



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

La autoevaluación basada en el modelo EFQM para la mejora continua en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de Essalud -2016.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACDÉMICO DE:

Maestro en Gestión Pública

AUTOR

Br. Ramón Huiman Yerrén

ASESOR

Dr. Carlos Cherre Antón

SECCIÓN

Ciencias empresariales

LINEA DE INVESTIGACIÓN

DIRECCIÓN

CHICLAYO - PERÚ

2019



DICTAMEN DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL JURADO EVALUADOR DE LA TESIS TITULADA:

LA AUTOEVALUACION BASADA EN EL MODELO
E FOM PARA LA MEJORA CONTINUA EN EL ÓRGANO DE
CONTROL INSTITUCIONAL DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE
DE ESSALUD - 2016

QUE HA SUSTENTADO DON (DOÑA):

JAMÓN HUIMAN YERREÍN
NOMBRES Y APELLIDOS

ACUERDA:

APROBAR POR UNANIMIDAD

RECOMIENDA:

Pimentel, 21 de DICIEMBRE de 2018

MIEMBRO DEL JURADO

PRESIDENTE: Dr. VÍCTOR AUGUSTO GONZÁLES SOTO

SECRETARIO: Dra. JACKELINE MARGOT SALDANA HILLAN

VOCAL: Dr. CARLOS ALBERTO CHERRE ANTON

SE LEGALIZAN LAS FIRMAS
NO EL CONTENIDO

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Ramón Huiman Yerrén, egresado del Programa de Maestría en Gestión Pública de la Universidad César Vallejo de Chiclayo, identificado con DNI N° 17446412

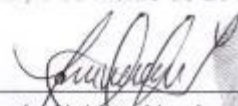
DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor (a) de la tesis titulada: "LA AUTOEVALUACIÓN BASADA EN EL MODELO EFQM PARA LA MEJORA CONTINUA EN EL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE DE ESSALUD"
2. La misma que presento para optar el grado de: Maestría en Gestión Pública.
3. La tesis presentada es auténtica, siguiendo un adecuado proceso de investigación, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
4. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
5. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
6. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

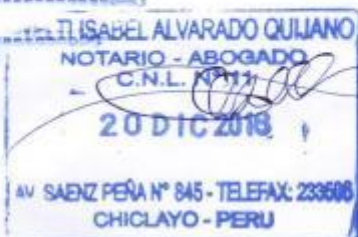
Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causa en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Así mismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse algún tipo de falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo Chiclayo; por lo que, LA UNIVERSIDAD podrá suspender el grado y denunciar tal hecho ante las autoridades competentes, ello conforme a la Ley 27444 del Procedimiento Administrativo General.

Pimentel, 8 de marzo de 2018


Ramón Huiman Yerrén
DNI: 17446412

CERTIFICO: Que la firma que antecede
corresponde (a) RAMÓN
HUIMAN YERRÉN
DNI: 17446412



DEDICATORIA:

A Dios por las inmensas oportunidades que me ha ofrecido para aprender, desde los libros hasta las grandes personas que me ha permitido conocer. Por la familia con que me ha bendecido, permitiéndome lograr las metas trazadas.

A mis padres que continuamente me han motivado.

A mis hijas quienes con su mirada inocente me inspiran a seguir adelante y en especial a mi esposa, por su comprensión y cariño.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios infinitamente por la vida y por colocar en nuestro caminar personas maravillosas; por permitirnos por ejercer una noble profesión.

Agradezco al docente asesor, por su apoyo incondicional y oportunas sugerencias en la elaboración de la presente Tesis de investigación.

Asimismo agradecemos a los funcionarios de ESSALUD de la Red Asistencial Lambayeque por brindarnos su apoyo y facilidades para llevar a cabo la recopilación de la información dándonos las facilidades para poder aplicar los instrumentos para poder concluir con la investigación de mi tesis.

A las autoridades y personal docente de la Universidad “César Vallejo” por brindarnos la oportunidad de estudiar post grado en su casa de estudios.

El Autor.

PRESENTACIÓN

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO:

De conformidad con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, ponemos a vuestra consideración la evaluación de la tesis titulada “La autoevaluación basada en el modelo EFQM para la mejora continua en el órgano de control institucional de la red asistencial Lambayeque de Essalud -2016, elaborada con el propósito de obtener el Grado Académico de Magíster en Gestión Pública. El presente estudio es de tipo descriptivo propositivo y se focalizó en el Distrito de Lambayeque.

Esperamos que el presente estudio sea evaluado valorando el esfuerzo realizado para desarrollar dicha investigación. Es más estamos dispuestos a aceptar su veredicto al presente Informe de Investigación, así como atender las observaciones y sugerencias formuladas, las mismas que permitirán su mejoramiento. Es propicia la oportunidad para expresar nuestro sincero agradecimiento a ustedes señores miembros del Jurado, al igual que a todos los docentes de la Escuela de Postgrado de esta prestigiosa Universidad César vallejo, por todas las orientaciones y conocimientos compartidos en el proceso de nuestra formación profesional. Finalmente pongo a disposición de la ciudadanía aceptando sugerencia de aquellas personas que benevolentemente quieren que este trabajo mejore.

Chiclayo, 20 de marzo del 2018.

ÍNDICE

Dictamen de sustentación de tesis	ii
Declaratoria de Autenticidad.....	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento.....	v
Presentación.....	vi
Índice.....	vii
Índice de Tablas	ix
Resumen	xi
Abstract	xii
I. INTRODUCCIÓN.	
1.1. Realidad Problemática.....	13
1.2. Trabajos previos.....	16
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	19
1.4. Formulación del problema.....	24
1.5. Justificación.....	25
1.6 Hipótesis.....	25
1.7. Objetivos.....	26
II. MÉTODO.....	27
2.1. Diseño de investigación.....	27
2.2. Variables, Operacionalización.....	27
2.2.1. Definición conceptual.....	28
2.2.2. Definición Operacional.....	28
2.2.3. Operacionalización de la variable.....	32
2.3. Población y muestra.....	32
2.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad...	33
2.4.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
2.4.2. Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos.....	34

2.5. Métodos de análisis de datos.....	36
2.6. Aspectos éticos.....	37
III RESULTADOS.....	38
3.1. Descripción de Resultados	38
3.2. Interpretación de Resultados de la aplicación del Cuestionario	39
3.3. Identificación de Puntos débiles o áreas de mejora	65
3.4. Identificación de puntos fuertes.	69
3.5. Priorización de Áreas que requieren Planes de Mejora.	71
3.6. Propuesta de Planes de Mejora.	73
3.7. Diseño de esquema de plan de mejora.	75
IV. Discusión de resultados.....	89
V. Conclusiones.....	92
VI. Recomendaciones.....	93
Referencias bibliográficas.....	94
Anexos	99
Anexo n.º 1 Instrumento de Recolección de datos.	100
Anexo n.º 2 Criterio de Experto para Validación de Instrumento.	103
Anexo n.º 3 Criterio de Experto para Validación de propuesta.	109
Anexo n.º 4 Autorización de publicación de tesis.	115
Anexo n.º 5 Acta de Aprobación de originalidad de tesis.	116
Anexo n.º 6 Reporte de Turnitin.	117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Operacionalización de variables	28
Tabla 2:	Población y muestra en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD	31
Tabla 3:	Calculo de estadísticos de fiabilidad mediante Alfa de Cronbach	35
Tabla 4:	Cuadro de Equivalencias de Valores para la Interpretación de Resultados	38
Tablas de análisis de resultados de la aplicación de cuestionario		
Tabla 5:	Involucramiento del jefe de oficina en la gestión de calidad.	40
Tabla 6:	Cualidad del jefe de oficina para ser accesible y escucha al personal.	40
Tabla 7:	El jefe de oficina apoya las mejoras e involucra a todos los trabajadores.	41
Tabla 8:	El jefe de oficina apoyo en la definición de las actividades a realizarse.	41
Tabla 9:	El jefe de oficina toma las decisiones adecuadas que garanticen el óptimo trabajo.	42
Tabla 10:	El jefe de oficina tiene entre sus prioridades la atención a los usuarios que denuncian irregularidades.	42
Tabla 11:	El jefe de oficina toma iniciativas para la planificación de servicios de control.	43
Tabla 12:	El jefe de oficina reconoce y valora los esfuerzos de los trabajadores implicadas en la planificación de las actividades a ejecutar.	43
Tabla 13:	La elaboración del Plan Anual de Control tiene en cuenta las necesidades de los ciudadanos.	44
Tabla 14:	Existe cultura de evaluación de la planificación del Plan Anual de Control.	45
Tabla 15:	Coherencia entre la planificación y las estrategias establecidas en el Plan Anual de Control.	46
Tabla 16:	Evaluación de la planificación con las estrategias y actividades diseñadas en las acciones de control	47
Tabla 17:	La formación del personal corresponde a las necesidades.	48
Tabla 18:	Se potencian iniciativas de innovación de los trabajadores.	
Tabla 19:	Existen procedimientos para involucrar al personal a la capacitación continua.	49
Tabla 20:	Valoración del trabajo, la aportación y el esfuerzo de mejora del personal.	49
Tabla 21:	Los recursos tecnológicos y logísticos asignados responden a las necesidades.	50
Tabla 22:	Existen relaciones con la sede Central para su planificación estratégica.	51

Tabla 23: Existen innovaciones en coordinación con la Sede Central para identificar nuevas oportunidades.	51
Tabla 24: Promoción y potenciación del personal por la innovación en el Control.	52
Tabla 25: Las demandas de la sociedad son recogidas para la planificación.	53
Tabla 26: Se han designado con claridad las tareas y se les asigna adecuadamente a los responsables.	53
Tabla 27: Los objetivos de mejora se establecen a partir de la información recibida de los usuarios.	54
Tabla 28: Se promueve entre el personal la innovación para mejorar los procesos.	55
Tabla 29: Toma en cuenta cómo perciben los asegurados en sus aspectos más importantes.	55
Tabla 30: Los usuarios asegurados están informados de los aspectos que inciden en su satisfacción.	56
Tabla 31: Compara sistemáticamente el grado de satisfacción de los asegurados.	56
Tabla 32: Se actúa sobre las áreas oportunas en función del grado de satisfacción de los usuarios teniendo como referencia las evaluaciones anteriores.	57
Tabla 33: Se mide como percibe el personal las condiciones de trabajo, nivel de comunicación y reconocimiento del trabajo.	58
Tabla 34: Medición de los factores que influyen en la satisfacción de su personal y su motivación.	59
Tabla 35: El personal está informado de los resultados de los anteriores procesos.	59
Tabla 36: Actuación en las áreas que se requieren atención en función de la tendencia mostrada por los resultados obtenidos de las evaluaciones.	60
Tabla 37: Mediciones realizadas en la sociedad relacionadas a la atención de salud del asegurado.	61
Tabla 38: Los usuarios están informados sobre los resultados de las evaluaciones.	61
Tabla 39: Comparación sistemática con otras oficinas similares sobre su nivel de impacto en la sociedad.	62
Tabla 40: Establecimiento de programas de impacto en la sociedad en función de los resultados obtenidos en las evaluaciones anteriores.	62
Tabla 41: Se conocen, se evalúan y se valoran los resultados de la de la gestión.	63
Tabla 42: Valoración de los objetivos fijados en los distintos planes y proyectos.	64
Tabla 43: Valoración de los resultados de los procesos de planificación.	64
Tabla 44: Valoración de los resultados relativos a la gestión del personal.	65

RESUMEN:

La presente tesis denominada “La autoevaluación basada en el modelo EFQM para la mejora continua en el órgano de control institucional de la Red Asistencial Lambayeque de Essalud”, tiene como objetivo general: formular una propuesta de evaluación basado en el modelo EFQM para mejorar las funciones directivas y operativas en el Órgano de Control Institucional en la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD.

Así como los objetivos específicos proponen diagnosticar el actual modelo de gestión, elaborar la propuesta de plan de mejora continua y validarla. El tipo de investigación es de carácter descriptivo - propositivo; desarrollado bajo un diseño del diagnóstico de la realidad, estudios teóricos y propuesta. Los métodos de investigación aplicados fueron el de análisis y síntesis, el inductivo – deductivo; así como las técnicas de gabinete y de campo. El cuestionario bajo el cual se ha trabajado ha sido tomado en función al Modelo EFQM que contiene nueve criterios. La muestra utilizada son los trabajadores del órgano de control institucional de la Red Asistencial de Essalud

Las conclusiones arribadas son: que previo al diagnóstico a través de la autoevaluación basada en el modelo EFQM, existieron conjunto de conocimientos de calidad y mejora continua; en el desarrollo de la evaluación; durante la elaboración de la propuesta del plan de mejora, se han generado espacios de participación analítica, reflexiva y críticos y durante la validación de la propuesta permitió obtener un documento sistemático, que no sólo valida el contenido sino también el proceso y los resultados, una cultura de evaluación, promoviendo un clima de mayor confianza, se logró la participación de los miembros de la institución así como se logra la corrección de sus errores, de aprender de la experiencia, de tomar en consideración los requerimientos de un entorno cambiante y de acción en su orientación permanente hacia el logro de los fines, las metas y los objetivos que le son propios.

Palabras clave: Procesos de gestión - Modelo EFQM – Cultura de autoevaluación.

ABSTRACT

This thesis entitled "The self-assessment based on the EFQM model for continuous improvement in the institutional control body of the Lambayeque Assistive Network of Essalud", has as its general objective: to implement a quality assessment method based on the EFQM model to improve the directive and operative functions in the Organ of Institutional Control in the Lambayeque Assistance Network of ESSALUD.

As well as the specific objectives propose to diagnose the current management model, elaborate the proposal of continuous improvement plan and validate it. The type of research is descriptive - proactive; developed under a design of the diagnosis of reality, theoretical studies and proposal. The applied research methods were analysis and synthesis, inductive - deductive; as well as the cabinet and field techniques. The questionnaire under which we have worked has been taken according to the EFQM Model that contains nine criteria. The sample used is the workers of the institutional control body of the Essalud Assistance Network

The conclusions arrived at are: that prior to the diagnosis through the self-assessment based on the EFQM model, there was a set of knowledge of quality and continuous improvement; in the development of the evaluation; During the elaboration of the proposal for the improvement plan, analytical, reflective and critical participation spaces have been generated and during the validation of the proposal, a systematic document was obtained, which not only validates the content but also the process and results, a culture of evaluation, promoting a climate of greater confidence, the participation of the members of the institution was achieved, as well as correcting their mistakes, learning from experience, taking into consideration the requirements of a changing environment and action. in its permanent orientation towards the achievement of the goals, goals and objectives that are proper to it.

Key words: Management processes - EFQM model - Culture of self-evaluation.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática.

A nivel mundial, “En las últimas décadas del siglo XX el auge de la gestión y mejora de la calidad ha sido evidente en el contexto internacional, europeo y español. Este auge se asocia a la implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) basados en estándares internacionales, como la familia de normas ISO de la serie 9000, y a la difusión tanto en el ámbito empresarial como institucional de los principios y prácticas de Gestión de Calidad Total (GCT)” (Casadesús y Heras, 2005; citado por Suárez R., 2017).

“Es en los últimos 50 años cuando la GCT ha sido ampliamente adoptada por todo tipo de organizaciones” (Zatzick, 2012, citado por Suárez R., 2017).

“A este fenómeno ha contribuido de manera importante la existencia de numerosas aportaciones teóricas y evidencias empíricas de cómo la implantación de la GCT puede ayudar a alcanzar los objetivos estratégicos y operativos, así como a mejorar el rendimiento de las organizaciones a medio y largo plazo” (Shenaway, 2007, citado por Suárez R., 2017).

“Dado el contexto y trasfondo de entornos cambiantes que generan presiones externas e internas por modernizar y mejorar la gestión de los municipios españoles, existe la necesidad por no sólo aplicar modelos de Mejora Continua de Procesos en este nivel de Administraciones locales,” (Kaye y Anderson, 1999; Pollit, 2006, citados por Suarez B. 2007).

“Los modelos de excelencia representan un marco de trabajo no prescriptivo (no se trata de normas que contengan requisitos a cumplir) y analizan las relaciones entre lo que una organización hace y los resultados que es capaz de alcanzar, asumiendo que existen diferentes aproximaciones para alcanzar la excelencia” (Ghobadian y Woo, 1996, citado por Suárez R., 2017).

A nivel nacional; “El Modelo EFQM facilita el diagnóstico sistemático de los puntos débiles en todas las áreas de una institución, suministra reglas de análisis, estimula los procesos de mejora y hace posible la comprobación del grado de avance. Todo esto permite conocer mejor la institución y en consecuencia mejorar su funcionamiento. La idea básica del Modelo es proporcionar a las organizaciones una herramienta de mejora de su sistema de gestión” (Rodríguez, 2014)

El modelo EFQM, es aplicado en “38 países en todo el mundo. En Latinoamérica están dando buenos resultados en países como México, El Salvador, Venezuela, Ecuador, Colombia y Chile” (Cueva, 2014).

“Muchos son los logros que alcanza un Centro en la implantación del Modelo pero sin duda podemos decir que la revisión de los procesos del Centro y la orientación de los mismos hacia la satisfacción de los clientes, supone siempre una mejora en los alumnos y en las familias, pero también en el propio personal del Centro” (Sendra, 2014)

“El modelo EFQM creado por la European Foundation for Quality Model es un modelo de calidad que trata de hacer tangibles los principios de calidad o excelencia en las organizaciones”. (Blog Isotools, 2013)

El control institucional en el Perú ha sido definido como el “conjunto de actividades, planes, políticas, normas, procedimientos y métodos, siendo responsabilidad de las autoridades, directivos y el personal en cada Entidad” (Cueva, 2014).

