Yo, Luis Alberto Núñez Lira, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado **“Expectativas internas en el Hospital de Salud Mental Hermilio Valdizán: Gestión administrativa y gestión asistencial en la calidad de atención brindada a los pacientes 2017”** del estudiante **Raúl Francisco Gutiérrez Abregù**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud de 24% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 27 de enero de 2018

---

Dr. Luis Alberto Núñez Lira

08012101

24 %



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Expectativas internas en el Hospital de Salud Mental  
Hermilio Valdizán: Gestión administrativa y gestión  
asistencial en la calidad de atención brindada a los  
pacientes 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad**

**AUTOR:**

**Mgrtr. Raúl Francisco Gutiérrez Abregú**

**ASESOR:**

**Dr. Luis Alberto Niñez Lira**

- 1 Entregado a Universida...  
Tallaje del estudiante 1 % >
- 2 Entregado a Universida...  
Tallaje del estudiante 1 % >
- 3 dspace.utpl.edu.ec  
Fuente de internet 1 % >
- 4 dspace.unitru.edu.pe  
Fuente de internet 1 % >
- 5 repositorio.ucv.edu.pe  
Fuente de internet 1 % >
- 6 pis1.wikispaces.com  
Fuente de internet 1 % >
- 7 www.buenastareas.com  
Fuente de internet 1 % >
- 8 www.elsevier.es  
Fuente de internet 1 % >
- 9 congreso.investiga.fca...  
Fuente de internet 1 % >





FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Bu. Tierrera Abregu Paul Francisco

D.N.I. : 06185122

Domicilio : Jr. Tumbes 4084 SMP

Teléfono : Fijo : 5678053 Móvil : 999005703

E-mail : galemu.sraul.g.tierrera@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado :

Mención : GESTION PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Bu. Tierrera Abregu Paul Francisco

Título de la tesis:

Expectativas internas en el Hospital Herminio

Valdivia: Gestión Administrativa y Gestión

Asistencial en la calidad de la Atención brindada a los pacientes 2017

Año de publicación : 2017

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma :

[Handwritten signature]

Fecha :

15/09/18