Asimismo el autor en mención indica que “el funcionamiento del Control Interno es continuo, dinámico y alcanza a la totalidad de la organización, desarrollándose en forma previa, simultánea y posterior, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 7º de la Ley 27785”.

A nivel local, el control debe ser más efectivo en la medida que últimamente se han producido situaciones de corrupción que involucran a alcaldes, regidores y funcionarios, por los delitos cometidos en la administración pública. Es un reto para

los órganos de Control Institucional determinar las responsabilidades administrativas de los funcionarios, para que los hechos cometidos no queden impunes.

A nivel Institucional las situaciones irregulares no son ajenas en la gestión pública en las actividades administrativas y asistenciales en la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD, algunas por desconocimiento y otras con conocimiento de causa las mismas que llevan a los funcionarios a incurrir en responsabilidad administrativa, civil o penal. Es así que en el órgano de Control de la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD, se aprecian situaciones que requieren una autoevaluación para proponer el cambio de modelo de gestión en las funciones directivas y operativas, por existir situaciones como las que se detallan a continuación:

- No tiene el personal suficiente que le permita realizar auditorías suficientes que permitieran detectar todas las irregularidades producidas en la entidad y que de dejarlos pasar generaría una corrupción generalizada.
- No existe una adecuada planificación de las actividades administrativas y acciones de control para la elaboración del Plan Anual de Control, debido a que estas son diseñadas sin tener en cuenta la realidad problemática.
- Deficiente organización entre las jefaturas y los trabajadores, en la planificación y ejecución de las actividades y acciones de control, cada quien trabaja de manera independiente.
- La normativa actual no favorece el control preventivo, puesto que se realizan las auditorías de cumplimiento y en la mayoría de los casos los hechos observados se van a procesos judiciales y estos terminan archivándose o con una pena benigna para el funcionario infractor que cometió la falta.
- Escaso compromiso con el trabajo de parte del personal, sin iniciativa para solucionar los asuntos al interior de sus áreas, siempre requiere ser guiados por

sus superiores para el desarrollo de sus labores. Escasa capacitación y cultura para el auto aprendizaje de la normativa de gestión pública y de la normativa de control para el mejoramiento de su trabajo en el personal auditor que labora en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque.

- Falta de coordinación para involucrarse en la problemática institucional cada una trabaja de manera separada.
- Deficiente personal para atender las diversas actividades y acciones de control que se ejecutan en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque.
- No se evalúan los procesos, no existe un modelo de gestión y control como referente del mejoramiento continuo para alcanzar la calidad con la participación democrática y crítica de todos los actores.

Una de las alternativas para disminuir los problemas presentados en el órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD, se debe efectuar una autoevaluación basado en el Modelo EFQM para mejorar el ejercicio de las funciones directivas en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD.

1.2. Trabajos previos.

Algunos trabajos relacionados con la aplicación del Modelo EFQM, en las instituciones, que sirven como un referente, para aclarar y dar relevancia a los aspectos significativos del modelo antes citado y su importancia.

Se detallan los trabajos que se consideran importantes como antecedente de este modelo a utilizarse, considerándose resultados considerables, en relación a la gestión de la calidad del modelo E.F.Q.M. Entre los trabajos tenemos:

Gaitan (2007), la autora en mención escribió la tesis doctoral "Diseño de un modelo de gestión de calidad basada en modelos de excelencia y el enfoque de gestión por procesos, Barranquilla, Colombia", tuvo como objetivo "diseñar un modelo de gestión de calidad, basado en los modelos de excelencia de calidad y el enfoque de gestión por procesos como herramienta de dirección que facilite y mejore la gestión administrativa en las organizaciones", utilizó una metodología descriptiva – exploratoria; llegó a las siguientes conclusiones: "el modelo de gestión de calidad propuesto es una herramienta de gestión que ayudará a las organizaciones de nuestro entorno a mejorar la gestión administrativa, conduciéndose a ser más competitivas a permanecer vivas en los mercados tan competitivos y cambiantes que existen en la actualidad, a no dejarse atropellar por los cambios tecnológicos. Todo esto se traduce a lograr el éxito empresarial".

García (2007), en su tesis doctoral "Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales, Cádiz, España", tuvo como objetivo "Diseñar una herramienta para la evaluación de la calidad total en los servicios hospitalario", utilizó una metodología de tipo cualitativo exploratoria; llegó a las siguientes conclusiones: "La estructura de nueve criterios, base del modelo original de la EFQM, es un marco de trabajo oportuno y válido para abordar estrategias de calidad en los centros sanitarios ya que sobre ellos se pueden agrupar todos los elementos relacionados con la gestión de la calidad en una organización. La priorización de diferentes indicadores de calidad en torno a los nueve elementos del modelo representa una forma válida y sencilla de abordar las principales áreas a tener en cuenta para mejorar la calidad en los centros sanitarios".

Suárez (2007), en su tesis doctoral "la sostenibilidad de la mejora continua de procesos en la administración pública: un estudio en los ayuntamientos de España, Barcelona, España". La investigación tuvo como objetivo "explorar y describir la forma en que se ha sostenido la Mejora Continua de Procesos en los Ayuntamientos de España"; la metodología empleada fue la interpretativista de base cualitativa, llegó a las conclusiones siguientes: "Aporte al tema de la aplicación y evolución de la MCP (mejora continua de procesos), Contribución al tema de la

sostenibilidad de la MPC y Aporte al tema del impacto de la aplicación de la MPC en la Gestión Pública”

Méndez (2012) en su tesis de maestría "Implantación del modelo EFQM y su impacto en la competitividad de la empresa: un análisis de casos de empresas localizadas de Asturias, España", tuvo como objetivo: “analizar el proceso de implantación del modelo EFQM, así como las dificultades y ventajas obtenidas de la aplicación de las mismas”, la metodología empleada fue la exploratoria, descriptiva y explicativa, en su “conclusión final señala que el análisis de casos realizado nos permite afirmar que el modelo EFQM es un modelo de excelencia en la gestión que permite a las empresas mejorar su competitividad. Esto se muestra en épocas de crisis donde estas empresas parecen estar mejor preparadas para afrontarla. En cualquier caso las mejoras en ámbitos diversos de la gestión son innegables y se hacen patentes y tangibles”.

Suárez (2017) en su tesis doctoral "Análisis estructural del modelo EFQM de excelencia: el papel mediador de la gestión por procesos y la planificación estratégica de Sevilla, España", tuvo como objetivos: “(1) Analizar el poder predictivo, la fiabilidad y la validez del Modelo EFQM para medir el grado de excelencia de una organización. (2) Profundizar en el conocimiento de cómo están relacionados los agentes del Modelo EFQM entre sí y cómo a través de la gestión de los procesos la organización puede obtener mejores resultados (efecto mediador de la gestión por procesos en el sistema de gestión). (3) Identificar qué factores son más importantes o influyentes a la hora de gestionar con excelencia y obtener mejores resultados”; utilizó la metodología descriptiva exploratoria; en su conclusión señala que “las organizaciones excelentes deben diseñar, gestionar y mejorar sus procesos clave para satisfacer y generar cada vez más valor para sus partes interesadas. Los resultados de estas acciones de diseño y gestión y la orientación de los procesos a las partes interesadas es que la organización mejora sus resultados en personas, clientes, propietarios o sociedad en general. La relación positiva y significativa entre procesos y resultados, así como el alto poder predictivo y validez predictiva son aspectos confirmados en la investigación”.

El estudio y análisis de los trabajos previos permiten plantear e implementar convenientemente un modelo de autoevaluación y gestión de calidad basado en el Modelo EFQM, para su aplicación en del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

Aportaciones de la Teoría de William Edwards Deming

Los aportes fundamentales de Deming, son “los Catorce Puntos y Siete Pecados Mortales, las compañías estarían en posición de mantenerse a la par con los constantes cambios del entorno económico” (Biblioteca AMA, 2018).

Los catorce puntos para la gestión de la calidad

De acuerdo a la búsqueda bibliográfica la Biblioteca AMA (2018) indica que los catorce puntos para la gestión de calidad sirven en cualquier parte, en las pequeñas organizaciones como en las más grandes, en las empresas de servicios, son los siguientes:

1. “Crear constancia en el propósito de mejorar el producto y el servicio
2. Adoptar la nueva filosofía
3. Dejar de depender de la inspección en masa para lograr calidad
4. Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio solamente.
En vez de ello minimizar los costos totales trabajando con un solo proveedor.
5. Mejorar constante y continuamente todos los procesos de planificación, producción y servicio
6. Implantar la formación en el trabajo.
7. Adoptar e implantar el liderazgo.
8. Desechar el miedo
9. Derribar las barreras entre las áreas de staff
10. Eliminar los slogans, exhortaciones y metas para la mano de obra

11. Eliminar los cupos numéricos para la mano de obra y los objetivos numéricos para la dirección
12. Eliminar las barreras que privan a las personas de sentirse orgullosas de su trabajo. Eliminar la calificación anual o el sistema de méritos.
13. Estimular la educación y la auto mejora de todo el mundo
14. Poner a trabajar a todas las personas de la empresa para conseguir la transformación”.

Las siete enfermedades mortales

1. “Falta de constancia en el propósito. .
2. Énfasis sobre las ganancias a corto plazo; un pensamiento de corto alcance.
3. Evaluaciones anuales de performance.
4. Movilidad de los puestos ejecutivos; cambio de empleo.
5. Utilice cifras tangibles sólo para los ejecutivos.
6. Los excesivos costes por salud.
7. Los excesivos costes por responsabilidad civil”.

Aportes de la teoría DE Phillip B. Crosby

Entre ellos son los pasos para el mejoramiento de la calidad y los absolutos de la administración de la calidad.

Los 14 pasos de Crosby, para el mejoramiento de la calidad.

Tomando lo planteado por Biblioteca AMA (2018) tenemos:

“Compromiso en la dirección, Equipos de mejoramiento de la calidad, Medición de la calidad, Evaluación del costo de la calidad, Concientización de la calidad, Equipos de acción correctiva, Comités de acción, Capacitación, Día cero defecto, Establecimiento de metas, Eliminación de la causa de error, Reconocimiento, Consejo de calidad, Repetir el proceso de mejoramiento de calidad”.

Los absolutos de la administración de la calidad

1. “Calidad significa conformidad con los requerimientos. Si usted pretende hacerlo bien la primera vez, todos deben saber de qué se trata.
2. La calidad surge de la prevención. La “vacunación” es el método para prevenir la enfermedad empresarial. La prevención se logra a través de la capacitación, la disciplina, el ejemplo y el liderazgo, entre otras cosas.
3. El estándar de calidad son los “cero defectos” (o sin defectos). Los errores no se deberían tolerar. Los errores no se toleran en la administración financiera, ¿por qué habrían de tolerarse en la producción?
4. La medición de la calidad es el precio de la no conformidad”.

Aportes de la Teoría Richard J. Schonberger

Según Chocano (2014) se dan 7 claves para que una empresa sea de clase mundial, esto implica una serie de características que contribuyen a mejorar la calidad. Entre las cuales podemos mencionar.

1. “Reducir los tiempos de entrega (Lead Times).
2. Reducir los costos de operación.
3. Reducir el tiempo de lanzamiento de los productos al mercado.
4. Exceder las expectativas del cliente.
5. Incrementar la sub-contratación de servicios de terceros.
6. Administrar la empresa global.
7. Mejorar la visibilidad de la compañía”.

Partida para la excelencia en la fabricación

Según Rojas (2003) “el Modelo EFQM de Excelencia es un modelo que sirve para impulsar y estimular la mejora continua, y permite obtener una visión general de tus fortalezas actuales y oportunidades de crecimiento de la organización”. Entre sus principales características tenemos:

1. “Llegue a conocer al consumidor
2. Rebaje la producción en proceso.
3. Rebaje los tiempos de flujos.
4. Rebaje los tiempos de preparación y de cambios.
5. Aumente la frecuencia de hacer/entregar para cada artículo requerido.

6. Rebaje el número de proveedores a unos pocos buenos.
7. Rebaje la cantidad de números de piezas.
8. Haga que sea fácil fabricar el producto sin errores.
9. Arregle el lugar de trabajo para eliminar tiempos de búsquedas.
10. Realice un entrenamiento cruzado para dominar más de una tarea.
11. Registre y conserve en el lugar de trabajo datos sobre producción, calidad y problemas.
12. Asegurase de que el personal de línea sea el primero en intentar la solución del problema antes
13. que los expertos.
14. Mantenga y mejore el equipo existente y la fuerza de trabajo humano antes de pensar en nuevos equipos.
15. Busque equipo sencillo, barato y fácil de mover de lugar.
16. Busque tener estaciones de trabajo, maquinas, celdas y líneas múltiples en lugar de únicas, para cada producto.
17. Automatice en forma incremental, cuando no se pueda reducir de otra forma la variabilidad del proceso”.

La teoría del modelo EFQM

En “1988 fue creada la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) siendo una organización sin ánimo de lucro formada por 14 organizaciones europeas (Bosch, BT, Bull, Ciba-Geigy, Dassault, Electrolux, Fiat, KLM, Nestlé, Olivetti, Philips, Renault, Sulzer y Volkswagen)”. “En 1989 fue establecido la misión, visión y objetivos del EFQM y se comienzan los trabajos de desarrollo del Modelo Europeo de Calidad. Además. En 1991 nace el Modelo de Excelencia EFQM y se lanza el primer Premio Europeo de Calidad para empresas” (Buenas tareas, 2013).

“En 1992 se presenta el Premio Europeo de Calidad. En 1995 se adapta el Modelo y lanza el Premio Europeo para el sector público. En 1996 se simplifica el Modelo y lanza el Premio Europeo para pymes y Unidades operativas”. (Buenas tareas, 2013).

“En 2000 crece el número de miembros del EFQM hasta 700. En 2003 se actualiza el Modelo de Excelencia. En 2005 se lanza el sistema para la presentación de memorias y evaluación para el Premio EFQM a la Excelencia (EEA)” (Buenas tareas, 2013).

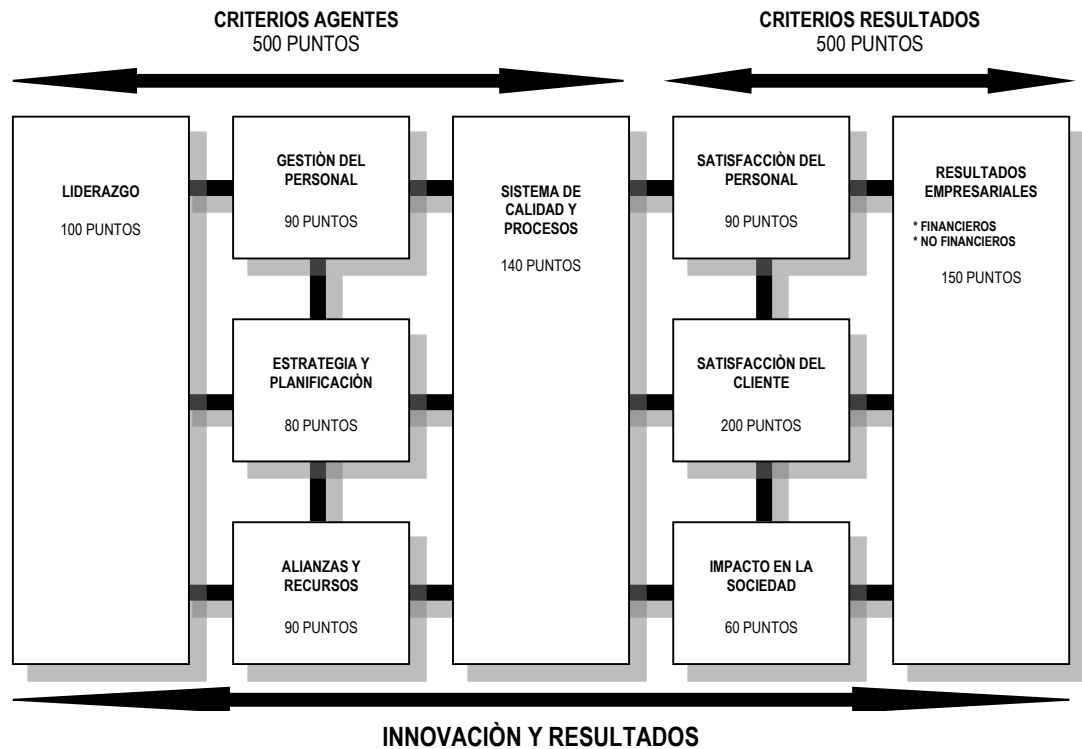
“El modelo de la EFQM ha sido diseñado para aplicarse a cualquier tipo de organización, independientemente de su tamaño, del país en que realice sus actividades, o de su experiencia en Gestión de Calidad Total (TQM).” (Najera, 2014).

Los criterios se agrupan en dos clases

De acuerdo a la búsqueda bibliográfica Prado (2010) menciona los siguientes criterios para las mejoras continuas.

- Los criterios Agentes, son los facilitadores que” reflejan cómo la organización actúa. Aunque el modelo no es prescriptivo, cada Agente se descompone en cierto número de subcriterios y todos deben tenerse en cuenta. Cada subcriterio es complementado por una lista de áreas a tratar”. “No existe ningún requisito para tener en cuenta a todas las áreas que se tratan, sino sólo aquellas que sean aplicables a la organización. Además, pueden introducirse otras áreas. La elección depende de la organización que lleva a cabo la autoevaluación y de aquello que tenga especial importancia para sus actividades” (Najera, 2014).
- “Los criterios Resultados hacen referencia de lo que ha alcanzado la organización y de lo que está alcanzando. Los resultados de la organización y la tendencia de todos los Criterios de los Resultados deben tratarse en términos de: lo conseguido realmente por la organización y los propios objetivos de la organización; y, si es posible los resultados de la competencia y los resultados de aquellas organizaciones "mejores de la clase” (Najera, 2014).

Figura 1:
Esquema de los Criterios del Modelo EFQM



“A través de la autoevaluación el modelo EFQM pretende una gestión más eficaz y eficiente. La identificación de los puntos fuertes y débiles aplicados a diferentes ámbitos de la organización es el punto de partida para el proceso de mejora continua.

“Se trata de un modelo no normativo, cuyo concepto fundamental es la autoevaluación basada en un análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando como guía los criterios del modelo” (Prado, 2010).

1.4. Formulación del Problema.

¿Qué efecto tiene la autoevaluación basada en el Modelo EFQM para la mejora continua en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD año 2016?

1.5. Justificación

Al formular una propuesta de autoevaluación y plan de mejora continua en Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.

Así como tiene relevancia en los siguientes aspectos:

- a) **Relevancia Científico - Social**, porque tendremos nuevos conocimientos en relación al desarrollo de las labores realizadas en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD; que puede servir de base para la toma de decisiones tendientes al mejoramiento de los sistemas de control del sector público y ser incluidos en sus planes institucionales.
- b) **Relevancia Académica**, los resultados de la investigación sirven como antecedente para otros investigadores que estén interesados en profundizar y/o complementar el tema tratado, y a la vez puedan mejorarlas en sus futuras tesis.
- c) **Relevancia Práctico Institucional**, porque se valoran a los directivos y trabajadores por sus funciones y desempeño laboral; para que tomen decisiones de mejora continua en los aspectos deficientes y fortalecer a los aspectos positivos.

1.6. Hipótesis.

Teniendo en cuenta lo planteado por Hernández, Zapata, Mendoza (2013) considera:

Que no en todas las investigaciones se formulan hipótesis. El hecho de que plantees o no hipótesis depende de un factor esencial: el alcance inicial de tu estudio. Las investigaciones que establecen hipótesis son únicamente aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional o explicativo o las que tienen un alcance descriptivo, pero que intentan pronosticar una cifra, valor o hecho. (p.84)

De acuerdo al tipo de investigación que se plantea en el presente informe, y en relación a lo planteado en el acápite anterior no se ha considerado hipótesis, toda vez que la investigación es de tipo descriptivo - propositivo.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo General:

Formular una propuesta de autoevaluación basado en el modelo EFQM para la mejora continua en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD.

1.7.2. Objetivos Específicos:

1. Diagnosticar los criterios de liderazgo, personal, planificación, recursos y procesos desarrollados en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD, a través de la autoevaluación según modelo EFQM.
2. Elaborar la propuesta del plan de mejora de gestión para el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de Essalud.
3. Validar la propuesta del plan de mejora en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD.

II. MÉTODO.

2.1. Diseño de Investigación.

El propósito de los estudios descriptivos. Según Hernández (2010) “Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

El valor descriptivo, según Hernández (2010), señala que: “Es útil para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación”.

En esta tesis de maestría se considera que es de carácter descriptivo por cuanto la autoevaluación permite investigar los factores que determina como está actualmente el funcionamiento de la organización y cómo podemos establecer propuestas de mejora continua en las funciones directivas y operativas de la institución.

El diagrama que le corresponde se resume en el siguiente esquema:

M ----- O -----P

Donde:

M: Representa la muestra de la cual se recogió información para el estudio.

O: Representa la información sobre la investigación.

P: Propuesta a la situación estudiada.

2.2. Variables, operacionalización.

a) Variable independiente: *La Autoevaluación basada en el Modelo EFQM*

Es un diagnóstico, hecho por la entidad, para la reflexión de como realmente se encuentra su gestión en un periodo determinado. Para esto se utilizan los criterios del Modelo EFQM, por ser un marco relacionado a la gestión de cómo es la entidad. Además permite medir como avanza, proyectar sus objetivos de mejora continua y compararse con otra entidad similar, siendo objetivos en la evaluación con las empresas o entidades similares. (Chocano, 2014).

b) Variable dependiente: *mejora continua*

“Son los procesos orientados a mejorar los servicios y procesos de una entidad u organización, es necesario una autoevaluación de los procesos de cómo se están llevando a cabo para ello se incluyen acciones correctivas y preventivas del personal o los usuarios clientes para conseguir calidad total, esto se logra con la autoevaluación y realizar acciones correctivas con los puntos débiles para fortalecerlos” (Prado, 2010).

Definición operacional

a) Variable independiente: *La Autoevaluación basada en el Modelo EFQM.*

Este Modelo se concreta operacionalmente en nueve (9) criterios o dimensiones:

Cinco dimensiones denominados agentes: liderazgo, planificación estratégica, gestión de personal, alianzas estratégicas y procesos

Cuatro dimensiones denominadas Resultados: satisfacción de usuarios, satisfacción del personal, impacto en la sociedad y resultados claves de la institución

b) Variable dependiente: *mejora continua.*

Para la mejora continua se deben analizar las siguientes dimensiones:

Dimensión de Dirección: liderazgo y manejo de conflictos

Dimensión del Planeamiento: plan estratégico, presupuesto institucional y plan anual de control.

Dimensión de Organización: sistema de comunicación y trabajo en equipo

Dimensión de Control: control previo, control simultáneo y control posterior.

Tabla 1
Operacionalización de variables

Variable Independiente	Categorías	Dimensiones	Indicador	Ítem Pregunta
La Autoevaluación basada en el Modelo EFQM	Criterios	Liderazgo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Involucramiento en la gestión de la calidad. 2. Cualidad para ser accesible y escucha al personal 3. Apoya las mejoras e involucra a todos 4. Ayuda en la definición de prioridades en las actividades 5. En el momento oportuno toma las decisiones adecuadas que le competen 6. Entre sus prioridades la atención a los usuarios que denuncian irregularidades 7. Toma iniciativas para la planificación de servicios de control. 8. Reconoce y valora los esfuerzos de las personas implicadas. 	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.
		Planificación y Estrategia	<ol style="list-style-type: none"> 9. La elaboración del Plan Anual de Control se ha realizado tras el análisis de las necesidades y expectativas de los ciudadanos. 10. Existe una cultura de evaluación sistemática de la planificación de los servicios de control programados en el Plan Anual de Control 11. Coherencia entre la planificación y las estrategias establecidas 12. Cultura de evaluación sistemática de la planificación y estrategias definidas 	9, 10, 11 y 12
		Gestión de Personal	<ol style="list-style-type: none"> 13. La formación del personal corresponde a las necesidades 14. Se potencian iniciativas de innovación 15. Se han establecido procedimientos para involucrar al personal a la capacitación 16. Se reconoce y valora el trabajo, la aportación y el esfuerzo de mejora del personal 	13, 14, 15 y 16

		Recursos y Alianzas	<p>17. Los recursos tecnológicos y logísticos asignados responden a las necesidades</p> <p>18. Establece adecuadas relaciones con la sede Central para su planificación estratégica</p> <p>19. Realiza innovaciones en coordinación con la Sede Central para identificar nuevas oportunidades.</p> <p>20. Promueve y potencia la innovación en el Control</p>	17, 18, 19 y 20	
		Procesos	<p>21. Las demandas de la sociedad son recogidas en su planificación</p> <p>22. Tiene designados con claridad las tareas y se le asigna adecuadamente a los responsables.</p> <p>23. Los objetivos de mejora se establecen a partir de la información recibida</p> <p>24. Promueve entre el personal la innovación para mejorar los procesos</p>	20, 21, 22, 23 y 24	
	Resultados	Satisfacción de usuarios	<p>25. Tiene en cuenta cómo perciben los asegurados en sus aspectos más importantes</p> <p>26. Los usuarios asegurados están informados</p> <p>27. Compara sistemáticamente el grado de satisfacción de los asegurados con el</p> <p>28. Actúa sobre las áreas oportunas en función del grado de satisfacción de los asegurados</p>	25, 26, 27 y 28	
		Satisfacción del personal	<p>29. Mide periódicamente como percibe el personal los aspectos tales como: condiciones de trabajo, nivel de comunicación.</p> <p>30. Mide los factores que influyen en la satisfacción de su personal y su motivación.</p> <p>31. El personal está informado de los resultados de los anteriores procesos</p> <p>32. Actúa sobre las áreas que se requieren mayor atención.</p>	29, 30, 31 y 32	
		Impacto en la Sociedad	<p>33. Hace mediciones relacionadas con su impacto en la sociedad</p> <p>34. Los usuarios están informados sobre los resultados de las evaluaciones.</p> <p>35. Compara con otros su nivel de impacto en la sociedad.</p> <p>36. Establece programas de impacto en la sociedad en función de los resultados obtenidos.</p>	33, 34, 35 y 36	
		Resultados claves de la Institución	<p>37. Se conocen, se evalúan y se valoran los resultados de la de la gestión.</p> <p>38. Se mide, se conoce y se valora la obtención de los objetivos fijados.</p> <p>39. Se miden, se conocen y se valoran los resultados de los procesos de planificación</p> <p>40. Se miden, se conocen y se valoran los resultados relativos a la gestión del personal</p>	37, 38, 39 y 40	
	Variable Dependiente	Categorías	Dimensiones	Indicador	Ítem Pregunta
	Mejora continua	Criterios	Liderazgo y manejo de conflictos	<p>1. Involucramiento en la gestión de la calidad.</p> <p>2. Cualidad para ser accesible y escucha al personal</p>	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,

			<p>3. Apoya las mejoras e involucra a todos</p> <p>4. Ayuda en la definición de prioridades en las actividades</p> <p>5. En el momento oportuno toma las decisiones adecuadas que le competen</p> <p>6. Entre sus prioridades la atención a los usuarios que denuncian irregularidades</p> <p>7. Toma iniciativas para la planificación de servicios de control.</p> <p>8. Reconoce y valora los esfuerzos de las personas implicadas.</p> <p>9. La formación del personal corresponde a las necesidades</p> <p>10. Se potencian iniciativas de innovación</p> <p>11. Se han establecido procedimientos para involucrar al personal a la capacitación</p> <p>12. Se reconoce y valora el trabajo, la aportación y el esfuerzo de mejora del personal</p>	13, 14, 15 y 16
		Plan estratégico	<p>13. Coherencia entre la planificación y las estrategias establecidas</p> <p>14. Cultura de evaluación sistemática de la planificación y estrategias definidas</p> <p>15. Entabla adecuadas relaciones con la sede Central para su planificación estratégica</p> <p>16. Las demandas de la sociedad son recogidas en su planificación</p> <p>17. Los objetivos de mejora se establecen a partir de la información recibida</p>	11, 12, 18, 21 y 23
		Presupuesto Institucional y Plan Anual de Control	<p>18. La elaboración del Plan Anual de Control se ha realizado tras el análisis de las necesidades y expectativas de los ciudadanos.</p> <p>19. Existe una cultura de evaluación sistemática de la planificación de los servicios de control programados en el Plan Anual de Control</p> <p>20. Los recursos tecnológicos y logísticos asignados responden a las necesidades</p>	9, 10 y 17
		Sistemas de comunicación y trabajo en equipo	<p>21. Realiza innovaciones en coordinación con la Sede Central para identificar nuevas oportunidades.</p> <p>22. promueve y potencia la innovación en el Control</p> <p>23. Tiene designados con claridad las tareas y se le asigna adecuadamente a los responsables.</p> <p>24. Promueve entre el personal la innovación para mejorar los procesos</p>	19, 20, 22 y 24
		Control Previo	<p>25. Realiza actividades de control previo para prevenir posibles riesgos pudieran afectar a la entidad.</p> <p>26. Actúa sobre las áreas oportunas en función a los asegurados.</p>	37, 38 y 39

			27. Evalúa los resultados de las acciones realizadas por la gestión para mitigar los riesgos.	
		Control simultaneo	28. Realiza actividades de control simultáneo para alertar de posibles riesgos que pudieran afectar a la entidad. 29. Actúa sobre las áreas que se requieren mayor atención. 30. Evalúa los resultados de las acciones realizadas por la gestión para mitigar los riesgos.	37, 38 y 39
		Control Posterior	31. Realiza actividades de control posterior para evaluar las actividades administrativas realizadas por la entidad. 32. Se determina el grado de cumplimiento de la normativa en las actividades de control posterior. 33. La administración está informada sobre los resultados de los controles posteriores 34. Se evalúan y se valoran los resultados de las medidas correctivas realizadas por la gestión.	37, 38, 39 y 40

Fuente: Elaboración del Variables de hipótesis.

2.3. Población y muestra.

Población.

Según el autor Carrasco (2009), define a la población como: “el conjunto de todos los elementos (unidades de análisis) que pertenecen al ámbito especial donde se desarrolla el trabajo de investigación” (pp. 236 – 237).

Para la muestra de la investigación estuvo conformada por todo el personal auditor que labora en el Órgano de Control Institucional de la red Asistencial Lambayeque, conforme se detalla a continuación:

Tabla 2
Población y muestra en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD

Personal	Total
Audidores	9
TOTAL	9

Fuente: Cuadro de Asignación de Personal (CAP) del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD

Muestra:

Para esta investigación se ha tenido en cuenta la muestra no probalística a criterio del investigador.

Carrasco (2009) señala que “universo es el conjunto de elementos –personas, objetos, sistemas, sucesos, entre otras- finitos e infinitos, a los pertenece la población y la muestra de estudio en estrecha relación con las variables y el fragmento problemático de la realidad, que es materia de investigación”.

Para la investigación actual se ha tenido en cuenta la totalidad de la población que son en total nueve (9) personas.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.**2.4.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizará las siguientes técnicas:

Carrasco (2005), la técnica es: “conjunto de reglas y pautas que guían las actividades que realizan los investigadores” (p.274).

Según Autores Arias Fideas (2004) señala que “el cuestionario es una modalidad de encuesta. Se realiza de forma escrita con serie de preguntas”. (p.72)

Hurtado (2000) señala que “el cuestionario es una serie de preguntas relativas a una temática, para obtener información”. (p. 469)

El instrumento para recoger los datos implica utilizar uno adecuado que permita medir y que esté de acuerdo con lo que estamos desarrollando en la tesis, debiendo ser confiable y válido.

En esta investigación se utiliza el cuestionario. Según Hurtado (2000:469) un cuestionario “es un instrumento que agrupa una serie de preguntas relativas a un evento, situación o temática particular, sobre el cual el investigador desea obtener información”.

El cuestionario es un instrumento de recopilación de un conjunto de preguntas elaboradas cuidadosamente sobre los hechos de la investigación para su contestación por la muestra del estudio emprendido.

El cuestionario de cuarenta (40) preguntas del presente trabajo de investigación elige una de las cuatro categorías presentadas, las cuales se incrementan del 1 (menor) al 4 (mayor), Cuya escala de intervalo será la siguiente:

- 1= No se ha realizado ningún avance
- 2 = Hay cierto avance
- 3 = Hay un avance significativo
- 4 = Objetivo, solución o resultado logrado

De otra parte la encuesta es una técnica destinada a obtener información primaria en en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD

2.4.2. Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos.

Validez del Instrumento

Según Rusque M (2003) “la validez representa la posibilidad de que un método de investigación sea capaz de responder a las interrogantes formuladas” (p.134).

Para Pino (2007) “la validez de un instrumento la podemos definir como el grado en que la calificación o resultado del instrumento realmente refleja lo que estamos midiendo”

Para Mendoza (2013) define como “el hecho de que una prueba sea de tal manera concebida, elaborada y aplicada y que mida lo que se propone medir”

Los procedimientos de juicio de expertos se llegaron a establecer que son los más adecuados en sus categorías, por lo que el coeficiente de validez es el adecuado. El autor Mendoza (2013) señala que: “este coeficiente de validez nos indica que el referido instrumento tiene validez es decir tiene relación de los ítems, con la variable, dimensión, por lo que se le recomienda aplicar el instrumento”.

Confiabilidad del instrumento

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006), “la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales (consistentes y coherentes)”.

Pino (2007) la confiabilidad es “estabilidad de los resultados, o de las calificaciones obtenidas en el instrumento”.

Carrasco (2009) cita a Neil Salkind (1997) “algo que es confiable, funciona en el futuro como lo hecho en el pasado. Una prueba o medida, puede medir la misma cosa más de una vez y producirá los mismos resultados”.

En esta investigación se utilizó el alfa de Cronbach que va del 0 al 1, con los niveles de confiabilidad siguientes:

- De 0.0 a 0.19 = muy débil.
- De 0.20 a 0.39 = débil.
- De 0.40 a 0.59 = moderado.
- De 0.60 a 0.79 = fuerte.
- De 0.80 a 1.00 = muy fuerte

La ecuación del alfa de Cronbach es la siguiente:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_k^2}{S_T^2} \right)$$

Donde:

k = número de ítems.

$\sum S_k^2$ = sumatoria de varianzas de los ítems

S_T^2 = varianza de la suma de los ítems.

α = coeficiente de alfa de Cronbach

Tabla 3
Calculo de estadísticos de fiabilidad mediante Alfa de Cronbach

Variable	Alfa de Cronbach	Número de elementos
Autoevaluación mediante modelo EFQM	0.75	40

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores de la entidad ESSALUD

En esta investigación se encuentra en el nivel de confiabilidad entre el 0.60 a 0.79 que corresponde a un nivel fuerte, los cuales se detallan en los anexos.

2.5. Métodos de análisis de datos.

Para el análisis de los datos se consideró lo siguiente:

Se utilizó la estadística descriptiva a través de la distribución de frecuencias: Esto implica “un conjunto de puntuaciones presentadas en una tabla de manera ordenada, sus características definidas por el investigador” (Mejía, 2010).

Elaboración de cuadros: Los instrumentos tabulados nos permitirán elaborar cuadros o tablas por cada uno de los instrumentos mediante el programa Excel.

2.6. Aspectos éticos.

Para la presente investigación se consideraron criterios como la objetividad, la honestidad, respeto de los derechos reservados de terceros que han realizado investigaciones similares a la presente, respetándose las autorías de los maestrantes y doctorandos, para lo cual se han citado las fuentes.

Se ha considerado la coherencia en el desarrollo de las etapas del proceso de investigación se ha considerado la calidad de la investigación, el respeto a las personas involucradas como resultado de la recopilación de la información, obtenida en la entidad.

Los resultados son prudentes, seguros y beneficiosos para las personas y grupos involucrados en la presente investigación.

III.RESULTADOS

3.1. Descripción de los Resultados.

Los cuestionarios de autoevaluación fueron elaborados en relación a “los criterios agentes y los criterios resultados del Modelo EFQM”, debidamente adecuados a la realidad de la institución materia de investigación. El cuestionario ha sido validado por el grupo de profesionales que laboran en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD. Esto es posible por su sencillez, entendimiento y recopilación adecuada de la información requerida.

Para la validación del cuestionario de autoevaluación se seleccionaron al total de nueve (9) profesionales que laboran en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.

De la aplicación previa del cuestionario, se pudo precisar lo siguiente:

- a) Fue considerado con algún grado de complejidad la redacción de la valoración de las respuestas y la redacción de algunas preguntas formuladas, especialmente para los auditores.
- b) Algunos auditores y profesionales tuvieron dudas en algunas de las preguntas formuladas por desconocimiento del Modelo de Calidad EFQM.

Se plantearon las siguientes acciones para garantizar la validación de los cuestionarios:

- a) Asesoramiento y monitoreo por parte del responsable de la investigación a los auditores que participaron en el proceso de autoevaluación. Asimismo, se comunicó la finalidad de la aplicación de los cuestionarios.
- b) Reformulación de la redacción de algunas preguntas del cuestionario, según grupo investigado y de las valoraciones consideradas como respuesta.

3.2. Interpretación de Resultados de la aplicación del Cuestionario.

Para la interpretación de los resultados de la autoevaluación se ha utilizado la valoración asignada a las preguntas planteadas en los cuestionarios, como a continuación se indica:

Tabla 4

Cuadro de Equivalencias de Valores para la Interpretación de Resultados

Valores	Grado de Avance	Equivalencia
V1	0%	No se ha realizado ningún avance
V2	33%	Hay cierto avance
V3	67%	Hay un avance significativo
V4	100%	Objetivo, solución o resultado logrado

El cuestionario ha sido elaborado en base a los nueve (9) criterios del Modelo EFQM:

a) *“Criterios Agentes:*

1. *Liderazgo*
2. *Planificación y Estrategias*
3. *Gestión de Personal*
4. *Recursos*
5. *Procesos”*

b) *“Criterios Resultados:*

6. *Satisfacción al Cliente*
7. *Satisfacción del Personal*
8. *Impacto en la Sociedad y*
9. *Resultados”*

Los resultados de la investigación de presentan de acuerdo al objetivo general y específico.

a) Objetivo específico N° 01

Diagnosticar las funciones directivas y operativas que actualmente son desarrolladas en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD, a través de la autoevaluación según modelo EFQM.

1. Liderazgo.

En este criterio se indica que el subgerente del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD se involucra en la gestión de la calidad teniendo existiendo un cierto avance.

El jefe de la Oficina del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD no involucra equitativamente a su personal en asuntos de la Institución, lo que indica que este punto debe mejorarse.

Así también al jefe de la Oficina del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD ayuda poco en la definición de prioridades en las actividades institucionales, lo que indica que este punto debe mejorarse.

En la toma de decisiones adecuadas que le competen al jefe de la Oficina del Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD está en un nivel de logro que debe mejorarse.

Respecto a si el jefe de la Oficina del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD tiene entre sus prioridades la atención a los usuarios asegurados está en un cierto avance.

El jefe de la Oficina del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD en cuanto a la toma de iniciativas para la elaboración de los proyectos y planificación, y si este reconoce los esfuerzos a sus colaboradores implicados en la planificación y estrategias de la institución, es un punto que debe mejorarse.

A continuación se tabulan e interpretan los datos de este componente producto de la aplicación del cuestionario del Modelo EFQM de acuerdo a las estadísticas que arroja.

Tabla 05

Involucramiento del jefe de oficina en la gestión de calidad.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	2	22%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	5	56%	67%	37%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
	Promedio de Avance ==>			45%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 45% de nivel logrado por parte del jefe de oficina de control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD como indicador que en ese porcentaje se ha involucrado en la gestión de la calidad del Órgano de Control Institucional, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 06

Cualidad del jefe de oficina para ser accesible y escucha al personal.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	2	22%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	5	56%	67%	37%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
	Promedio de Avance ==>			45%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 45% de nivel logrado por parte del jefe de oficina de control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD en cuanto a su cualidad de accesibilidad y de escucha al personal, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 07

El jefe de oficina apoya las mejoras e involucra a todos los trabajadores.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	3	33%	0%	0%
V2	3	33%	33%	11%
V3	3	33%	67%	22%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				33%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 33% de nivel logrado por parte del jefe de oficina de control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD en cuanto a la predisposición para apoyar las mejoras e involucrar a todos en las labores, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 08

El jefe de oficina apoya en la definición de las actividades a realizarse

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	4	44%	0%	0%
V2	3	33%	33%	11%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				26%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 26% del nivel logrado por parte del jefe de oficina de control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD en cuanto a si este ayuda a la definición de prioridades en las actividades, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 09

El jefe de oficina toma las decisiones adecuadas que garanticen el óptimo trabajo.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	4	44%	0%	0%
V2	3	33%	33%	11%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				26%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 26% del nivel logrado por parte del jefe de oficina de control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD en cuanto a si este toma decisiones adecuadas que le competen en el momento oportuno, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 10

El jefe de oficina tiene entre sus prioridades la atención a los usuarios que denuncian irregularidades.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	2	22%	0%	0%
V2	3	33%	33%	11%
V3	4	44%	67%	30%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				41%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 41% del nivel logrado por parte del jefe de oficina de control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD en cuanto a si este tiene entre sus prioridades la atención a los usuarios que denuncian irregularidades, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 11

El jefe de oficina toma iniciativas para la planificación de servicios de control.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				22%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 22% del nivel logrado por parte del jefe de oficina de control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD en cuanto a si este toma iniciativas para la planificación de servicios de control en el órgano de Control Institucional, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 12

El jefe de oficina reconoce y valora los esfuerzos de los trabajadores implicadas en la planificación de las actividades a ejecutar.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				22%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 22% del nivel logrado por parte del jefe de oficina de control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD en cuanto a si este reconoce y valora los esfuerzos de las personas implicadas en la planificación de servicios de control, según la opinión de nueve (9) auditores.

2. Planificación Estratégica.

En este criterio se indica que la elaboración del Plan Anual de Control del órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque, no se ha realizado tras el análisis de las necesidades y expectativas de los usuarios. Así como tampoco hay una cultura de evaluación sistemática de la planificación de los servicios de control programados en el Plan Anual de Control. Siendo puntos débiles que merecen ser mejorados.

En cuanto a la coherencia en la planificación y estrategias establecidas por el órgano de Control Institucional, en el Plan Anual de Control se evidencia cierto avance, siendo un punto fuerte. De otra parte respecto a la planificación teniendo en cuenta las expectativas y demandas de los usuarios hay poco avance, lo cual es un punto débil.

A continuación se tabulan e interpretan los datos de este componente producto de la aplicación del cuestionario del Modelo EFQM de acuerdo a las estadísticas que arroja.

Tabla 13

La elaboración del Plan Anual de Control tiene en cuenta las necesidades de los ciudadanos.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	6	67%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	1	11%	67%	7%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				15%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 15% del nivel logrado en cuanto a la elaboración del Plan Anual de Control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD si este se ha realizado tras el análisis de las necesidades y expectativas de los ciudadanos, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 14

Existe cultura de evaluación de la planificación del Plan Anual de Control.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				22%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 22% del nivel logrado en cuanto a la planificación de las actividades del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD si se ha tenido en cuenta las necesidades de los usuarios que se atienden en ESSALUD, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 15

Coherencia entre la planificación y las estrategias establecidas en el Plan Anual de Control.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	2	22%	0%	0%
V2	3	33%	33%	11%
V3	4	44%	67%	30%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				41%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 41% del nivel logrado en cuanto a la coherencia en la planificación y estrategias establecidas por el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD en el Plan Anual de Control, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 16

Evaluación de la planificación con las estrategias y actividades diseñadas en las acciones de control.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	3	33%	33%	11%
V3	1	11%	67%	7%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				18%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 18% del nivel logrado en cuanto a la existencia de una cultura de evaluación sistemática de la planificación y estrategias definidas en los servicios de control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, según la opinión de nueve (9) auditores.

3. Gestión de Personal.

En este criterio se aprecia un cierto avance respecto a los demás componentes, debido a que el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD cuenta con personal preparado para ejercer su función.

Respecto a si la formación del personal corresponde a las necesidades del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD es uno de los puntos fuertes. De otra parte poco se potencian iniciativas de innovación es un punto débil que debe mejorarse propiciando cursos de capacitación al personal auditor en la Escuela Nacional de Control. Existen

escasos procedimientos para involucrar al personal a la capacitación continua, el cual es un punto débil que merece mejorarse. Asimismo poco se reconoce y valora el trabajo, la aportación y el esfuerzo de mejora del personal.

A continuación se tabulan e interpretan los datos de este componente producto de la aplicación del cuestionario del Modelo EFQM de acuerdo a las estadísticas que arroja.

Tabla 17

La formación del personal corresponde a las necesidades.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	2	22%	0%	0%
V2	3	33%	33%	11%
V3	4	44%	67%	30%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				41%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 41% del nivel logrado en cuanto a la formación del personal corresponde a las necesidades del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 18

Se potencian iniciativas de innovación de los trabajadores.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				22%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 22% del nivel logrado en cuanto a si se potencian iniciativas de innovación del personal del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 19

Existen procedimientos para involucrar al personal a la capacitación continua.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	3	33%	33%	11%
V3	1	11%	67%	7%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				18%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 18% del nivel logrado en cuanto a si se han establecido procedimientos para involucrar al personal del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD en la capacitación continua, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 20

Valoración del trabajo, la aportación y el esfuerzo de mejora del personal.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				22%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 22% del nivel logrado en cuanto a si se han reconocido y valorado el trabajo, la aportación y el esfuerzo de mejora del personal del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, según la opinión de nueve (9) auditores.

4. Recursos.

En este componente se aprecia que no ha existido avance, debido a que no se han adecuado correctamente los recursos tecnológicos del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.

Los encuestados indicaron que los recursos tecnológicos y logísticos asignados no responden a las necesidades de la institución como corresponden, lo cual es un punto que debe mejorarse. Así también en su planificación estratégica del Plan Anual de Control si ha establecido relaciones con la Sede Central siendo un punto fuerte. De otra parte falta promover y potenciar la innovación en el Control, siendo este un punto débil. Poco se promueve y potencia la innovación en el Control, que merece ser un punto de mejora.

A continuación se tabulan e interpretan los datos de este componente producto de la aplicación del cuestionario del Modelo EFQM de acuerdo a las estadísticas que arroja.

Tabla 21

Los recursos tecnológicos y logísticos asignados responden a las necesidades.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	7	78%	0%	0%
V2	1	11%	33%	4%
V3	1	11%	67%	7%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				11%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 11% del nivel logrado en cuanto a si los recursos tecnológicos y logísticos asignados responden a las necesidades del Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 22

Existen relaciones con la sede Central para su planificación estratégica.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	1	11%	0%	0%
V2	4	44%	33%	15%
V3	4	44%	67%	30%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				44%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 44% del nivel logrado en cuanto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD entabla relaciones con la sede Central para su planificación estratégica, según la opinión de nueve (9) auditores

Tabla 23

Existen innovaciones en coordinación con la Sede Central para identificar nuevas oportunidades.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	7	78%	0%	0%
V2	1	11%	33%	4%
V3	1	11%	67%	7%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				11%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 11% del nivel logrado en cuanto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD realiza

innovaciones en coordinación con la Sede Central para identificar nuevas oportunidades, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 24

Promoción y potenciación del personal por la innovación en el Control.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	4	44%	0%	0%
V2	1	11%	33%	4%
V3	4	44%	67%	30%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				33%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 33% del nivel logrado en cuanto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD promueve y potencia la innovación en el Control, según la opinión de nueve (9) auditores.

5. Los Procesos.

En este componente se aprecia que ha existido un poco avance, respecto a los procesos internos del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, debiendo potenciar la demanda de la sociedad y la innovación entre su personal auditor.

Los encuestados indicaron que el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD poco recoge las demandas de la sociedad y los toma en cuenta en su planificación de sus actividades, así como poco tiene designadas con claridad las tareas y casi no se asigna adecuadamente a los responsable. Los objetivos de mejora poco son establecidos a partir de la información recibida de los usuarios. Poco se promueve entre el personal la innovación para mejorar los procesos, por lo que estos son puntos débiles que deben mejorarse.

A continuación se tabulan e interpretan los datos de este componente producto de la aplicación del cuestionario del Modelo EFQM de acuerdo a las estadísticas resultantes.

Tabla 25

Las demandas de la sociedad son recogidas para la planificación.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				22%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 22% del nivel logrado en cuanto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD recoge las demandas de la sociedad y los toma en cuenta en su planificación de sus actividades, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 26

Se han designado con claridad las tareas y se les asigna adecuadamente a los responsables.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				22%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 22% del nivel logrado en cuanto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD tiene designados con claridad las tareas y se les asigna adecuadamente a los responsables, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 27

Los objetivos de mejora se establecen a partir de la información recibida de los usuarios.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				22%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 22% del nivel logrado en cuanto a si los objetivos de mejora se establecen a partir de la información recibida de los usuarios que se atienden en la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 28

Se promueve entre el personal la innovación para mejorar los procesos.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	3	33%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	4	44%	67%	30%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				37%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 37% del nivel logrado en cuanto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD promueve entre el personal la innovación para mejorar los procesos, según la opinión de nueve (9) auditores.

6. Satisfacción del Usuario.

En este componente se aprecia que existe poco avance, debiendo tomar especial atención a la percepción los usuarios (el asegurado) respecto a la Institución pública, por ser ellos los clientes y la razón de existir de las escuelas

Los encuestados indicaron que el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD poco tiene en cuenta como los usuarios perciben a ESSALUD en sus aspectos más importantes que inciden en la satisfacción al usuario, así como indicaron que usuarios casi no están informados de aquellos aspectos del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD que inciden en su satisfacción, casi poco compara sistemáticamente el grado de satisfacción de los usuarios con el de otros Órganos de Control institucional. De otro lado el Órgano de Control Institucional de ESSALUD actúa sobre las áreas oportunas en función del grado de satisfacción de los usuarios; lo cual ha tenido un cierto avance.

A continuación se tabulan e interpretan los datos de este componente producto de la aplicación del cuestionario del Modelo EFQM de acuerdo a las estadísticas que resultan

Tabla 29

Toma en cuenta cómo perciben los asegurados en sus aspectos más importantes.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				22%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 22% del nivel logrado respecto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD tiene en cuenta cómo perciben los asegurados en sus aspectos más importantes, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 30

Los usuarios asegurados están informados de los aspectos que inciden en su satisfacción.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				22%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 22% del nivel logrado respecto a si los asegurados están informados de aquellos aspectos del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD que inciden en su satisfacción, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 31

Compara sistemáticamente el grado de satisfacción de los asegurados.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				22%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 22% del nivel logrado respecto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD compara sistemáticamente el grado de satisfacción de los asegurados con el de otras Redes Asistenciales de ESSALUD, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 32

Se actúa sobre las áreas oportunas en función del grado de satisfacción de los usuarios teniendo como referencia las evaluaciones anteriores.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	2	22%	0%	0%
V2	3	33%	33%	11%
V3	4	44%	67%	30%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				41%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 41% del nivel logrado respecto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD actúa sobre las áreas oportunas en función del grado de satisfacción de los asegurados teniendo como referencia las evaluaciones anteriores, según la opinión de nueve (9) auditores.

7. Satisfacción del Personal de la Institución

En este componente se aprecia algún avance, debiendo tomar especial atención a la satisfacción del personal que labora en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, por ser ellos los recursos humanos y el capital humano de la Institución.

Los encuestados indicaron que el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD escasamente mide los factores que influyen en la satisfacción del personal tales como absentismo, nivel de formación, quejas, participación, etc. tampoco mide como percibe el personal

los aspectos tales como: condiciones de trabajo, nivel de comunicación, reconocimiento del trabajo, etc. Así también poco actúa sobre las áreas que se requieren mayor atención, lo cual debe ser punto a mejorar. De otra parte hay un cierto avance respecto a que el personal del está informado de los resultados de los anteriores procesos.

A continuación se tabulan e interpretan los datos de este componente producto de la aplicación del cuestionario del Modelo EFQM de acuerdo a las estadísticas que resultan.

Tabla 33

Se mide como percibe el personal las condiciones de trabajo, nivel de comunicación y reconocimiento del trabajo.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	6	67%	0%	0%
V2	1	11%	33%	4%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				19%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 19% del nivel logrado respecto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD mide periódicamente como percibe el personal los aspectos tales como: condiciones de trabajo, nivel de comunicación, reconocimiento del trabajo, etc., según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 34**Medición de los factores que influyen en la satisfacción de su personal y su motivación.**

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	6	67%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	1	11%	67%	7%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				15%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 15% del nivel logrado respecto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD mide los factores que influyen en la satisfacción de su personal y su motivación, tales como absentismo, nivel de formación, quejas, participación, etc., según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 35**El personal está informado de los resultados de los anteriores procesos.**

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	2	22%	0%	0%
V2	3	33%	33%	11%
V3	4	44%	67%	30%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				41%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 41% del nivel logrado respecto a si el personal del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD está informado de los resultados de los anteriores procesos., según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 36

Actuación en las áreas que se requieren atención en función de la tendencia mostrada por los resultados obtenidos de las evaluaciones.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	7	78%	0%	0%
V2	1	11%	33%	4%
V3	1	11%	67%	7%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				11%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 11% del nivel logrado respecto a si el personal del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD actúa sobre las áreas que se requieren mayor atención en función de la tendencia mostrada por los resultados obtenidos de las evaluaciones anteriores, según la opinión de seis (6) auditores.

8. Impacto en la Sociedad

En este componente se aprecia que ha existido un poco avance, debiendo tomar especial atención a la percepción los usuarios asegurados, por ser ellos los clientes y la razón de existir de las de ESSALUD.

Los encuestados indicaron que los usuarios asegurados escasamente están informados sobre los resultados de las evaluaciones que realiza el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD y se establecen pocos programas activos de impacto en la sociedad en función de los resultados obtenidos en las evaluaciones precedentes, por lo que debe darse importancia a este aspecto. Se aprecia con un poco avance respecto a que la Institución hace mediciones relacionadas con su impacto en la sociedad siendo un punto que se debe mejorar. Asimismo un cierto avance respecto a que compara sistemáticamente con otros Órganos de Control Institucional su nivel de impacto en la sociedad, siendo este un punto fuerte.

A continuación se tabulan e interpretan los datos de este componente producto de la aplicación del cuestionario del Modelo EFQM de acuerdo a las estadísticas que resultan

Tabla 37

Mediciones realizadas en la sociedad relacionadas a la atención de salud del asegurado.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	2	22%	33%	7%
V3	2	22%	67%	15%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				22%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 22% del nivel logrado respecto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD hace mediciones relacionadas con su impacto en la sociedad incidentes en salud del asegurado, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 38

Los usuarios están informados sobre los resultados de las evaluaciones.

Valores	N° Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	7	78%	0%	0%
V2	1	11%	33%	4%
V3	1	11%	67%	7%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				11%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 11% del nivel logrado respecto a si los usuarios están informados sobre los resultados de las evaluaciones del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 39

Comparación sistemática con otras oficinas similares sobre su nivel de impacto en la sociedad.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	2	22%	0%	0%
V2	3	33%	33%	11%
V3	4	44%	67%	30%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				41%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 41% del nivel logrado respecto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD compara sistemáticamente con otros Órganos de Control Institucional su nivel de impacto en la sociedad, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 40

Establecimiento de programas de impacto en la sociedad en función de los resultados obtenidos en las evaluaciones anteriores.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	7	78%	0%	0%
V2	1	11%	33%	4%
V3	1	11%	67%	7%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				11%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 11% del nivel logrado respecto a si el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD establece programas de impacto en la sociedad en función de los resultados obtenidos en las evaluaciones anteriores, según la opinión de nueve (9) auditores.

9. Valoración de Resultados de la Institución

En este componente se aprecia que existe algún avance, debiendo tomar especial atención a la percepción usuarios asegurados respecto a cómo perciben al Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, por ser ellos los usuarios y la razón de existir de ESSALUD.

Los encuestados indicaron que escasamente se conocen, se evalúan y se valoran los resultados de la gestión del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD así como poco se conoce y se valora la obtención de los objetivos fijados en los distintos planes y proyectos debiéndose dar importancia a estos criterios. Asimismo respecto a la medición, conocimiento y valoración a los resultados del proceso de planificación también merecen ser mejorados. De otro lado respecto a la medición, conocimiento y los resultados relativos a la gestión del personal, estando en un cierto nivel de logro.

A continuación se tabulan e interpretan los datos de este componente producto de la aplicación del cuestionario del Modelo EFQM de acuerdo a las estadísticas que resultan

Tabla 41

Se conocen, se evalúan y se valoran los resultados de la de la gestión.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	7	78%	0%	0%
V2	1	11%	33%	4%
V3	1	11%	67%	7%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		

Promedio de Avance ==>	11%
----------------------------------	------------

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 11% del nivel logrado respecto a si se conocen, se evalúan y se valoran los resultados de la de la gestión del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 42

Valoración de los objetivos fijados en los distintos planes y proyectos.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	4	67%	0%	0%
V2	2	33%	33%	11%
V3	0	0%	67%	0%
V4	0	0%	100%	0%
	6	100%		
Promedio de Avance ==>				11%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 11% del nivel logrado respecto a si se mide, se conoce y se valora la obtención de los objetivos fijados en los distintos planes y proyectos del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 43

Valoración de los resultados de los procesos de planificación.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	5	56%	0%	0%
V2	3	33%	33%	11%
V3	1	11%	67%	7%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				18%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 18% del nivel logrado respecto a si se miden, se conocen y se valoran los resultados de los procesos de planificación de los servicios de control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, según la opinión de nueve (9) auditores.

Tabla 44

Valoración de los resultados relativos a la gestión del personal.

Valores	Nº Personas Encuestadas (A)	% Personas Encuestadas (B)	Grado de Avance Equivalencia (C)	Promedio (B x C)/100%
V1	2	22%	0%	0%
V2	3	33%	33%	11%
V3	4	44%	67%	30%
V4	0	0%	100%	0%
	9	100%		
Promedio de Avance ==>				41%

Fuente: Cuestionario aplicado a trabajadores del OCI de Essalud

Interpretación:

Existe un 41% del nivel logrado respecto a si se miden, se conocen y se valoran los resultados relativos a la gestión del personal que labora en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, según la opinión de nueve (9) auditores.

3.3. Identificación de Puntos débiles o áreas de mejora

El análisis efectuado de la información recopilada y procesada nos permite determinar las debilidades en el Órgano de Control Institucional, siendo las siguientes en un total de veintiocho (28):

CRITERIO 1: LIDERAZGO

1. Existe poca ayuda en la definición de prioridades en las actividades por parte del subgerente del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.

2. En ocasiones no se toma decisiones adecuadas que le competen y en el momento oportuno, por parte del subgerente del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.
3. Deficiencias en la toma iniciativas para la planificación de servicios de control. Por parte del subgerente del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.
4. Poco se reconoce y valora los esfuerzos de las personas implicadas en la planificación de servicios de control por parte del subgerente del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.

CRITERIO 2: PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA

5. La elaboración del Plan Anual de Control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD escasamente se ha tenido en cuenta el análisis de las necesidades y expectativas de los usuarios.
6. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD en su planificación de sus actividades anuales poco ha tenido en cuenta las necesidades de los usuarios que se atienden en ESSALUD.
7. En el órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque existen deficiencias en la consolidación de una cultura de evaluación sistemática de la planificación y estrategias definidas en los servicios de control.

CRITERIO 3: GESTIÓN DE PERSONAL

8. En el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD poco se potencian iniciativas de innovación.
9. En el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD existen deficiencias en el establecimiento de procedimientos para involucrar al personal a la capacitación continua.

CRITERIO 4: RECURSOS

10. Los recursos tecnológicos y logísticos asignados responden poco a las necesidades del Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.
11. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD realiza pocas innovaciones en coordinación con la Sede Central para identificar nuevas oportunidades.
12. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD pocas veces promueve y potencia la innovación en el Control.

CRITERIO 5: PROCESOS

13. Las demandas de la sociedad pocas veces son recogidas por el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD en su planificación de sus actividades.
14. Pocas veces los objetivos de mejora se establecen a partir de la información recibida de los usuarios que se atienden en la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.
15. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD pocas veces promueve entre el personal la innovación para mejorar los procesos.

CRITERIO 6: SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

16. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD pocas veces tiene en cuenta cómo perciben los usuarios asegurados en sus aspectos más importantes.
17. Los usuarios asegurados están poco informados de aquellos aspectos del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD que inciden en su satisfacción.

18. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD pocas veces compara sistemáticamente el grado de satisfacción de los usuarios asegurados con el de otras Redes Asistenciales de ESSALUD.

CRITERIO 7: SATISFACCIÓN DEL PERSONAL

19. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD pocas veces mide periódicamente como percibe el personal los aspectos tales como: condiciones de trabajo, nivel de comunicación, reconocimiento del trabajo.
20. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD pocas veces mide los factores que influyen en la satisfacción de su personal y su motivación, tales como absentismo, nivel de formación, quejas, participación.
21. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD pocas veces actúa sobre las áreas que se requieren mayor atención en función de la tendencia mostrada por los resultados obtenidos de las evaluaciones anteriores.

CRITERIO 8: IMPACTO EN LA SOCIEDAD

22. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD pocas veces hace mediciones relacionadas con su impacto en la sociedad incidentes en salud del asegurado.
23. Los usuarios asegurados escasamente están informados sobre los resultados de las evaluaciones del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.

24. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD escasamente establece programas de impacto en la sociedad en función de los resultados obtenidos en las evaluaciones anteriores.

CRITERIO 9: VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS

25. Pocas veces se conocen, se evalúan y se valoran los resultados de la de la gestión del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.

26. Escasamente se mide, se conoce y se valora la obtención de los objetivos fijados en los distintos planes y proyectos del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.

27. A veces se miden, se conocen y se valoran los resultados de los procesos de planificación de los servicios de control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.

3.4. Identificación de puntos fuertes.

En cuanto a los puntos fuertes (fortalezas) del órgano de Control Institucional, se pueden señalar los siguientes en un total de doce (12).

CRITERIO 1: LIDERAZGO

1. Involucramiento del subgerente del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD en la gestión de calidad.
2. Cualidad del jefe de oficina de control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD para ser accesible y escuchar al personal.
3. El jefe de oficina de control del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD: apoya las mejoras e involucra a todos.

4. El jefe de oficina de control del Órgano de Control Institucional del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD, tiene entre sus prioridades la atención a los usuarios que denuncian irregularidades.

CRITERIO 2: PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA

5. Existe coherencia entre la planificación y las estrategias establecidas por el órgano de Control Institucional, en el Plan Anual de Control.

CRITERIO 3: GESTIÓN DE PERSONAL

6. La formación del personal corresponde a las necesidades del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.
7. En el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD se reconoce y valora el trabajo, la aportación y el esfuerzo de mejora del personal.

CRITERIO 4: RECURSOS

8. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD entabla relaciones con la sede Central para su planificación estratégica.

CRITERIO 5: PROCESOS

9. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD tiene designados con claridad las tareas y se le asigna adecuadamente a los responsables.

CRITERIO 6: SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

10. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD actúa sobre las áreas oportunas en función del grado de satisfacción de los usuarios asegurados teniendo como referencia las evaluaciones anteriores.

CRITERIO 7: SATISFACCIÓN DEL PERSONAL

11. El personal del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD está informado de los resultados de los anteriores procesos.

CRITERIO 8: IMPACTO EN LA SOCIEDAD

12. El Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD compara sistemáticamente con otros Órganos de Control Institucional su nivel de impacto en la sociedad.

CRITERIO 9: VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS

13. Se miden, se conocen y se valoran los resultados relativos a la gestión del personal que labora en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.

Conocidas los puntos débiles como Áreas de Mejora (DEBILIDADES) y los Puntos Fuertes (FORTALEZAS) se formularán los planes de mejora continua orientados hacia una gestión de calidad.

3.5. Priorización de Áreas que requieren Planes de Mejora.

Para priorizar las áreas de mejora se tomaron en cuenta los siguientes aspectos, a modo de indicadores con cuatro (4) valoraciones:

- 1) Grado de impacto en el funcionamiento de la Institución pública, en sus procesos y en sus resultados.
- 2) Grado de autonomía del centro para la realización de la acción.
- 3) Número de personas involucradas en la mejora
- 4) Complejidad del trabajo a realizar, posibilidades de desarrollo y tiempo necesario para su cumplimiento.

Posteriormente, se efectuó una valoración final del grado de prioridad de las Áreas de Mejora en relación de cuatro (4) indicadores: Bajo, Medio, Alto y Muy Alto.

Existen nueve (9) áreas de mejora determinadas en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque - ESSALUD, han sido consideradas con el grado de MUY ALTA prioridad, los siguientes aspectos:

Criterio1: Liderazgo

- 1) La planificación de los servicios de control que le competen al jefe de oficina de control desconcentrada del órgano de control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de Essalud

Criterio 2: Planificación y Estrategia

- 2) La planificación del plan anual de control el cual debe responder a las necesidades y expectativas de los usuarios asegurados.

Criterio 3: Gestión de Personal

- 3) Las iniciativas y criterios para involucrar al personal en la capacitación continua.

Criterio 4: Recursos

- 4) Sobre la asignación suficiente de los recursos tecnológicos y logísticos para garantizar el trabajo.

Criterio 5: Procesos

- 5) El diseño, gestión y desarrollo sistemático de los planes y programas teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los usuarios asegurados

Criterio 6: Satisfacción del Usuario

- 6) La imagen del órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD ante los usuarios asegurados.

Criterio 7: Satisfacción del Personal

- 7) La satisfacción del personal, refiriéndose a los niveles de comunicación, reconocimiento al esfuerzo de los trabajadores, niveles de formación y participación en los planes anuales.

Criterio 8: Impacto en la sociedad.

- 8) Impacto en cuanto a los niveles de información que posee la sociedad acerca del órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.

Criterio 9: Resultados Clave.

- 9) Los resultados de la gestión de los recursos y los niveles de logro de los objetivos de los planes y proyectos

3.6. Propuesta de Planes de Mejora.

Frente a las nueve (9) áreas de mejora de alta prioridad y con el objetivo de atenderlas para contribuir con la calidad de la gestión institucional se identificaron los siguientes Planes de Mejora, orientados a:

Plan de Mejora 1

Implementar taller de planificación de los servicios de control dirigido al personal responsable de la planificación.

Plan de Mejora 2

Identificar las necesidades y expectativas de los usuarios durante la planificación del plan anual de control.

Plan de Mejora 3

Identificar y adecuar las iniciativas de innovación para involucrar a las personas en la capacitación continua.

Plan de Mejora 4

Gestionar la asignación de los recursos tecnológicos y logísticos suficientes para garantizar el funcionamiento de la institución.

Plan de Mejora 5

Diseño y gestión de los planes estratégicos de auditoría, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los usuarios.

Plan de Mejora 6

Implementar mecanismos de mejoramiento de la imagen institucional ante los usuarios asegurados.

Plan de Mejora 7

Mejorar los niveles de comunicación y estimular el reconocimiento al esfuerzo del personal, sus niveles de formación y participación en la formulación de los planes anuales.

Plan de Mejora 8

Tomar en cuenta los niveles de información que posee la sociedad acerca del rol del órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD.

Plan de Mejora 9

Mecanismo de control para elevar los niveles de gestión de los recursos, sobre el logro de los objetivos de los planes y proyectos.

3.7. Diseño de esquema de plan de mejora.

“Plan de Mejora en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque”.

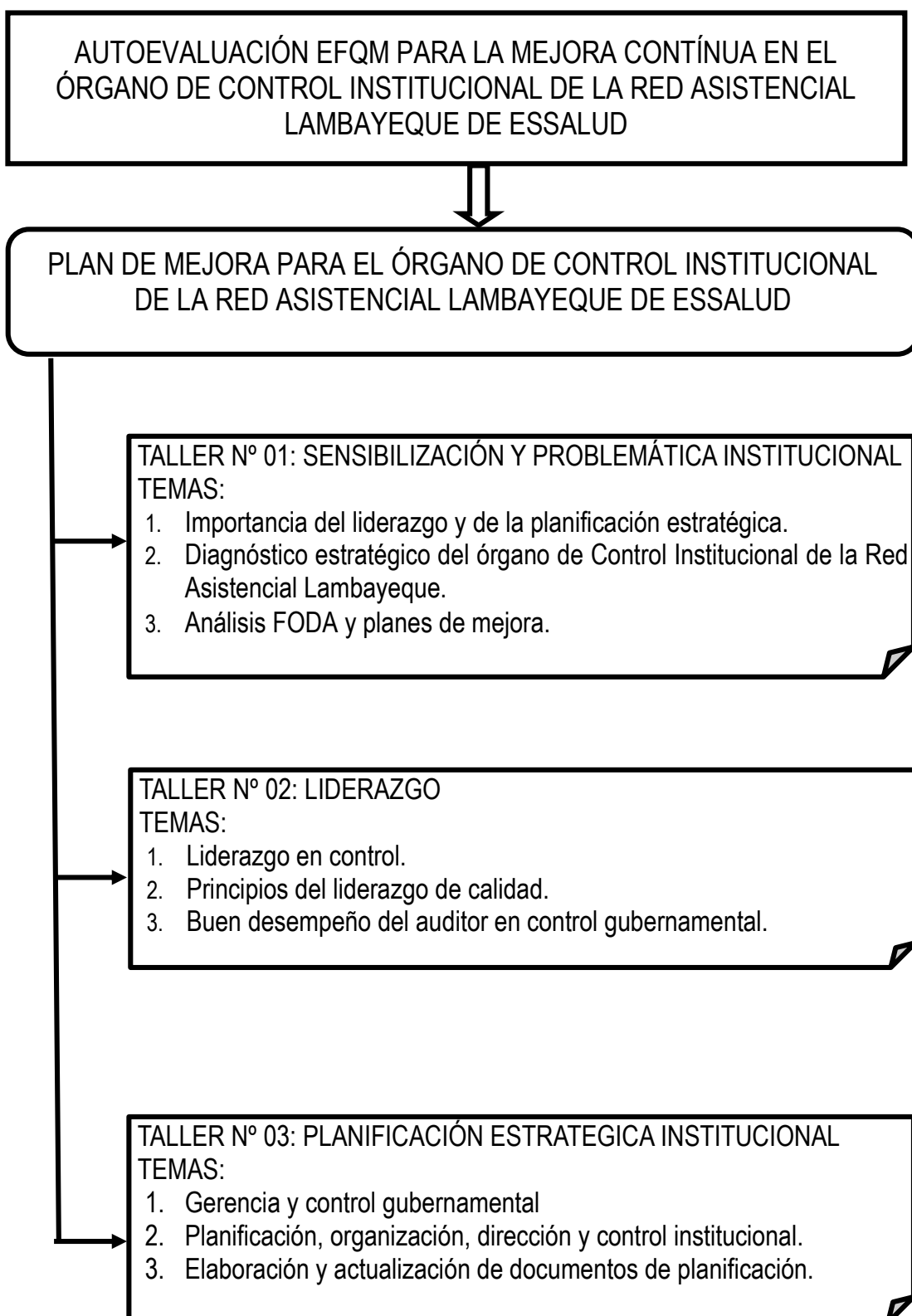
PRESENTACIÓN

En el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque, existe escasa gestión estratégica en la conducción del personal, por carencia de liderazgo y planificación estratégica que puedan coadyuvar a un modelo de calidad de la gestión conforme lo establece el modelo de gestión basado en el enfoque EFQM. La participación del personal en éste programa es de vital importancia, pues es parte de la solución.

Se observa poca gestión escasa vinculación conforme lo menciona el Modelo de calidad basado en el enfoque EFQM.

Se propone un esquema general del modelo de gestión.

ESQUEMA DE PROPUESTA



TALLER Nº 1: SENSIBILIZACIÓN Y PROBLEMÁTICA INSTITUCIONAL.

Objetivo:

1. Desarrollar charlas de sensibilización en relación a la importancia de reconocer la problemática del órgano de Control Institucional.
2. Identificar la problemática institucional, desarrollando el FODA, componentes y su utilidad.
3. Socializar ideas y proponer soluciones a los problemas más resaltantes.
4. Elaborar el diagnóstico por medio de lectura y trabajo en equipo que permita valorar su importancia en el mejoramiento continuo.

Fundamentación

Establecer el diagnóstico y sistematizar la información sobre las situaciones y problemas de una determinada realidad sobre la que se va actuar, prever las situaciones y problemas futuras, conocer mejor a las personas que se beneficiarán con la ejecución de nuestra planificación, tener claro los objetivos dentro de nuestra planificación.

Temas:

1. Importancia del liderazgo y de la planificación estratégica.
2. Diagnóstico estratégico del órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque
3. Análisis FODA y planes de mejora.

Desarrollo metodológico:

Para la realización de este taller y alcanzar los objetivos propuestos se plantea seguir un proceso metodológico de tres momentos para cada tema propuesto.

Partes componentes del taller	Acciones
Introducción	<p>Motivación.</p> <p>Comunicación de los objetivos de la reunión.</p> <p>Repaso y/o control de los requisitos.</p>
Desarrollo	<p>Presentación de la materia por el facilitador, utilizando el tipo de razonamiento previsto.</p> <p>Realización por los participantes de ejercicios prácticos de aplicación (individuales o en grupo).</p> <p>Evaluación formativa del progreso de los participantes.</p> <p>Refuerzo por parte del facilitador, con el fin de asegurar el aprendizaje logrado.</p>
Conclusión	<p>Evaluación del aprendizaje logrado en relación con los objetivos de la reunión.</p> <p>Comunicación a los participantes de los resultados de la evaluación y refuerzo con el fin de corregir y fijar el aprendizaje logrado.</p> <p>Síntesis del tema tratado en la reunión.</p> <p>Motivación del grupo mostrando la importancia y aplicabilidad de lo aprendido.</p> <p>Anuncio del tema que será tratado y/o actividad que será realizada en la reunión siguiente.</p>

Luego procederemos a extraer necesidades del grupo, efectuando las siguientes tareas:

1. Dinámica Los líderes.
2. Taller de Diagnóstico Estratégico ubicados en pequeños grupos.
Extraen los problemas más resaltantes mediante la técnica FODA.

3. Realizar la lluvia de “ideas”: “Proponiendo soluciones” mediante el diseño de estrategias.
4. Encuentro deportivo.

Desarrollo del taller

Taller N° 1			
Cronograma por temas	Tema N° 1	Tema N° 2	Tema N° 3
08:00			
09:30			
10:15			
11:00	Receso		
12:00			
01:15			
02:30	Conclusión y cierre de trabajo		

TALLER Nº 2: LIDERAZGO.

Objetivo:

1. Identificar y analizar las principales características y principios del liderazgo gerencial y responsabilidades.
2. Socializar ideas y proponer soluciones para el mejoramiento del liderazgo institucional.
3. Desarrollar técnicas y herramientas prácticas para su aplicación en la política pública.

Fundamentación

El liderazgo implica transformar la gestión que desarrollan los directivos y trabajadores. La investigación muestra que el liderazgo, es el segundo factor de influencia en los logros del trabajo, es decir, tiene un grado de influencia real e innegable en los trabajadores.

La realidad práctica del liderazgo es solucionar problemas en coordinación con los demás gestores. Los directivos se hallan enfrentados a diversos problemas de liderazgo: Asumir responsabilidades y compartirlas, delegar autoridad, fijar objetivos, controlar el trabajo, organizar actividades en grupo, dirimir conflictos interpersonales.

Temas:

1. Liderazgo en control.
2. Principios del liderazgo de calidad.
3. Buen desempeño del auditor en control gubernamental.

Desarrollo metodológico:

Para la realización de este taller y alcanzar los objetivos propuestos se plantea seguir un proceso metodológico de tres momentos para cada tema propuesto.

Partes componentes del taller	Acciones
Introducción	<p>Motivación.</p> <p>Comunicación de los objetivos de la reunión.</p> <p>Repaso y/o control de los requisitos.</p>
Desarrollo	<p>Presentación de la materia por el facilitador, utilizando el tipo de razonamiento previsto.</p> <p>Realización por los participantes de ejercicios prácticos de aplicación (individuales o en grupo).</p> <p>Evaluación formativa del progreso de los participantes.</p> <p>Refuerzo por parte del facilitador, con el fin de asegurar el aprendizaje logrado.</p>
Conclusión	<p>Evaluación del aprendizaje logrado en relación con los objetivos de la reunión.</p> <p>Comunicación a los participantes de los resultados de la evaluación y refuerzo con el fin de corregir y fijar el aprendizaje logrado.</p> <p>Síntesis del tema tratado en la reunión.</p> <p>Motivación del grupo mostrando la importancia y aplicabilidad de lo aprendido.</p> <p>Anuncio del tema que será tratado y/o actividad que será realizada en la reunión siguiente.</p>

Tareas:

1. Realizar Dinámica Los Ciegos
2. Estilos de liderazgo y proyectos de vida.

3. Intercambio de experiencias acerca de sus logros y dificultades en su vida personal y profesional.
4. Taller de liderazgo pedagógico ubicados en pequeños grupos de docentes. Extraen los problemas más resaltantes mediante la técnica FODA.
5. Realizar la lluvia de “ideas”: mediante el diseño de estrategias.
6. Encuentro deportivo Interinstitucional.

Agenda preliminar de la ejecución del taller

Desarrollo del taller

Taller Nº 2			
Cronograma por temas	Tema Nº 1	Tema Nº 2	Tema Nº 3
08:00			
09:30			
10:15			
11:00	Receso		
12:00			
01:15			
02:30	Conclusión y cierre de trabajo		

TALLER N° 3: PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA INSTITUCIONAL.

Objetivos:

1. Identificar los fundamentos de la Planificación Estratégica y generar las bases para la elaboración del Plan Anual de Trabajo
2. Analizar los aspectos necesarios para la redefinición de la visión, misión, objetivos y políticas en su planificación, organización, dirección y control institucional.
3. Aplicar los aspectos necesarios para la formulación de los documentos de gestión.
4. Desarrollar talleres de capacitación de planificación estratégica institucional para el personal.

Fundamentación:

La planificación estratégica proporciona al gerente y trabajadores una visión de lo que se puede lograr en un futuro para institución en la cual trabajan, así como la tranquilidad y sentido de pertenencia en la organización provocando una motivación y empuje hacia la participación activa, colaboración y trabajo en equipo buscando el logro de los objetivos planteados.

Hoy en día las instituciones tienen que estar a la vanguardia de manera constante debido a este mundo ya tan globalizado, y aprovechar al máximo todos los recursos disponibles y alcanzables para su continuidad.

Temas:

1. Gerencia y control gubernamental
2. Planificación, organización, dirección y control institucional.
3. Elaboración y actualización de documentos de planificación.

Desarrollo metodológico:

Para la realización de este taller y alcanzar los objetivos propuestos se plantea seguir un proceso metodológico de tres momentos para cada tema propuesto.

Partes componentes del taller	Acciones
Introducción	Motivación. Comunicación de los objetivos de la reunión. Repaso y/o control de los requisitos.
Desarrollo	Presentación de la materia por el facilitador, utilizando el tipo de razonamiento previsto. Realización por los participantes de ejercicios prácticos de aplicación (individuales o en grupo). Evaluación formativa del progreso de los participantes. Refuerzo por parte del facilitador, con el fin de asegurar el aprendizaje logrado.
Conclusión	Evaluación del aprendizaje logrado en relación con los objetivos de la reunión. Comunicación a los participantes de los resultados de la evaluación y refuerzo con el fin de corregir y fijar el aprendizaje logrado. Síntesis del tema tratado en la reunión. Motivación del grupo mostrando la importancia y aplicabilidad de lo aprendido. Anuncio del tema que será tratado y/o actividad que será realizada en la reunión siguiente.

Tareas:

- Debate al interior del grupo sobre tipo de gestión institucional.
- Desarrollo del taller de capacitación “Planificación Estratégica”.
- Elaboración de pautas para el manejo de la dirección institucional.
- Agenda preliminar de la ejecución del taller,
- Elaboración de un Plan de Trabajo y del Plan Anual de Control
- Encuentro deportivo Interinstitucional.

Desarrollo del taller:

Taller N° 1			
Cronograma por temas	Tema N° 1	Tema N° 2	Tema N° 3
08:00			
09:30			
10:15			
11:00	Receso		
12:00			
01:15			
02:30	Conclusión y cierre de trabajo		

EVALUACIÓN DE LOS TALLERES

Se encargará al equipo de trabajo a monitorear el desarrollo de las actividades programadas mediante la aplicación de una entrevista acerca de los eventos a desarrollarse.

Evaluación del taller

Taller:

Fecha:

Facilitador:

Institución:

Opciones de evaluación (puntuaciones)

Por favor evalúe con una X de acuerdo a las siguientes valoraciones:

1 = Deficiente

2 = Regular

3 = Bueno

4 = Muy Bueno

5 = Excelente

Evaluación del facilitador

Mostró dominio del tema:	1	2	3	4	5
Motivó la participación del grupo:	1	2	3	4	5
La forma de comunicarse y plantear sus temas fue:	1	2	3	4	5
Solventó las dudas de manera:	1	2	3	4	5
La metodología aplicada en este taller fue:	1	2	3	4	5
La relación entre el facilitador y los participantes fue:	1	2	3	4	5

¿Qué comentario o sugerencia daría al facilitador del taller?

.....
.....
.....

Evaluación de las temáticas del taller:

La revisión de los contenidos se cumplió de manera:	1	2	3	4	5
La claridad y secuencia de los temas presentados fue:	1	2	3	4	5
La interacción entre la teoría y práctica fue:	1	2	3	4	5
Los conocimientos que adquirió son aplicables al trabajo de manera:	1	2	3	4	5
Los contenidos tratados se adecuan a la realidad y ofrecen una solución:	1	2	3	4	5
La duración del taller lo considera:	1	2	3	4	5
La puntualidad en el inicio del taller fue:	1	2	3	4	5

¿Qué comentario o sugerencia daría al taller para mejorar?

.....
.....

Aspectos generales del taller:

La hora de inicio definida para el taller fue:	1	2	3	4	5
La limpieza y orden de las instalaciones antes de empezar fue:	1	2	3	4	5
El material estaba ordenado de manera:	1	2	3	4	5
El ambiente de atención y control de interrupciones externas fue:	1	2	3	4	5
Las instalaciones y espacios para la realización del taller fueron:	1	2	3	4	5
La calidad de la alimentación y servicio ofrecida en el taller fue:	1	2	3	4	5

¿Qué comentario o sugerencia daría a la organización del taller para mejorar?

.....
.....
.....

Conclusiones del taller:

Integrar a la comunidad en actividades culturales.

El personal directivo, docente y comunidad se identificará con sus costumbres, y tradiciones propias de su localidad y entorno regional.

Recomendaciones:

- Es prioritario aplicar este taller.
- Se recomienda ampliar las presentaciones o temáticas de los talleres.

IV. DISCUSIÓN

Para la presente tesis se ha contrastado los resultados de la investigación con la hipótesis, los objetivos y el marco teórico, conforme se indica a continuación.

Se tuvo como **hipótesis** “Si se realiza una autoevaluación basada en el Modelo EFQM entonces habrá una mejora continua en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD”; efectivamente luego de haber aplicado el cuestionario, se ha autoevaluado como se encuentra actualmente el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de ESSALUD, y ha servido para darnos cuenta que se debe potenciar puntos débiles en el liderazgo y la planificación estratégica. Determinándose que el planteamiento de la hipótesis es conforme a los resultados obtenidos.

Entonces si luego de autoevaluarnos como institución, obtenemos puntos débiles y los potenciamos se cumple la otra variable que es la mejora continua de la institución. Por eso se han propuesto cambios en los resultados mediante talleres para que se efectúen cambios en el liderazgo y en la planificación estratégica; conforme se detalla a continuación:

En el liderazgo, para que el jefe de Oficina se involucre más en la definición de las actividades a realizar, para tomar las decisiones más adecuadas que garanticen un buen desempeño laboral de los trabajadores. Asimismo se debe tomar las iniciativas para la planificación de los servicios de control a realizarse por todos los auditores que conforman la oficina y debe reconocer y valorar los esfuerzos de los trabajadores involucrados en las actividades a ejecutar.

En planificación estratégica, en su elaboración debe hacerse teniendo en cuenta las necesidades de los ciudadanos, debe haber una cultura de evaluación continua en la planificación del Plan Anual de Control, evaluación a las estrategias empleadas en las acciones de control.

“La gestión es conjunto de acciones, operaciones y actividades específicas realizadas por una persona o grupo humano con el objetivo de lograr unos resultados de la manera más eficiente y eficaz” García B. (2014)

La gestión pública es el proceso de articular estratégicamente a una institución a su misión y objetivos, garantizando los aspectos en el liderazgo y la planificación estratégica, así como de lo que se tiene en el presupuesto aprobado.

Respecto a lo antes indicado; Danos (2012) señala que: “la administración estratégica son las decisiones y acciones que determina el buen desempeño de la institución, siendo importante que los directores y gerentes desarrollen funciones orientadas a la administración estratégica”.

Uno de los **objetivos**, ha servido para diagnosticar el estado actual de la institución, a través de la autoevaluación basado en el modelo EFQM, utilizando para este caso un cuestionario de cuarenta (40) ítems como instrumento de investigación para la recopilación de datos el mismo que ha sido validado por los expertos. Dicho instrumento ha servido para verificar como están realmente las funciones directivas y operativas de la oficina, la planificación, los recursos humanos, materiales y otros; a partir de ahí se han tomado las decisiones para mejorar los puntos débiles.

Asimismo otro de los objetivos ha sido elaborar la propuesta del plan de mejora de gestión para el órgano de control institucional de la Red Asistencial Lambayeque de Essalud, en el cual se han establecido nueve (9) talleres relacionados a la sensibilización de la problemática institucional, el liderazgo y la planificación estratégica. Los cuales han sido validados mediante la “ficha de evaluación de talleres”.

En relación **al marco teórico**; el modelo de la EFQM ha sido diseñado para aplicarse a cualquier tipo de instituciones públicas o privadas, independientemente de su tamaño, del país en que realice sus actividades, o de su experiencia en Gestión de Calidad Total. Su modelo está diseñado en nueve (9) dimensiones siendo las más importantes las cinco primeras entre ellas los criterios denominados

agentes: el liderazgo, la planificación estratégica, el personal, las alianzas estratégicas y los procesos; si estas dimensiones funcionan adecuadamente entonces tendremos óptimos en las cuatro (4) dimensiones de los resultados en: la satisfacción del personal, el cliente, la sociedad y la entidad.

A través de la autoevaluación de las nueve (9) dimensiones del modelo EFQM se desea una gestión más eficaz y eficiente. En esta tesis se han identificado los puntos fuertes y débiles, habiéndose establecido estrategias de solución a los puntos débiles a través de un plan a través de desarrollo de talleres que permitirán la mejora continua en la institución a efectos de obtener mejores resultados.

El modelo EFQM no es normativo, su concepto fundamental es la autoevaluación basada en un análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la institución usando como guía los nueve (9) criterios del modelo.

V. CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en la presente investigación nos conducen a las siguientes conclusiones:

- Durante la aplicación del instrumento para el diagnóstico logró el desarrollo de una cultura de evaluación, un clima de confianza, participación progresiva de los trabajadores del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD y será de ayuda en la planificación y ejecución de actividades.
- Los resultados de la aplicación del instrumento de recolección de datos aplicados en esta tesis dieron como promedio un el 33% de un 100%; siendo el caso que al 33% está en cierto avance, al 67% está en avance significativo y al 100% en objetivo logrado, por lo que se infiere que aun todavía falta seguir autoevaluándose y haciendo propuestas de mejora hasta lograr el 100% en todos los aspectos del modelo EFQM.
- Se determinó que existía la necesidad de formular el plan de mejora en el liderazgo, planificación estratégica y en desarrollo del personal a través de talleres de capacitación.
- Durante la validación de la propuesta a través de los expertos permitió obtener un documento sistemático, que valida el contenido de las actividades a ejecutar a través de talleres que se verá reflejado en la mejora continua en los aspectos más importantes según el modelo EFQM
- Mediante los resultados de la autoevaluación, se logra la corrección de errores, de aprender de la experiencia, de tomar en cuenta los requerimientos y proponer esquemas de acción de mejora continua hacia el logro de los fines, las metas y los objetivos institucionales.

VI. RECOMENDACIONES.

- Los Planes de Mejora identificados en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD deben ser tomados en cuenta e incorporados dentro del proceso de planificación para la actualización de sus planes estratégicos y planes de control de auditoría
- El Equipo directivo del Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque – ESSALUD debe formar un círculo de Calidad y encargarse de la capacitación y actualización de los trabajadores de la institución en temas referidos a la evaluación y la calidad continua.
- En el marco de una cultura de evaluación y calidad, la Institución pública debe programar un nuevo proceso de autoevaluación integrado durante el próximo año, para analizar los avances y resultados de la gestión institucional como consecuencia de la elaboración e implementación de planes de mejora durante el presente año.

REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

- Arcelay A, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J, González R. (1998). Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidetza mediante el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total. Rev Calidad Asistencial.
- Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, et al. (2000). Adaptación de un Modelo de Gestión de Calidad Total al sector sanitario. Rev Calidad Asistencial
- Arcelay A. (2000) EFQM: reflexiones a propósito de un excelente Modelo de Excelencia. Rev Calidad Asistencial.
- Ardevol M, Canals M, Gómez A y Llor C. (2000). El Modelo Europeo de Gestión Empresarial como instrumento de difusión de la cultura de la Calidad Total en el ámbito sanitario de Atención Primaria. Rev Calidad Asistencial.
- Arias, F. (2004). El proyecto de investigación. 2da edición. Caracas, Venezuela: Editorial Episteme Venezuela.
- Bernal, C. (2010). Metodología de la Investigación. Tercera edición. Pearson Educación: Colombia
- Biblioteca AMA (2018). Los 14 Puntos sobre Calidad de Edwards Deming. Recuperado de: <http://www.amamex.org.mx/articulos/Los-14-Puntos-sobre-Calidad-de-Edwards-Deming.html>
- Buenas tareas (2013). EFQM. Recuperado de: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Efqm/45355285.html>
- Calvo-Mora, A., & Criado, F. (2005). Análisis de la validez del modelo europeo de excelencia para la gestión de la calidad en instituciones universitarias: un enfoque directivo. Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa, 14(3), 41-58.
- Carrasco, S. (2005). Metodología de la investigación científica. Lima: San Marcos.

- Carrasco, S. (2009) Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación. Lima: Ed. San Marcos. P.236.
- Chocano, Y. (2014). Cultura de calidad. Recuperado de: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0ahUKEwjhxO7cnqXaAhUGslMKHegbBIQQFgg_MAQ&url=http%3A%2F%2Fs3139b353a45d038b.jimcontent.com%2Fdownload%2Fversion%2F1414457173%2Fmodule%2F10512630460%2Fname%2FCULTURA%2520DE%2520CALIDAD.pdf&usq=AOvVaw3Wez9TC3YYhWra5aBfgXRQ
- Cortés JA, Ayala A, Álavarez P, Domínguez J, Hoyo AE, Nieto E, et al. (2001). Análisis del liderazgo en atención primaria mediante el modelo EFQM, con motivo de la realización de un plan estratégico. Cuadernos de Gestión.
- Cueva, J. (2014). Modelo EFQM para la excelencia educativa llega al Perú. Recuperado de: <http://www.jcmagazine.com/modelo-efqm-para-la-excelencia-educativa-llega-al-peru/>
- Deming, W.E. (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Díaz de Santos. Madrid.
- Donabedian A. (1984). *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México: La prensa médica mexicana.
- Durán J, Marquet R. (1998). El Modelo Europeo de Excelencia Empresarial. Validación del formulario de evaluación adaptado a la atención primaria. Cuadernos de Gestión.
- EFQM (2013). EFQM Excellence Model. European Foundation for Quality Management, Brussels.
- European Foundation Quality Management. (1999). *Evaluar la Excelencia. Guía práctica para la autoevaluación*. Madrid: Club Gestión de la Calidad,

- European Foundation Quality Management. (2013). Ocho Fundamentos de la Excelencia. Los Conceptos fundamentales y sus beneficios. Disponible en: URL: [http://www efqm.org](http://www.efqm.org).
- European Foundation Quality Management. About (1999). EFQM. Recuperado de: <http://www efqm.org> 17. European Foundation Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia: 1999. Madrid: Club Gestión de la Calidad.
- Feigenbaum, A.V. (1990). Control total de la calidad. Cecsca, México D.F.
- Fernández-León A, Barros M., García M. (2000). La experiencia del Hospital Monte Naranco en la aplicación del modelo de la EFQM. Rev Calidad Asistencial.
- Gaitan L. (2007). Diseño de un modelo de gestión de calidad basada en modelos de excelencia y el enfoque de gestión por procesos, Barranquilla, Colombia.
- Gamarra y Berrospi y Pujay y Cuevas, (2008). Estadísticas generales de América del Norte. Lima Perú.
- García E. (2007). Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales, Cádiz, España.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Hernández, Zapata, Mendoza (2013). *Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias*. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores. Cueva, J. (2014). Modelo EFQM para la excelencia educativa llega al Perú. Recuperado de: <http://www.jcmagazine.com/modelo-efqm-para-la-excelencia-educativa-llega-al-peru/>
- Hurtado J. (2000). Metodología de investigación holística 3ra ed (2000). Fundación Sypal: Caracas
- Isotools (2013). ISO vs EFQM. Similitudes y diferencias. Perú.

- Jiménez J, Molina P, Grandal J, Simón J, Ruiz U, Sevilla R, et al. (2000). El Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total como sistema de gestión hospitalaria; experiencia y resultados tras dos años de implantación en un hospital público. *Rev Calidad Asistencial*.
- López, A. (2010). El modelo europeo de excelencia EFQM y su aplicación a los centros educativos: un planteamiento introductorio. Valencia: CSV.
- Lorenzo, S. (2000). Evidencias de aplicación del Modelo EFQM de Excelencia al sector sanitario en nuestro medio. *Rev Calidad Asistencial*.
- Lorenzo, S., Bacigalupe, M, Mira, J. (2001). Autoevaluación de centros sanitarios. Madrid: MSD.
- Marquet, R. (1997). El incierto futuro de la gestión de la calidad, ¿seguimos tratando de hacer una tortilla sin cascar el huevo? *Cuadernos de Gestión*.
- Méndez, A. (2012). Implantación del modelo EFQM y su impacto en la competitividad de la empresa: un análisis de casos de empresas localizadas de Asturias, España.
- Mira, J. Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. (1998). La aplicación del Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total al Sector Sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial*.
- Najera, P. (2014). Entorno competitivo y calidad: herramientas para la mejora. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/174965110/Evolucion-de-La-Calidad>
- Pino, R. (2007). Metodología de la investigación. Lima Perú
- Prado, J. (2010). Entorno competitivo y calidad: herramientas para la mejora. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/174965110/Evolucion-de-La-Calidad>

- Ramón C, Rici C. (2000). Proceso de autoevaluación de la Fundación Hospital Manacor mediante el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total. Rev Calidad Asistencial.
- Rodríguez A. (2001). El modelo EFQM aplicado a los centros de salud. Centro de Salud.
- Rodríguez P, García J, Lorenzo S, Monserrat D, Carlos J. Modelo de Gestión de Calidad. (2001). Calidad en la atención sanitaria. Conceptos teóricos y aplicaciones prácticas. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva,
- Rojas, D. (2003). Teorías de la calidad. Orígenes y tendencias de la calidad total. Recuperado de: <https://www.gestiopolis.com/teorias-de-la-calidad-origenes-y-tendencias-de-la-calidad-total/>
- Roure J, Rodríguez MA. (2000). Aprendiendo de los mejores. El proceso de autodiagnóstico en la práctica. Barcelona: Ediciones Gestión.
- Rusque, M. (2003). De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa. Ediciones FACES/UCV. Caracas – Venezuela: Editores Vadell Hermanos.
- Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde AE, González-Linares R. (2000). De la Gestión de la Calidad hacia la excelencia en la Gestión a través del modelo de autoevaluación de la European Foundation Quality Management (EFQM) en una red pública de centros Sanitarios. Rev Calidad Asistencial.
- Suárez, E. (2017). Análisis estructural del modelo EFQM de excelencia: el papel mediador de la gestión por procesos y la planificación estratégica, Sevilla, España.
- Suárez, M. (2007). La sostenibilidad de la mejora continua de procesos en la administración pública: un estudio en los ayuntamientos de España, Barcelona, España.

ANEXOS

ANEXO N° 01

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS CUESTIONARIO APLICADO AL PERSONAL DEL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL

Función que desempeña: _____ **Condición Laboral:** _____
Años de Servicio _____

A continuación aparece un conjunto de preguntas para ser valoradas, teniendo en cuenta la siguiente escala:

1. ningún avance.	2. cierto avance.	3. avance significativo	4. Objetivo logrado.
1= 0%	2= 33%	3= 67%	4= 100%

Criterio 1: Liderazgo gerencial.

1	El jefe de oficina se involucra en la gestión de calidad.	1	2	3	4
2	El jefe de oficina es accesible y escucha al personal.	1	2	3	4
3	El jefe de oficina apoya las mejoras e involucra a todos, ofreciendo los recursos y ayuda apropiados.	1	2	3	4
4	El jefe de oficina colabora en definir los planes de mejora de la calidad de la Institución.	1	2	3	4
5	El jefe de oficina, toma decisiones oportunas y adecuadas para la mejora de la gestión institucional.	1	2	3	4
6	El jefe de oficina, atiende los requerimientos y demandas de los usuarios y comunidad.	1	2	3	4
7	El jefe de oficina, toma iniciativas para la elaboración de los planes de control de la Institución	1	2	3	4
8	El jefe de oficina reconoce y valora los esfuerzos de los trabajadores implicados en la planificación estratégica	1	2	3	4

Criterio 2: Planificación estratégica.

9	La elaboración del Plan Anual de control se ha realizado de acuerdo a las necesidades y expectativas de los ciudadanos.	1	2	3	4
10	La Institución planifica teniendo en cuenta una cultura de evaluación sistemática de la planificación de los servicios de control programados en el Plan Anual de Control	1	2	3	4
11	Existe Coherencia dentro de la planificación y estrategia de la Institución, acorde con la realidad.	1	2	3	4
12	En la Institución hay una cultura de evaluación periódica de la planificación y estrategia.	1	2	3	4

Criterio 3: Gestión del personal administrativo.

13	La formación del personal corresponde a las necesidades de la Institución.	1	2	3	4
14	En Institución se potencian iniciativas para la experimentación e innovación de los planes.	1	2	3	4
15	En la institución se ha establecido participación de trabajadores en la capacitación.	1	2	3	4

16	En la Institución se reconoce y valora el trabajo, la aportación y el esfuerzo de mejora del personal.	1	2	3	4
----	--	---	---	---	---

Criterio 4: Alianzas y recursos estratégicos

17	La infraestructura y los recursos tecnológicos y materiales asignados responden a las necesidades de la institución.	1	2	3	4
18	La Institución entabla relaciones con los órganos superiores para su planificación estratégica.	1	2	3	4
19	La Institución realiza innovaciones en coordinación con la Sede Central para identificar nuevas oportunidades.	1	2	3	4
20	La Institución promueve y potencia la innovación en el control.	1	2	3	4

Criterio 5: Sistemas y procesos de calidad.

21	Las demandas son tomadas en cuenta por la Institución en su planificación.	1	2	3	4
22	La Institución asigna con claridad las tareas a los responsables.	1	2	3	4
23	Los objetivos de mejora se establecen a partir de la información recibida de los usuarios.	1	2	3	4
24	La Institución promueve en el personal la creatividad e innovación para la mejora de los procesos.	1	2	3	4

Criterio 6: Satisfacción del usuario asegurado.

25	La Institución tiene en cuenta cómo perciben los asegurados a la institución en sus aspectos más importantes.	1	2	3	4
26	El usuario está informado de aquellos aspectos de la Institución que inciden en su satisfacción.	1	2	3	4
27	La Institución compara sistemáticamente el grado de satisfacción de usuarios con el de otras instituciones de salud.	1	2	3	4
28	La Institución actúa sobre las áreas oportunas en función del grado de satisfacción del asegurado.	1	2	3	4

Criterio 7: Satisfacción del personal administrativo

29	La Institución verifica periódicamente como percibe el personal las condiciones de trabajo, nivel de comunicación y reconocimiento del trabajo.	1	2	3	4
30	La Institución mide periódicamente factores que influyen en la satisfacción del personal, su motivación, absentismo, nivel de formación, quejas y participación.	1	2	3	4
31	El personal de la Institución está informado de los resultados de los anteriores procesos.	1	2	3	4
32	La Institución actúa sobre las áreas que se requieren en función a los resultados obtenidos de las evaluaciones anteriores.	1	2	3	4

Criterio 8: Impacto en la sociedad

33	La Institución hace mediciones relacionadas con su impacto en la sociedad.	1	2	3	4
34	Los usuarios están informados sobre los resultados de las evaluaciones.	1	2	3	4
35	La Institución se compara sistemáticamente con otros centros su nivel de impacto en la comunidad para la mejora continua.	1	2	3	4
36	La Institución establece medidas correctivas de impacto en la comunidad en función de los resultados obtenidos en las evaluaciones anteriores.	1	2	3	4

Criterio 9: Evaluación de Resultados Institucionales

37	Se conocen, evalúan y valoran los resultados de la gestión.	1	2	3	4
38	Se mide, conoce y valora la obtención de objetivos de los planes de la Institución.	1	2	3	4
39	Se miden, conocen y valoran los resultados de los procesos de planificación.	1	2	3	4
40	Se miden, conocen y valoran los resultados de gestión del personal.	1	2	3	4

**ANEXO Nº 2
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**

CRITERIO DE EXPERTO

Estimado (a): Luis Muñoz Pacheco

Solicito apoyo de su sapiencia y excelencia profesional para que emita juicio de investigación Titulada: **La autoevaluación basada en el modelo EFQM para la mejora continua en el órgano de control institucional de la red asistencial Lambayeque de Es salud -2016** que se presenta. Para alcanzar este objetivo se le ha seleccionado como experto (a) en la materia y necesito su valiosa opinión. Para ello debe marcar con una (X) en la columna que considere para cada indicador.

Evalúe cada aspecto con las siguientes categorías:

MA : Muy adecuado.

BA : Bastante adecuado.

A : Adecuado

PA : Poco adecuado

NA : No Adecuado

Nº	Aspectos que deben ser evaluados	MA	BA	A	PA	NA
I.	Redacción Científica					
1.1	La redacción empleada es clara, precisas, concisa y debidamente organizada	X				
1.2	Los términos utilizados son propios de la investigación científica	✓				
II.	Lógica de la Investigación					
2.1	Problema de Estudio					
2.2.1	Describe de forma clara y precisa la realidad problemática tratada	X				
2.2.2	El problema se ha definido según estándares internaciones de la investigación científica	X				
2.2	Objetivos de la Investigación					
2.2.1	Expresan con claridad la intencionalidad de la investigación					
2.2.2	Guardan coherencia con el título, el problema, objeto campo de acción, supuestos y metodologías e instrumentos utilizados.	X				
2.3	Previsiones metodológicas					
2.3.1	Se ha caracterizado la investigación según criterios pertinentes	X				
2.3.2	Los escenarios y los participantes seleccionados son apropiados para los propósitos de la investigación	✓				
2.3.3	Presenta instrumentos apropiados para recolectar datos	X				
2.3.4	Los métodos y técnicas empleadas en el tratamiento de la información son propios del tipo de la investigación planteada.	X				
2.4	Fundamentación teórica y epistemológica					
2.4.1	Proporciona antecedentes relevantes a la investigación, como producto de la revisión de la bibliografía referida al modelo.	X				
2.4.2	Proporciona sólidas bases teóricas y epistemológicas, sistematizadas en función de los objetivos de la investigación	X				
2.5	Bibliografía					

	investigación							
2.5	Bibliografía		x					
2.5.1	Presenta la bibliografía pertinente al tema y la correspondiente a la metodología a la investigación.		x					
2.6	Anexos							
2.6.1	Los anexos presentados son consistentes y contienen los datos más relevantes de la investigación		x					
III	Fundamentación y viabilidad del Modelo							
3.1.	La fundamentación teórica y epistemológica del modelo guarda coherencia con el enfoque sistémico y la nueva ciencia.		x					
3.2.	El modelo propuesto es coherente, pertinente y trascendente.		x					
3.3.	El modelo propuesto es factible de aplicarse a otras organizaciones o instituciones.		x					
IV	Fundamentación y viabilidad de los Instrumentos							
4.1.	La fundamentación teórica guarda relación con la operacionalización de la variable a evaluar.		x					
4.2.	Los instrumentos son coherentes a la operacionalización de variables.		x					
4.3.	Los instrumentos propuestos son factibles de aplicarse a otras organizaciones, grupos o instituciones de similares características de su población de estudio.		x					

Mucho le voy a agradecer cualquier observación, sugerencia, propósito o recomendación sobre cualquiera de los propuestos. Por favor, refiéralas a continuación:

Felicitarlos. Puedo aplicar el instrumento para los próximos semestres.

Validado por: *Luis Muñoz Pacheco*
Especializado: *Investigación y currículo*
Categoría Docente: *Asesor*
Tiempo de Experiencia en Docencia Universitaria: *19 años*
Cargo Actual: *Director EBR*
Fecha: *Febrero del 2018*


DNI: *02660494*

CRITERIO DE EXPERTO

Estimado (a): Mg. Brenda Suzetty Verona La Rosa.....

Solicito apoyo de su sapiencia y excelencia profesional para que emita juicio de investigación Titulada: **La autoevaluación basada en el modelo EFQM para la mejora continua en el órgano de control institucional de la red asistencial Lambayeque de Es salud -2016** que se presenta. Para alcanzar este objetivo se le ha seleccionado como experto (a) en la materia y necesito su valiosa opinión. Para ello debe marcar con una (X) en la columna que considere para cada indicador.

Evalúe cada aspecto con las siguientes categorías:

MA : Muy adecuado.

BA : Bastante adecuado.

A : Adecuado

PA : Poco adecuado

NA : No Adecuado

Nº	Aspectos que deben ser evaluados	MA	BA	A	PA	NA
I.	Redacción Científica					
1.1	La redacción empleada es clara, precisas, concisa y debidamente organizada	✓				
1.2	Los términos utilizados son propios de la investigación científica	✓				
II.	Lógica de la Investigación					
2.1	Problema de Estudio					
2.2.1	Describe de forma clara y precisa la realidad problemática tratada	✓				
2.2.2	El problema se ha definido según estándares internaciones de la investigación científica	✓				
2.2	Objetivos de la Investigación					
2.2.1	Expresan con claridad la intencionalidad de la investigación	✓				
2.2.2	Guardan coherencia con el título, el problema, objeto campo de acción, supuestos y metodologías e instrumentos utilizados.	✓				
2.3	Previsiones metodológicas					
2.3.1	Se ha caracterizado la investigación según criterios pertinentes		✓			
2.3.2	Los escenarios y los participantes seleccionados son apropiados para los propósitos de la investigación		✓			
2.3.3	Presenta instrumentos apropiados para recolectar datos					
2.3.4	Los métodos y técnicas empleadas en el tratamiento de la información son propios del tipo de la investigación planteada.	✓				
2.4	Fundamentación teórica y epistemológica					
2.4.1	Proporciona antecedentes relevantes a la investigación, como producto de la revisión de la bibliografía referida al modelo.		✓			
2.4.2	Proporciona sólidas bases teóricas y epistemológicas, sistematizadas en función de los objetivos de la investigación	✓				
2.5	Bibliografía					

2.5.1	Presenta la bibliografía pertinente al tema y la correspondiente a la metodología a la investigación.	✓				
2.6	Anexos					
2.6.1	Los anexos presentados son consistentes y contienen los datos más relevantes de la investigación	✓				
III	Fundamentación y viabilidad del Modelo					
3.1.	La fundamentación teórica y epistemológica del modelo guarda coherencia con el enfoque sistémico y la nueva ciencia.	✓				
3.2.	El modelo propuesto es coherente, pertinente y trascendente.	✓				
3.3.	El modelo propuesto es factible de aplicarse a otras organizaciones o instituciones.	✓				
IV	Fundamentación y viabilidad de los Instrumentos					
4.1.	La fundamentación teórica guarda relación con la operacionalización de la variable a evaluar.	✓				
4.2.	Los instrumentos son coherentes a la operacionalización de variables.	✓				
4.3.	Los instrumentos propuestos son factibles de aplicarse a otras organizaciones, grupos o instituciones de similares características de su población de estudio.	✓				

Mucho le voy a agradecer cualquier observación, sugerencia, propósito o recomendación sobre cualquiera de los propuestos. Por favor, refiéralas a continuación:

Después de haber revisado el instrumento, considero que cumple los criterios para su aplicación.

Validado por: Mg. Brenda Sozety Verona La Rosa.
Especializado: Educación y Gestión.
Categoría Docente: Nombrada.
Tiempo de Experiencia en Docencia Universitaria: 11 años.
Cargo Actual: Docente
Fecha: febrero 2018


DNI: 42109153

CRITERIO DE EXPERTO

Estimado (a): Marivel Correa Rojas

Solicito apoyo de su sapiencia y excelencia profesional para que emita juicio de investigación Titulada: **La autoevaluación basada en el modelo EFQM para la mejora continua en el órgano de control institucional de la red asistencial Lambayeque de Es salud -2016** que se presenta. Para alcanzar este objetivo se le ha seleccionado como experto (a) en la materia y necesito su valiosa opinión. Para ello debe marcar con una (X) en la columna que considere para cada indicador.

Evalúe cada aspecto con las siguientes categorías:

MA : Muy adecuado.

BA : Bastante adecuado.

A : Adecuado

PA : Poco adecuado

NA : No Adecuado

Nº	Aspectos que deben ser evaluados	MA	BA	A	PA	NA
I.	Redacción Científica					
1.1	La redacción empleada es clara, precisas, concisa y debidamente organizada	x				
1.2	Los términos utilizados son propios de la investigación científica	x				
II.	Lógica de la Investigación					
2.1	Problema de Estudio					
2.2.1	Describe de forma clara y precisa la realidad problemática tratada	x				
2.2.2	El problema se ha definido según estándares internaciones de la investigación científica		x			
2.2	Objetivos de la Investigación					
2.2.1	Expresan con claridad la intencionalidad de la investigación	x				
2.2.2	Guardan coherencia con el título, el problema, objeto campo de acción, supuestos y metodologías e instrumentos utilizados.	x				
2.3	Previsiones metodológicas					
2.3.1	Se ha caracterizado la investigación según criterios pertinentes	x				
2.3.2	Los escenarios y los participantes seleccionados son apropiados para los propósitos de la investigación	x				
2.3.3	Presenta instrumentos apropiados para recolectar datos	x				
2.3.4	Los métodos y técnicas empleadas en el tratamiento de la información son propios del tipo de la investigación planteada.		x			
2.4	Fundamentación teórica y epistemológica					
2.4.1	Proporciona antecedentes relevantes a la investigación, como producto de la revisión de la bibliografía referida al modelo.	x				
2.4.2	Proporciona sólidas bases teóricas y epistemológicas, sistematizadas en función de los objetivos de la investigación		x			
2.5	Bibliografía					

2.5.1	Presenta la bibliografía pertinente al tema y la correspondiente a la metodología a la investigación.	x					
2.6	Anexos						
2.6.1	Los anexos presentados son consistentes y contienen los datos más relevantes de la investigación	x					
III	Fundamentación y viabilidad del Modelo						
3.1.	La fundamentación teórica y epistemológica del modelo guarda coherencia con el enfoque sistémico y la nueva ciencia.	x					
3.2.	El modelo propuesto es coherente, pertinente y trascendente.	x					
3.3.	El modelo propuesto es factible de aplicarse a otras organizaciones o instituciones.	x					
IV	Fundamentación y viabilidad de los Instrumentos						
4.1.	La fundamentación teórica guarda relación con la operacionalización de la variable a evaluar.	x					
4.2.	Los instrumentos son coherentes a la operacionalización de variables.	x					
4.3.	Los instrumentos propuestos son factibles de aplicarse a otras organizaciones, grupos o instituciones de similares características de su población de estudio.	x					

Mucho le voy a agradecer cualquier observación, sugerencia, propósito o recomendación sobre cualquiera de los propuestos. Por favor, refiéralas a continuación:

Después de haber revisado el instrumento, existe coherencia entre los criterios de evaluación.

Validado por: Marivel Correa Rojas
Especializado: Maestría en Docencia y Gestión Educativa
Categoría Docente: Nombrado
Tiempo de Experiencia en Docencia Universitaria: 12 años EBR
Cargo Actual: Directora
Fecha: Febrero del 2018


DNI: 40380863

ANEXO N° 3 VALIDACIÓN DE PROPUESTA

ANEXO N° 03

CRITERIO DE EXPERTO PARA VALIDACIÓN DE PROPUESTA

Estimado (a): Alberto Bocanegra Ramos

Solicito apoyo de su sapiencia y excelencia profesional para que emita juicio de la propuesta de investigación Titulada: **La autoevaluación basada en el modelo EFQM para la mejora continua en el órgano de control institucional de la red asistencial Lambayeque de Es salud -2016** que se presenta. Para alcanzar este objetivo se le ha seleccionado como experto (a) en la materia y necesito su valiosa opinión. Para ello debe marcar con una (X) en la columna que considere para cada indicador.

Evalúe cada aspecto con las siguientes categorías:

- MA** : Muy adecuado.
BA : Bastante adecuado.
A : Adecuado
PA : Poco adecuado
NA : No Adecuado

N°	Aspectos que deben ser evaluados	MA	BA	A	PA	NA
I.	Redacción Científica					
1.1	La redacción empleada es clara, precisas, concisa y debidamente organizada	✓				
1.2	Los términos utilizados son propios de la investigación científica	✓				
II	Fundamentación y viabilidad del Modelo					
2.1.	La fundamentación teórica y epistemológica del modelo guarda coherencia con el enfoque sistémico y la nueva ciencia.	✓				
2.2.	El modelo propuesto es coherente, pertinente y trascendente.	✓				
2.3.	El modelo propuesto es factible de aplicarse a otras organizaciones o instituciones.	✓				
III	Fundamentación y viabilidad de la propuesta					
3.1.	La fundamentación teórica guarda relación con la operacionalización de la variable a evaluar.		✓			
3.2.	La propuesta es coherente con la operacionalización de variables.	✓				
3.3.	La propuesta es factible de aplicarse a otras instituciones, grupos o instituciones de similares características de su población de estudio.	✓				

Mucho le voy a agradecer cualquier observación, sugerencia, propósito o recomendación sobre cualquiera de los propuestos. Por favor, refiéralas a continuación:

considero que existe conformidad y coherencia en los criterios establecidos para su validación Exitos.

Validado por: Alvaro Bocanegra Ramos
Especializado: Investigación
Categoría Docente: Asesorías
Tiempo de Experiencia: 23 años
Cargo Actual: Docente e Investigador
Fecha: 18/12/2018


DNI: 05660494

ANEXO N° 03

CRITERIO DE EXPERTO PARA VALIDACIÓN DE PROPUESTA

Estimado (a): *Olga Cecilia Jimenez Calderon*

Solicito apoyo de su sapiencia y excelencia profesional para que emita juicio de la propuesta de investigación Titulada: **La autoevaluación basada en el modelo EFQM para la mejora continua en el órgano de control institucional de la red asistencial Lambayeque de Es salud -2016** que se presenta. Para alcanzar este objetivo se le ha seleccionado como experto (a) en la materia y necesito su valiosa opinión. Para ello debe marcar con una (X) en la columna que considere para cada indicador.

Evalúe cada aspecto con las siguientes categorías:

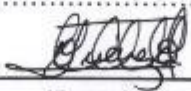
- MA** : Muy adecuado.
- BA** : Bastante adecuado.
- A** : Adecuado
- PA** : Poco adecuado
- NA** : No Adecuado

N°	Aspectos que deben ser evaluados	MA	BA	A	PA	NA
I.	Redacción Científica					
1.1	La redacción empleada es clara, precisas, concisa y debidamente organizada	✓				
1.2	Los términos utilizados son propios de la investigación científica	✓				
II	Fundamentación y viabilidad del Modelo					
2.1.	La fundamentación teórica y epistemológica del modelo guarda coherencia con el enfoque sistémico y la nueva ciencia.	✓				
2.2.	El modelo propuesto es coherente, pertinente y trascendente.	✓				
2.3.	El modelo propuesto es factible de aplicarse a otras organizaciones o instituciones.	✓				
III	Fundamentación y viabilidad de la propuesta					
3.1.	La fundamentación teórica guarda relación con la operacionalización de la variable a evaluar.	✓				
3.2.	La propuesta es coherente con la operacionalización de variables.		✓			
3.3.	La propuesta es factible de aplicarse a otras instituciones, grupos o instituciones de similares características de su población de estudio.	✓				

Mucho le voy a agradecer cualquier observación, sugerencia, propósito o recomendación sobre cualquiera de los propuestos. Por favor, refiéralas a continuación:

De acuerdo a los criterios establecidos para la validación de la propuesta, considero su coherencia y pertinencia para su posterior aplicación.

Validado por: Olga Cecilia Juárez Galderón
Especializado: Investigación y currículo
Categoría Docente: Auxiliar
Tiempo de Experiencia: 12 años
Cargo Actual: Docente
Fecha: 20 de Diciembre del 2018


DNI: 05645443

ANEXO N° 03

CRITERIO DE EXPERTO PARA VALIDACIÓN DE PROPUESTA

Estimado (a): SANDRA RUIZ RUIZ

Solicito apoyo de su sapiencia y excelencia profesional para que emita juicio de la propuesta de investigación Titulada: **La autoevaluación basada en el modelo EFQM para la mejora continua en el órgano de control institucional de la red asistencial Lambayeque de Es salud -2016** que se presenta. Para alcanzar este objetivo se le ha seleccionado como experto (a) en la materia y necesito su valiosa opinión. Para ello debe marcar con una (X) en la columna que considere para cada indicador.

Evalúe cada aspecto con las siguientes categorías:

- MA** : Muy adecuado.
- BA** : Bastante adecuado.
- A** : Adecuado
- PA** : Poco adecuado
- NA** : No Adecuado

N°	Aspectos que deben ser evaluados	MA	BA	A	PA	NA
I.	Redacción Científica					
1.1	La redacción empleada es clara, precisas, concisa y debidamente organizada	X				
1.2	Los términos utilizados son propios de la investigación científica	X				
II	Fundamentación y viabilidad del Modelo					
2.1.	La fundamentación teórica y epistemológica del modelo guarda coherencia con el enfoque sistémico y la nueva ciencia.	X				
2.2.	El modelo propuesto es coherente, pertinente y trascendente.	X				
2.3.	El modelo propuesto es factible de aplicarse a otras organizaciones o instituciones.	X				
III	Fundamentación y viabilidad de la propuesta					
3.1.	La fundamentación teórica guarda relación con la operacionalización de la variable a evaluar.	X				
3.2.	La propuesta es coherente con la operacionalización de variables.	X				
3.3.	La propuesta es factible de aplicarse a otras instituciones, grupos o instituciones de similares características de su población de estudio.	X				

Mucho le voy a agradecer cualquier observación, sugerencia, propósito o recomendación sobre cualquiera de los propuestos. Por favor, refiéralas a continuación:

ES CONFORME SU CONCORDANCIA Y CUMPLE LOS
CRITERIOS ESTABLECIDOS.
✓
Éxitos

Validado por: SANDRA RUIZ RUIZ

Especializado: GESTIÓN DE RECURSOS

Categoría Docente: AUXILIAR

Tiempo de Experiencia: 24 AÑOS

Cargo Actual: DOCENTE EN UCY-PIURA

Fecha: 18/12/2018


DNI: 40967514

ANEXO N° 4

	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 1 de 1
---	--	---

Yo **Ramón Hulman Yerrén**, identificado con DNI N° 17446412, egresado de la Escuela Profesional de Posgrado, del programa de maestría de Gestión de Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, autorizo (X), No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "La autoevaluación basada en el modelo EFQM para la mejora continua en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de Essalud-2016"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....



FIRMA

DNI: 17446412

FECHA: 21 de diciembre de 2018

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	--	--------	-----------

ANEXO Nº 5




ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, **Carlos Cherre Antón** asesor del curso de desarrollo del trabajo de investigación y revisor de la tesis del estudiante: Br. **Ramón Huiman Yerrén** Titulada: **La autoevaluación basada en el modelo EFQM para la mejora continua en el Órgano de Control Institucional de la Red Asistencial Lambayeque de Essalud -2016**. Constató que la misma tiene un índice de similitud de 18%.

Verificable en el reporte de originalidad del programa *turnitin*.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, noviembre del 2018


.....
Dr. Carlos Cherre Antón
Docente asesor de tesis
DNI: 40991682

CAMPUS CHICLAYO
Carretera Pimentel km. 3.5



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE
E. DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

RAMÓN HUIMAN YERRÉN

INFORME TÍTULADO:

**LA AUTOEVALUACIÓN BASADA EN EL MODELO EFQM PARA LA MEJORA CONTINUA EN EL
ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE DE ESSALUD -2016.**

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRO EN GESTION PÚBLICA

SUSTENTADO EN FECHA: 21 DE DICIEMBRE 2018

NOTA O MENCIÓN: APROBAR POR UNANIMIDAD



[Handwritten signature]
FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN