



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Prácticas de la gestión del talento humano y asertividad en el personal de salud de 03 establecimientos del Primer Nivel de Atención de la Dirección de Salud Lima Norte, 2016

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Neyra Choquehuanca, Flor Pierina (orcid.org/0000-0001-6651-1776)

ASESOR:

Dr. Alcas Zapata, Noel (orcid.org/0000-0001-9308-4319)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Dirección de los servicios de salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Desarrollo económico, empleo y emprendimiento

LIMA – PERÚ

2017

Dedicatoria

A mi amada abuela, una mujer sumamente inteligente y de gran fortaleza interna, que no pudo estudiar una profesión, pero logró que sus generaciones realicen postgrados.

Agradecimiento

A Dios, por darme vida y fuerzas para cumplir mis metas.

A mi alma mater y al Dr. Noel Alcas Zapata por su asesoría, dedicación profesional e invaluable apoyo moral.

Índice de contenidos

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	vi
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	11
3.1. Tipo y diseño de investigación	11
3.2. Variables y operacionalización	12
3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis	14
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	15
3.5. Procedimientos	18
3.6. Método de análisis de datos	19
3.7. Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	30
VI. CONCLUSIONES	34
VII. RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS	36
ANEXOS	

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1 Operacionalización de la variable Gestión del talento humano (GTH)	13
Tabla 2 Operacionalización de la variable Asertividad	14
Tabla 3 Ficha Técnica del Cuestionario de Gestión del talento humano	16
Tabla 4 Ficha técnica del Cuestionario de Asertividad	17
Tabla 5 Distribución de frecuencias del nivel de cumplimiento de la GTH, según sus cinco dimensiones	21
Tabla 6 Coeficiente de correlación de Spearman de las variables: GTH, autoasertividad y heteroasertividad.	24
Tabla 7 Coeficiente de correlación de Spearman entre las dimensiones de la variable GTH y la autoasertividad	26
Tabla 8 Coeficiente de correlación de Spearman de las dimensiones de la variable GTH y la heteroasertividad	28

Índice de gráficos y figuras

		Pág.
Figura 1	Distribución global del nivel de cumplimiento de la GTH de tres establecimientos de salud en Lima Norte	20
Figura 2	Distribución de los niveles de autoasertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte	22
Figura 3	Distribución de los niveles de heteroasertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte	23

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal, determinar la relación entre la Gestión del Talento Humano (GTH) y la Asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte, Perú. El enfoque del estudio fue clásico, cuantitativo, no experimental, con diseño correlacional y transversal. La población fue definida por un muestreo no probabilístico e intencional, conformada por 71 trabajadores. Mediante la técnica de la encuesta se aplicó un cuestionario altamente confiable y válido (Alfa de Conbrach 0.85; V de Aiken 1.0) para evaluar el nivel de cumplimiento de las prácticas de GTH, así como el Autoinforme de Conducta Asertiva ADCA-1, destinado a medir el nivel de asertividad. Respecto al análisis de los datos, se realizó la consistenciación de la base de datos y se empleó el programa Excel y estadístico SPSS versión 24. Los resultados afirmaron que existe correlación y relación significativa entre GTH y la asertividad del personal, siendo esta última, analizada desde sus dimensiones: Autoasertividad ($Rho=,655$; $p=,000$) y Heteroasertividad ($Rho=,698$; $p=,000$), concluyéndose que dentro del ámbito laboral, el comportamiento humano puede ser gestionado mediante las prácticas de GTH, por lo que la GTH debe proponerse influir sobre este, a fin de adecuarlo a las necesidades organizativas.

Palabras clave: Gestión del Talento Humano, Asertividad, Habilidades Sociales.

Abstract

The main objective of this research was to determine the relationship between Human Talent Management (HTM) and the Assertiveness of the personnel of three health establishments in Lima Norte, Peru. The study approach was classical, quantitative, non-experimental, with a correlational and cross-sectional design. The population was defined by a non-probabilistic and intentional sampling, made up of 71 workers. Using the survey technique, a highly reliable and valid questionnaire was applied (Cronbach's Alpha 0.85; Aiken's V 1.0) to assess the level of compliance with GTH practices, as well as the ADCA-1 Assertive Behavior Self-Report, aimed at measure the level of assertiveness. Regarding the analysis of the data, the consistency of the database was carried out and the Excel and statistical program SPSS version 24 were used. The results affirm that there is a significant correlation and relationship between GTH and staff assertiveness, the latter being analyzed from its dimensions: Self-assertiveness ($Rho=.655$; $p=.000$) and Hetero-assertiveness ($Rho=.698$; $p=.000$), concluding that within the workplace, human behavior can be managed through GTH practices, so GTH must aim to influence it, in order to adapt it to organizational needs.

Keywords: Human Talent Management, Assertiveness, Social Skills.

I. INTRODUCCIÓN

El reto de atender integralmente el derecho a la salud de las personas, ha orientado a los gobiernos a rediseñar las prestaciones de sus servicios salud, debido a que enfocarse solamente en reducir dificultades en el acceso geográfico, irónicamente ha conseguido abarrotar instalaciones, pero no necesariamente mejorar los índices de la salud de las poblaciones, ni reducir el abismo de insatisfacción de las personas frente a los servicios sanitarios que reciben, viéndose hoy en día la importancia de estudiar el desenvolvimiento de los profesionales de salud, como principales actores que abren la puerta del sistema sanitario a los ciudadanos. Dejándose más que claro, que las grandes reformas en salud, actualmente requieren de una gestión del talento humano (GTH) que no sólo asegure el éxito individual de los profesionales, sino que pueda magnificar los beneficios de trabajar en equipos enfocados a cumplir las metas institucionales, en base a relaciones humanas saludables, que al mismo tiempo impacten en el resultado de la prestación que estos ofrecen (Del Carmen, 2019).

De esta manera, el estudio de la GTH en el sector de la salud, ha concebido gran relevancia a nivel internacional, siendo esta problemática considerada por la Organización Panamericana de la Salud como una arista indispensable en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, efectuándose en los últimos años, un llamado de acción a los países, en aras de atender las carencias de esta situación, y resaltar que el personal sanitario es la base del sistema de salud, debiendo mirarse también en su sentido social y no netamente técnico, para generar relaciones interpersonales que promuevan climas de trabajo favorables y aseguren el compromiso del personal con los objetivos institucionales (Organización Panamericana de la Salud, 2005). Siendo fundamental considerar que diversos antecedentes a nivel mundial, nos indican que es posible gestionar el talento humano en el ámbito laboral, siempre que el sistema se proponga guiar el comportamiento de los profesionales hacia una cultura positiva, que aterrice en acciones que finalmente sean percibidas favorablemente por el usuario de salud (Bautista et al., 2021).

De esta misma forma, a nivel nacional, diversos hallazgos plasman el mismo interés, al confirman el vínculo significativo entre la GTH, y el desempeño y

competencias de los trabajadores de los establecimientos de salud (Muñoz, 2022; Campos & Torres, 2021; Toledo, 2018; Crisóstomo, 2019), lo que concentró nuestra motivación en estudiar la adecuación de las estrategias de la gestión de personas, a la promoción de habilidades y competencias del personal, para la consecución del logro de objetivos, teniendo en cuenta que las actividades que desarrollan las profesiones ligadas al ámbito de la salud, son ejecutadas diariamente en base a relaciones interpersonales, siendo que gozar de habilidades sociales define en gran parte, el éxito, así como las dificultades que se pueden presentar en ellas, siendo necesario conocer el papel que juega la asertividad, como cualidad determinante de las habilidades sociales (García & Magaz, 2011), en la búsqueda de la tan ansiada optimización de la relación profesional-paciente.

De este modo, tal como se detalla, lo expuesto centró el interés de este estudio en la realidad problemática de cada uno de los tres establecimientos de salud participantes en esta investigación, en los que los usuarios del servicio generalmente no acusaban insatisfacciones respecto a factores netamente técnicos en la atención, sino en su mayoría, en las formas de interacción con el personal de salud durante estas, situación contrastada con los planes de capacitación implementados en estos centros, los cuales se encontraban poco orientados a resolver este tópico, o a dotar de herramientas al personal, para la optimización en sus relaciones interpersonales. Situación que refleja lo evidenciado en la última encuesta nacional realizada para cuantificar la satisfacción de los pacientes respecto al sistema sanitario peruano, la misma que dio a conocer, que los usuarios consideraban como “buen trato”, la amabilidad, cordialidad y empatía, con la que se recibía la atención del personal de salud, siendo el “maltrato” (34.4%) el segundo problema que se evidenciaba de manera constante en las quejas, por lo que se recomendaba buscar el compromiso de los trabajadores respecto al cambio de sus actitudes, con el fin de brindar una atención basada en “buen trato” (Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, 2014).

Es por lo expuesto que este estudio se justificó teóricamente en poner a la luz de la comunicad científica, aportes nuevos que faciliten la identificación y el entendimiento del vínculo entre la GTH y la asertividad, en un conjunto considerable de profesionales, como los incluidos en este estudio, con la intención de estudiar el alcance de la GTH, sobre las interacciones personales satisfactorias entre el

personal y los usuarios del servicio de salud. Así como, el estudio se justificó metodológicamente, en la adaptación de un instrumento de medición, que recaba información, exponiendo indicadores para la detección de los aciertos y desaciertos de la GTH, estableciendo los cimientos para otras investigaciones que se desarrollen con el mismo objetivo. Y justificándose además en el contexto práctico, en que los resultados puedan servir de sustento, para la creación de planes de mejora en el fortalecimiento de las interrelaciones asertivas del personal de salud de las instituciones participantes. Del mismo modo, esta investigación se consideró viable al proponerse favorecer la modernización de la GTH, conforme a los retos de la reforma de salud peruana.

Es por esto que se presenta la siguiente interrogante como problema general de este estudio: ¿cuál es la relación entre la GTH y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte?, así como se presentan cinco problemas específicos, derivados del análisis dimensional de la variable GTH, en relación a la asertividad del personal de salud, con los consiguientes objetivos específicos planteados para cada problema, así como sus respectivas hipótesis propuestas para cada caso (véase anexo 2).

II. MARCO TEÓRICO

Diversos antecedentes internacionales nos invitan a entender la GTH, como aquella que busca la alineación de los comportamientos de los profesionales con las políticas y objetivos organizacionales (Chiavenato, 2009). Tal como indicaron Bautista et al. (2021) y Apolo-Pérez et al. (2021), al concluir respectivamente en cada uno de sus estudios, que la GTH impartida en los establecimientos puede difundir diversas acciones en pro de mejoras en los climas laborales y políticas de prestaciones bien percibidas por los usuarios, sin embargo, es el propio personal que en última instancia aterriza las acciones, mostrando así la necesidad fundamental de alienar el comportamiento de los profesionales al propósito de las instituciones. Tal como Rueda et al. (2020) concluyeron, al manifestar que los desaciertos de la GTH en las organizaciones originan perjuicios a la productividad de la misma, considerando que esta debe buscar el mejoramiento de las competencias del personal, para el cumplimiento de las estrategias organizacionales, de la misma manera que Redondo et al. (2018) afirmaron al indicar que una GTH óptima, debe caracterizarse por potenciar las competencias del personal en beneficio impactar positivamente en el logro de los ansiados objetivos.

De este mismo modo, a nivel nacional, gran variedad de antecedentes evidencian la presencia de una relación significativa entre la GTH y la competencias del personal de salud, tal como lo dieron a conocer Muñoz (2022), Quispe (2020) y Toledo (2018), así como otros autores que dieron conocer la relación significativa entre la GTH y el desempeño del personal de salud en sus centro de trabajo, tal como lo manifestaron Campos & Torres (2021), al igual que Crisóstomo (2019), siendo este último quien además concluyó que el fortalecimiento que la GTH imparte sobre las competencias de los trabajadores de salud, repercute en el cumplimiento de los objetivos de las instituciones sanitarias.

Respecto al estudio teórico de la variable GTH, pueden considerarse como referente en el campo teórico de la administración de las personas, la teoría funcional de Fayol (1987), quien apuntaba a destacar que las organizaciones debían cumplir funciones específicas para poder ser eficientes, citando funciones técnicas, comerciales, financieras, contables, de seguridad y administrativas, que

debían sincronizarse para lograr un correcto funcionamiento, considerando a los trabajadores piezas claves para concretar dichas funciones; la teoría burocrática de Weber (1922) basado en el principio de mantener una administración jerárquica, con instancias superiores y menores, que se desenvuelven en base a reglas y normas claras, y formalmente pactadas; así como la teoría humanística de McGregor (1994), quien postuló la denominada “Teoría X y Teoría Y”, que contrasta la antigua concepción de una GTH enfocada en supervisar y castigar, la nula o poca disposición de las personas para el trabajo, con el pensamiento moderno de integrar los objetivos de las personas, con los de la empresa, para que el trabajo se convierta en una fuente de satisfacción que permita mejores resultados, siendo esta última la que inspiró en gran parte a las teorías modernas, como la de Longo (2004), con su teoría de modelo integrado, que presenta a la GTH, como un sistema integrado, que tiene como finalidad primordial, actuar de manera articulada, para la adecuación del personal a la estrategia organizacional, a través de diversos procesos alineados a cumplir los objetivos generales, teoría que fundamenta la presente investigación.

En este sentido, tanto autores pioneros en el estudio de las ciencias administrativas, como de reconocidos empresarios de éxito a nivel mundial, han desarrollado y divulgado un abanico de teorías, respecto a la administración de las personas (Chiavenato, 2009), que ha conllevado a que en la actualidad, autores modernos como Longo (2004), Alles (2005) y Dolan et al. (2007), sostengan coincidentemente, la importancia de la GTH, para la adecuación del personal a la estrategia organizacional, a través de diversos procesos alineados a cumplir los objetivos generales, tal como describe Chiavenato (2009), al considerarla fundamental, para crear las condiciones que finalmente estimulen al capital humano a desarrollarse, en base a procesos estrechamente relacionados entre sí, de manera sistemática y no ejecutados aisladamente. Enfocando sobretodo su importancia, en los beneficios que se pueden conseguir, al gestionar el comportamiento del personal, promoviendo conductas favorables, como el cumplimiento de tareas encomendadas, la motivación por el aprendizaje continuo, el ánimo por la colaboración, el compromiso e identificación con el grupo, etc., así como minimizar otros perjudiciales, como el absentismo, la alta rotación, la desmotivación, las relaciones conflictivas, entre otros (Longo, 2004).

De esta manera, en cuanto a definiciones de la GTH, esta es entendida por Chiavenato (2009), como aquel conjunto de actividades que se llevan a cabo con el fin de conseguir un producto o generar valor para un determinado cliente, sea externo o interno; así como Dessler (2009), que la entiende como un grupo de funciones que básicamente se llevan a cabo dentro de la organización, para la administración del personal; tal como es definida por Dolan et al. (2007), como una agrupación de las actividades que se llevan a cabo para lograr los objetivos de la organización respecto a los recursos humanos; acorde a la concepción que posee Alles (2005), al definirla como aquellos procesos que tiene razón de llevarse en cabo para cumplir con los objetivos que la GTH se propone, dentro de los objetivos generales de las organizaciones; así como es entendida por Longo (2004), como las decisiones que se materializan en actividades y se desarrollan para aplicar las políticas de administración de personas dentro de la organización; hasta llegar a ser definida en los últimos años por Majad (2016), como una filosofía que gerencia los valores, el rol que desempeña el ser humano, el creencias de cada uno, y el comportamiento en sociedad como parte de una organización.

Respecto a las características de la GHT, indiscutiblemente estas han evolucionado dinámicamente en el tiempo, incorporando peculiaridades acorde a cada una de las teorías propuestas, desde las particularidades de una gestión de personas de antaño, basaba fundamentalmente en definir costos de insumos y mano de obra, hasta aquella gestión que hoy en día posee características dirigidas a favorecer integralmente el desarrollo y desenvolvimiento del factor humano dentro de las organizaciones (Chiavenato, 2009). Podemos mencionar que, de acuerdo a cada teoría, la GTH puede estar caracterizada por 5, 6 o hasta 7 procesos, también llamados prácticas o subsistemas de la GTH. Todos evidenciando similitudes entre sí, desde la mención que se le otorga al proceso de seleccionar e incorporar talentos, hasta la evaluación del rendimiento de los trabajadores, la preparación y desarrollo de los mismos, y la optimización de las relaciones humanas entre todos los integrantes (Chiavenato, 2009 ; Dolan et al., 2007; Longo, 2004; Alles, 2005).

De esta manera, tras el análisis de las diversas teorías, definiciones y características, se puede deducir que no existe un único modelo indiscutible de la GTH, no obstante, es preciso apuntar a tendencias orientadas al tratamiento sistémico de esta, tal como propone la teoría de Longo (2004), al describir la GTH

como un modelo integrado, que plantea siete dimensiones a manera de subsistemas interconectados: la planificación de recursos humanos, la organización del trabajo, la gestión del empleo, la gestión del rendimiento, la gestión de la compensación, la gestión del desarrollo, y la gestión de las relaciones humanas y sociales. Por lo que, para efectos del presente estudio, la investigación asume el enfoque de la mencionada teoría de Longo (2004); misma argumentación, que sentó las bases de la argumentación teórica que se empleó para la construcción de las políticas creadas en pro de la modernización de la gestión pública peruana (Política Nacional de Modernización de La Gestión Pública AI 2021, 2013; Decreto Supremo N°040-2014-PCM, 2014).

En cuanto a la dimensión “gestión de la organización del trabajo y su distribución” (GOTD), Longo (2004), la define como aquella orientada a delimitar cada una de las tareas que se requiere que cada uno de los roles desempeñe, así como las condiciones de formación profesional y habilidades de quienes se encargarán de llevarlas a cabo, tal como Chiavenato (2009) indica al definirla como aquellos procesos que elaboran y reúnen una lista de actividades que los integrantes de la organización desarrollarán, diseñando perfiles y puestos, así como Dolan et al. (2007), la concibe finalmente, como aquella que permite el análisis de los puestos para atender necesidades concretas de la organización, en cuanto a conocimientos, actitudes y una gama de habilidades

En referencia a la “gestión del empleo” (GE), Longo (2004), la define como aquel proceso que, a manera de un gran flujo, gestiona la corriente de ingreso, desplazamiento y salida de las personas, dentro de las organizaciones, con todo lo conlleva la incorporación de un talento, desde reclutarlo, seleccionarlo, inducirlo frente al puesto que asumirá, reubicarlo de darse el caso, hasta finalmente desvincularlo; así como la define Chiavenato (2009), al presentarla como aquella que integra personas a la organización, promoviendo el abastecimiento de talentos, basado en un reclutamiento idóneo y amplios criterios de selección; llamando la atención la definición que le otorga Dolan et al. (2007), al manifestar que es aquella que consigue las habilidades y conocimientos que requieren las organizaciones, buscando los talentos por fuera (reclutamiento), o a través de la formación del propio talento que lo conforma.

Respecto a la “gestión del rendimiento” (GR), esta es definida por (Longo

(2004), como aquella que tiene el objetivo de alinear la productividad de las personas, con las necesidades de la organización, reuniendo información provechosa sobre el aporte de los talentos, con la intención de contribuir a la toma de decisiones; similar a la concepción que le otorga Chiavenato (2009) al presentarla como aquella práctica enfocada en fiscalizar la producción de las personas, supervisando su desenvolvimientos y los resultados que estos obtienen, en ánimo de mantener una evaluación constante; siendo que por otro lado, la definición que le brinda Dolan et al. (2007), nos lleva a la practicidad conceptual, siendo que la describe como aquella que pone en evidencia las falencias de las personas, permitiendo a las organizaciones efectuar remodelaciones de los puestos o activar planes de formación.

Del mismo modo, la “gestión de la capacitación y desarrollo” (GCD), es definida por Longo (2004), como la que promueve el crecimiento de los talentos que conforman las organizaciones, impulsando el desarrollo de estos en el ámbito profesional, consecuentemente con satisfacer las necesidades de la organización; coincidiendo con la descripción que emite Chiavenato (2009), al definirla; siendo que Dolan et al. (2007), agrega a su definición, que la GCD, es aquella que contribuye a reducir la rotación de las personas, dato que lo dota ampliamente de herramientas que les permiten adaptarse o movilizarse en el abanico de puestos, ampliando sus oportunidades de desarrollo profesional así como de perfeccionamiento.

Finalmente, en cuanto a la “gestión de relaciones humanas y sociales” (GRHS), Longo (2004) la define como la encargada de afianzar las relaciones humanísticas, de las personas con la organización, promoviendo la formación de vínculos colectivos; así como la define Chiavenato (2009) al conceptualizarla como aquella que incentiva a las personas, enfocándose en atender sus requerimientos naturalmente humanos y sociales; tal como la presenta Cejas et al., (2011) al definirla como aquel proceso destinado a conseguir el bienestar individual del trabajador, así como la armonía en su relación con la organización, en aras de construir una convivencia sana y sostenible.

Por otro lado, respecto al estudio teórico de la variable asertividad, podemos mencionar que coexisten una variedad de acercamientos teóricos, que buscan delimitar este constructo, el cual controversialmente se superpone a otras

terminológicas para referirse a las habilidades sociales de una persona, su conducta social, rasgos de su personalidad, o la agresividad para enfrentar los problemas, entre otros (Gaeta & Galvanovskis, 2009), sin embargo, es posible distinguir una diferenciación marcada, entre las teorías que incluyen la consideración de uno o dos factores, siendo que por un lado, encontramos teorías unidimensionales, que conceptualizan la asertividad como aquella búsqueda del bienestar individual en el desarrollo de las interacciones sociales, así como teorías bidimensionales, que consideran que también está presente la búsqueda del bienestar de la otra persona que interrelaciona con uno (López, 2013). Por lo que, se adopta en esta investigación, la teoría bidimensional sostenida por García & Magaz (2011), autores que, visualizan la asertividad, en componentes independientes, en el accionar con uno mismo, así como con el resto.

En este sentido, la importancia del estudio de la variable asertividad, radica en la amplia elaboración de modelos y estrategias que se han propuesto, para tratar las falencias en los niveles de asertividad de los individuos, ofreciendo múltiples modelos para el entrenamiento de la asertividad, el cual brinda herramientas a las personas que por ausencia de habilidades sociales, presentan tropiezos en sus interrelaciones, a razón de las dificultades al comunicar sus sentimientos, opinión o deseos, de una manera directa, sincera y respetuosa, para consigo mismo y con los demás (Zaldivar, 1994).

De este modo, existe una gran amplitud y la diversidad de definiciones, entre las que podemos mencionar la concepción que le otorga Lazarus (1966) a la asertividad, al presentarla como la libertad del componente emocional de las personas, para defender sus derechos, sin manifestaciones de ansiedad; así como Rimm & Masters (1974), quienes la definen como la conducta sincera y directa, en la declaración de nuestros sentimientos, durante las interacciones personales; tal como Wolpe (1993) la define, al presentarla como la manifestación acertada de nuestras emociones hacia otra persona, coincidentemente sin presencia de ansiedad; al igual que Alberti & Emmons (1978) la consideran, agregando que es una expresión de emociones, de manera cómoda, sin afectar los derechos de los demás; misma línea de pensamiento que comparten Riso (1988), Carrillo (1991) y García & Magaz (2011), quienes adicionan que es el proceder que nos permite mostrar aceptaciones o desacuerdos, halagos o críticas, en respecto continuo de

nuestras formas de pensar y la de los demás, durante las interacciones sociales que llevamos a cabo.

Respecto a las características de la asertividad, indiscutiblemente, tal como lo evidencian los postulados teóricos, la asertividad no se caracteriza como un rasgo en la personalidad, sino como una singularidad del comportamiento de los individuos, en las interacciones sociales, sin la presencia de emociones negativas, y basado en el respeto propio y ajeno, como peculiaridad más resaltante. Podemos resumir entonces, que, de acuerdo a cada teoría, la asertividad puede estar caracterizada por 1 o 2 dimensiones, siendo que García & Magaz (2011), la presentan en componentes independientes, denominados por los mismos autores como: autoasertividad y heteroasertividad, identificando de forma más precisa, la asertividad en el accionar para con uno mismo, así como con el resto.

En cuanto a la dimensión “autoasertividad”, García & Magaz (2011) la define como la conducta que logra que los individuos, logren manifestar su emociones, respetando sus sentimientos, deseos o preferencias; tal como Rimm & Masters (1974) al manifestar igualmente, que es aquella conducta sincera y sin desviaciones en la expresión de las formas de sentir y como Lazarus (1966) la conceptualiza, al definirla como la capacidad de exteriorizar nuestras emociones, de la manera más libre y veraz con uno mismo.

Por otro lado, al referirse a la dimensión “heteroasertividad”, García & Magaz (2011) la define como la forma de actuar respetuosa, sincera y amigable, de una persona, frente a las manifestaciones del sentir, gustos, deseos o preferencias de las otras que interactúan con esta; tal como Carrillo (1991) y Riso (1988) proponen, al acotar en sus definiciones sobre la asertividad, que, en nuestro comportamiento, también debe coexistir un respeto por los derechos de las otras personas y no solamente por los nuestros.

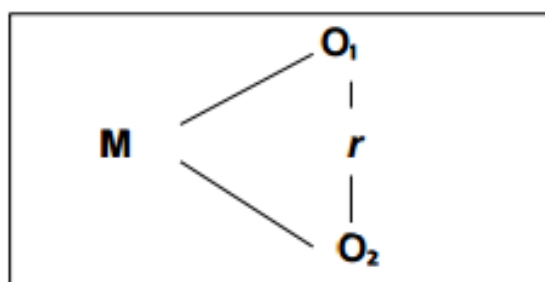
III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Esta investigación posee un enfoque considerado cuantitativo al recolectar datos con la intención de comprobar hipótesis, mediante mediciones numéricas y análisis estadísticos (Hernández et al., 2014). Así como, según su finalidad, de tipo básica, ya que dirige sus esfuerzos a la búsqueda de un conocimiento profundo de la relación entre las dos variables citadas en este estudio (Concytec, 2018).

En cuanto al diseño empleado para esta investigación, según la intervención que tuvo el investigador, este fue no experimental, ya que no se efectuaron variaciones de forma intencional sobre las variables, siendo que estas se observaron de manera ajena a la voluntad del investigador. Así como según su control, el diseño empleado fue de tipo correlacional, ya que buscaba conocer la relación entre las variables GTH y Asertividad, así como el grado de asociación existente entre ambas. Siendo, además la secuencia del estudio, transversal, considerando que los datos fueron recabados en un momento único (Hernández et al., 2014). Por lo que el esquema del estudio se presentó de la forma que se detalla a continuación:

Esquema correlacional:



Dónde:

M = Muestra.

O₁ = Gestión del Talento Humano

O₂ = Asertividad

r = Relación de las variables de estudio.

3.2. Variables y operacionalización

3.2.1. Variable independiente: Gestión del talento humano (GTH)

Definición conceptual

Acorde a Longo (2004), la GTH es entendida como las decisiones y prácticas que se asumen y se llevan a cabo en este campo, y que suponen la ejecución de políticas anticipadamente definidas o adoptadas por cada organización.

Definición operacional

Para fines del presente estudio es la percepción del personal de salud sobre la GTH impartida en su institución, ordenadas según las cinco dimensiones: gestión de la organización del trabajo y su distribución (GOTD), gestión del empleo (GE), gestión del rendimiento (GR), gestión de capacitación y desarrollo (GCD), y gestión de las relaciones humanas y sociales (GRHS), de tres establecimientos de salud de Lima Norte. Medida por 25 preguntas de tipo cerradas, mediante la técnica de la encuesta, para identificar la escala del cumplimiento de la GTH (no cumple, cumple parcialmente, cumple totalmente), según sus niveles de cumplimiento percibido (bajo: <33%; medio: >33 - 66%; alto: >66%).

3.2.2. Variable dependiente: Asertividad

Definición conceptual

Acorde a García & Magaz (2011), concebida como aquel atributo que define las conductas sociales en base al respeto impartido por igual, tanto a uno mismo, como con las personas con las que se interacciona.

Definición operacional

Considerada en esta investigación como la opinión de propio personal al evaluarse, respecto a la percepción de la forma habitual de comportarse, en distintas circunstancias de su vida cotidiana, según las dimensiones: Autoasertividad y Heteroasertividad, medida por 35 preguntas cerradas, mediante un cuestionario (Escala ACDA-1) a través de la técnica de encuesta, y ordenada en

una escala de cuatro categorías (nunca o casi nunca, pocas veces, a menudo con cierta frecuencia, siempre o casi siempre), según su nivel de comportamiento (muy bajo: 0-20%; bajo: >20-40%; medio: >40-60%; alto: >60-80%; muy alto: >80-100%).

3.2.3 Operacionalización

Tabla 1

Operacionalización de la variable Gestión del talento humano (GTH)

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional			
		Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Niveles y rangos
GTH	Acorde a Longo (2004), la GTH es entendida como las decisiones y prácticas que se asumen y se llevan a cabo, y que suponen la ejecución de políticas anticipadamente definidas o adoptadas por cada organización.	• GOTD	•Diseño de Puestos •Selección •Vinculación •Inducción	No cumple Cumple parcialmente	Bajo <33% Medio
		• GE	•Evaluación del Desempeño •Capacitación de competencias técnicas •Capacitación de competencias participativas	Cumple totalmente	>33% - 66%
		• GR	•Capacitación de competencias sociales •Monitoreo •Certificación		Alto >66%
		• GCD	•Progresión en la Carrera •Relaciones Laborales individuales y colectivas •Seguridad y Salud en el Trabajo		
		• GRHS	•Bienestar Social •Cultura y Clima Organizacional •Comunicación Interna		

Tabla 2

Operacionalización de la variable Asertividad

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional			
		Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Niveles y rangos
Asertividad	Entendida por García & Magaz (2011), como aquel atributo que define las conductas sociales en base al respeto impartido por igual, tanto a uno mismo, como con las personas con las que se interacciona.	Auto asertividad	<ul style="list-style-type: none"> •Actuar de modo diferente a como los demás desearían •Hacer las cosas de manera imperfecta •Cometer equivocaciones •Pensar de manera propia y diferente •Cambiar de opinión •Aceptar y rechazar críticas o quejas •No saber algo •No entender algo •Formular preguntas •Hacer peticiones •Rechazar una petición •Expresar sentimientos •Elogiar y recibir elogios 	<ul style="list-style-type: none"> Nunca o casi nunca Pocas veces A menudo con cierta frecuencia Siempre o casi siempre 	<ul style="list-style-type: none"> Muy bajo 0-20% Bajo >20-40% Medio >40-60% Alto >60-80% Muy alto >80-100%
		Hetero asertividad	<ul style="list-style-type: none"> •Actuar de modo diferente a como los demás desearían •Hacer las cosas de manera imperfecta •Cometer equivocaciones •Pensar de manera propia y diferente •Cambiar de opinión •Aceptar y rechazar críticas o quejas •Decidir la importancia de las cosas •No saber algo •No entender algo •Formular preguntas •Hacer peticiones •Rechazar una petición •Expresar sentimientos 		

3.3. Población, muestra y muestreo

Siendo la población entendida como aquella agrupación de personas de los que se desea saber algún aspecto dentro de una investigación (Hernández et al., 2014), en este marco, la población de este estudio estuvo integrada por 71 profesionales, técnicos y auxiliares, todos ellos trabajadores de tres establecimientos de salud en Lima Norte, de diversas profesiones como médicos

cirujanos, cirujanos dentistas, licenciados de enfermería, obstetras, licenciados en nutrición, licenciados de psicología, técnicos de enfermería y técnicos de administración, de sexo tanto masculino como femenino, de edades entre 18 hasta los 60 años, con situación laboral de personal nombrado y personal contratado, y con tiempo de servicio mínimo de 12 meses en la institución.

De la misma manera, si bien la muestra es considerada un subgrupo de lo concebido como población, en esta investigación se empleó un muestreo no probabilístico, debido a que la elección de los elementos de estudio fue dirigido (Hernández et al., 2014), por lo que se consideró a toda la población de manera intencional. Es así como la información fue recolectada del número total de 71 individuos, trabajadores de los tres establecimientos de salud incluidos en este estudio.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

3.4.1 Técnica de la encuesta

A fin de recopilar de los datos, la encuesta fue la técnica empleada, método que se lleva a cabo a través de la ejecución de un instrumento denominado cuestionario, con la intención de recabar información sobre las diversas opiniones, comportamientos o percepciones de los sujetos incluidos en un estudio, a través de preguntas preestablecidas y orientadas a conseguir respuestas sobre el problema planteado (Arias, 2020). Por lo que, para la medición de la GTH y asertividad, se empleó un instrumento estructurado en tres secciones. La primera, destinada a registrar los datos de tipo demográfico y la condición laboral de los participantes, la segunda orientada a recopilar información sobre el cumplimiento percibido de la GTH en su centro de labores y la tercera direccionada a recabar la opinión de la frecuencia de su forma de comportarse, en una lista de situaciones de interacción social; siendo las partes detalladas, precedidas por un enunciado sobre las instrucciones para el desarrollo del cuestionario, explicación de las escalas de medición, duración de la prueba, y agradecimiento por la participación sincera y consciente.

3.4.2 Fichas técnicas de los instrumentos

Tabla 3

Ficha Técnica del Cuestionario de Gestión del talento humano

FICHA TÉCNICA 1	
Nombre del cuestionario	Cuestionario de GTH
Nombre del autor	Longo (2004); Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP -V.02 (2007)
Adaptado por	Flor Pierina Neyra Choquehuanca.
Lugar de Aplicación	Tres establecimientos de salud en Lima Norte, Perú.
Administración	Individual (ejecutada en colectivo)
Objetivo	Determinar los niveles de cumplimiento de la GTH
Duración de la prueba	10-15 minutos aproximadamente.
Grupos de aplicación	Personal de salud.
Indicador	Nivel de cumplimiento de la Gestión de Talento Humano.
Número de Ítems	25
Aspectos evaluados	-Dimensión 1: GOTD (01 pregunta). -Dimensión 2: GE (05 preguntas). -Dimensión 3: GR (02 preguntas). -Dimensión 4: GCD (07 preguntas). -Dimensión 5: GRHS (10 preguntas).
Escala de medición	-No Cumple -Cumple parcialmente -Cumple totalmente
Nivel y rango	-Bajo: <33% de cumplimiento de los ítems. -Medio: rango de >33% - 66% de cumplimiento de los ítems. -Alto: >66% de cumplimiento de los ítems.
Alfa de Conbrach	Confiabilidad del instrumento: alfa de Conbrach de 0.85, mediante juicio de expertos, que detalla una fiabilidad alta, en base a una prueba piloto de 10 casos.
Materiales	Lápiz y cuestionario impreso.

Tabla 4
Ficha técnica del Cuestionario de Asertividad

FICHA TÉCNICA 2	
Nombre del cuestionario	Autoinforme de Conducta Asertiva ADCA-1
Nombre del autor	García & Magaz (2011)
Lugar de aplicación	Tres establecimientos de salud en Lima Norte, Perú.
Administración	Individual (ejecutada en colectivo)
Objetivo	Determinar el nivel de autoasertividad y heteroasertividad
Duración de la prueba	10- 15 minutos aproximadamente.
Grupos de aplicación	Personal de salud.
Indicador	Nivel de autoasertividad y nivel de heteroasertividad
Número de Ítems	35
Aspectos a evaluar	-Dimensión 1: Autoasertividad (20 preguntas). -Dimensión 2: Heteroasertividad (15 preguntas).
Valoración	-Nunca o casi nunca -Pocas veces -A menudo con cierta frecuencia -Siempre o casi siempre
Nivel y rango	-Muy bajo: 0-20% -Bajo: >20-40% -Medio: >40-60% -Alto: >60-80% -Muy alto: >80-100%
Alfa de Conbrach:	Los autores publicaron como índice de consistencia interna original: 0.90 para autoasertividad y 0.85 para heteroasertividad, ejecutada en España (García y Magáz, 1991). En el caso del presente caso, se obtuvo un alfa de Conbrach de 0.85 para cada categoría, en base a una muestra piloto de 10 individuos.
Materiales	Lápiz y cuestionario impreso.

Considerando que la validez de un instrumento no se asume sino más bien debe ser comprobada, debido a que mientras más validez de contenido, criterio y constructo evidencie un instrumento, más cercano estará de representar las variables que se requieren cuantificar o medir (Hernández et al., 2014), la validez de los cuestionarios empleados se consiguió por criterio de jueces o juicio de expertos, evaluando aspectos de pertinencia, relevancia y claridad. Siendo que el jurado estuvo integrado por tres catedráticos de la Universidad “Cesar Vallejo” (Sede Lima Norte), a razón de pericia profesional tanto como investigativa en relación al tópico de estudio, quienes concluyeron que el instrumento era aplicable, al presentar pertinencia, relevancia y claridad, manifestándose el acuerdo positivo y unánime de los jueces, en ambos cuestionarios, sin acotaciones o sugerencias, y obteniéndose un coeficiente de V Aikan de 1.0 en cada uno.

Respecto a la confiabilidad de los cuestionarios, y considerando que esta presenta el grado en que su aplicación al mismo individuo de manera reiterada, arroja resultados considerados iguales (Hernández et al., 2014). Se utilizó la prueba de Alfa de Conbrach, en un piloto a modo de prueba sobre 10 casos (14% de la población del estudio). Creándose una matriz, previa codificación, registro y limpieza de datos y procediéndose a la prueba de confiabilidad, mediante el programa SPSS, aplicándose la prueba de coeficiente “Alfa de Cronbach” a los 25 elementos del cuestionario de GTH y a los 35 elementos del cuestionario de asertividad, concluyéndose respecto a su fiabilidad, que los dos cuestionarios de este estudio presentaban un nivel alto (0.85 para cuestionario GTH) y muy alto (0.80 para cuestionario asertividad).

3.5. Procedimiento

Para la ejecución de este estudio, se consiguieron los debidos permisos a las máximas autoridades de tres establecimientos de salud de Lima Norte, quienes, considerando el objetivo y la justificación práctica de la investigación, emitieron su aceptación a participar, suscribiendo su autorización. De esta manera, se dio inicio al estudio, mediante una prueba piloto a 10 sujetos, a través de un cuestionario físico a manera de encuesta. Siendo que, tras lo mencionado, en una siguiente y única fecha, se ejecutó el instrumento a toda la población, impartiendo anticipadamente una breve charla, en aras de prevenir sesgos en el proceso de

autocalificación, y reafirmar la confidencialidad de datos, para disipar temores a represarías, que pudiesen interferir con los resultados. Seguido del uso de consentimientos informados, que incluían el objetivo del estudio, el lugar y tiempo proyectado, especificaciones del manejo de los resultados; así como palabras motivacionales exhortando a contestar la totalidad del cuestionario y solicitar asistencia en el caso de suscitarse dudas.

3.6. Métodos de análisis de datos

En cuanto al análisis de los datos recabados, se empleó estadística de tipo descriptiva e inferencial, con medidas, tanto de tendencia central y de dispersión para las variables de tipo cuantitativas, así como de proporciones para las de tipo categórica. En cuanto a la categorización de la información, se registró, clasificó, codificó y ordenó los datos empleando el programa Excel, por medio de la elaboración de una matriz, seguido de la consistenciación de esta, a través de funciones específicas del programa Excel y SPSS, para el aseguramiento de la calidad de los registros. Respecto a la valoración de los resultados, se efectuaron operaciones en base a los sistemas de calificación de los cuestionarios de ambas variables (detallados previamente en sus fichas técnicas). En cuanto a la estadística descriptiva, se describieron los datos recogidos por medio de tablas y gráficos de resultados, a través del programa Excel, y en el caso de la estadística inferencial, el análisis e integración de los datos, se efectuó empleando el programa SPSS 27.0, aplicándose la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con el objetivo de conocer la normalidad de la distribución de los casos, obteniéndose un resultado de $\text{sig.} < 0.05$, concluyéndose que los datos no presentaban una distribución normal, lo que conllevó a utilizar una prueba de tipo no paramétrica para la correspondiente contrastación de las hipótesis propuestas en esta investigación, procediéndose a la aplicación de la Prueba de Spearman, con nivel de confianza del 95% y significancia del 5%.

3.7 Aspectos éticos

Este informe de investigación, se realizó respetando los lineamientos, de lo establecido por Asociación Médica Mundial (2013), entidad que promueve el cumplimiento de la ética en estudios de seres humanos, velando por proteger y

respetar, la vida, la salud, así como la dignidad de las personas, en pleno cuidado de la intimidad y privacidad de la información que se recaba de los individuos participantes en investigaciones. Además de considerarse para esta investigación, la opinión favorable del tutor asesor y de las máximas autoridades de los tres establecimientos de salud participantes, seguida de la firma del consentimiento informado de los sujetos de este estudio, a quienes se les hizo de conocimiento el derecho que tenían de participar de manera voluntaria, así como del derecho que los amparaba para solicitar el retiro, cualquier momento del estudio, sin obligación de expresar causa alguna o exponerse a algún tipo de represalia (ver anexo X).

IV. RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivos

4.1.1 Variable Gestión del Talento Humano (GTH)

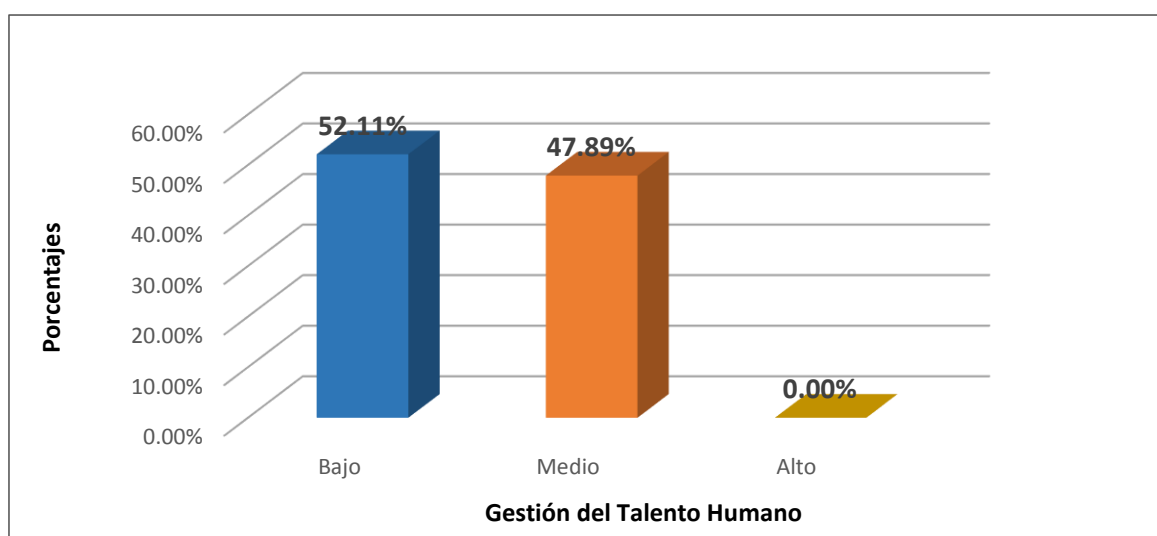


Figura 1. Distribución global del nivel de cumplimiento de la GTH de tres establecimientos de salud en Lima Norte

Los resultados arrojaron, tal como se observa en la figura 1, que de la población de 71 trabajadores (100%), el 52.11% calificó el cumplimiento de las prácticas de la GTH en un bajo nivel, el 47.89% con nivel considerado como medio y ninguno lo calificó con nivel de cumplimiento alto. En consecuencia, el cumplimiento que los trabajadores perciben sobre las prácticas o actividades de la GTH, es bajo en cada uno de los establecimientos incluidos en presente el estudio.

Tabla 5

Distribución de frecuencias del nivel de cumplimiento de la GTH, según sus cinco dimensiones

Niveles	Dimensiones de la variable GTH									
	GODT		GE		GR		GCD		GRHS	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Bajo	20	28,2	37	52,1	16	22,5	40	56,3	40	56,3
Medio	47	66,2	33	46,5	30	42,3	31	43,7	31	43,7
Alto	4	5,6	1	1,4	25	35,2	0	0	0	0
Total	71	100,0	71	100,0	71	100,00	71	100,00	71	100,00

De acuerdo a la tabla 5 se puede observar el nivel de cumplimiento considerado por la población de 71 trabajadores (100%) respecto a la GTH en sus centros de labores, según sus cinco dimensiones. Siendo que respecto a la dimensión “gestión de la organización del trabajo y distribución”, el 66.20% la calificó con un nivel medio, el 28.17% con uno bajo y el 5.63% con un alto nivel, por lo que el cumplimiento de esta dimensión se consideró con un nivel medio-bajo. Respecto a la dimensión “gestión del empleo”, el 52.11% consideró su cumplimiento bajo, el 46.48% lo percibió en un nivel medio y el 1.41% la definió con un alto nivel, en consecuencia, el cumplimiento de esta dimensión fue considerado de bajo nivel. Sobre la dimensión “gestión del rendimiento”, el 42.25% calificó su cumplimiento como medio, el 35.21% alto y el 22.54% bajo, considerándose el cumplimiento de esta en un nivel medio. Asimismo, sobre la dimensión “gestión de la capacitación y desarrollo”, el 56.34% la calificó con un bajo nivel, el 43.66% con un cumplimiento medio y ningún participante la calificó en un alto nivel, de manera que el cumplimiento de esta dimensión fue considerado bajo. Situación similar a la “gestión de las relaciones humanas y sociales”, siendo que igualmente el 56.34% de la población la calificó con un bajo nivel, el 43.66% con un medio nivel y ningún individuo la calificó con alto nivel, en virtud de lo cual, el cumplimiento de esta dimensión, también fue percibida con un bajo nivel.

4.1.2 Variable Asertividad

Acorde a la metodología indicada en este informe de tesis, los resultados de la variable asertividad, no pueden ser presentados de manera global, sino según sus dos dimensiones: autoasertividad y heteroasertividad.

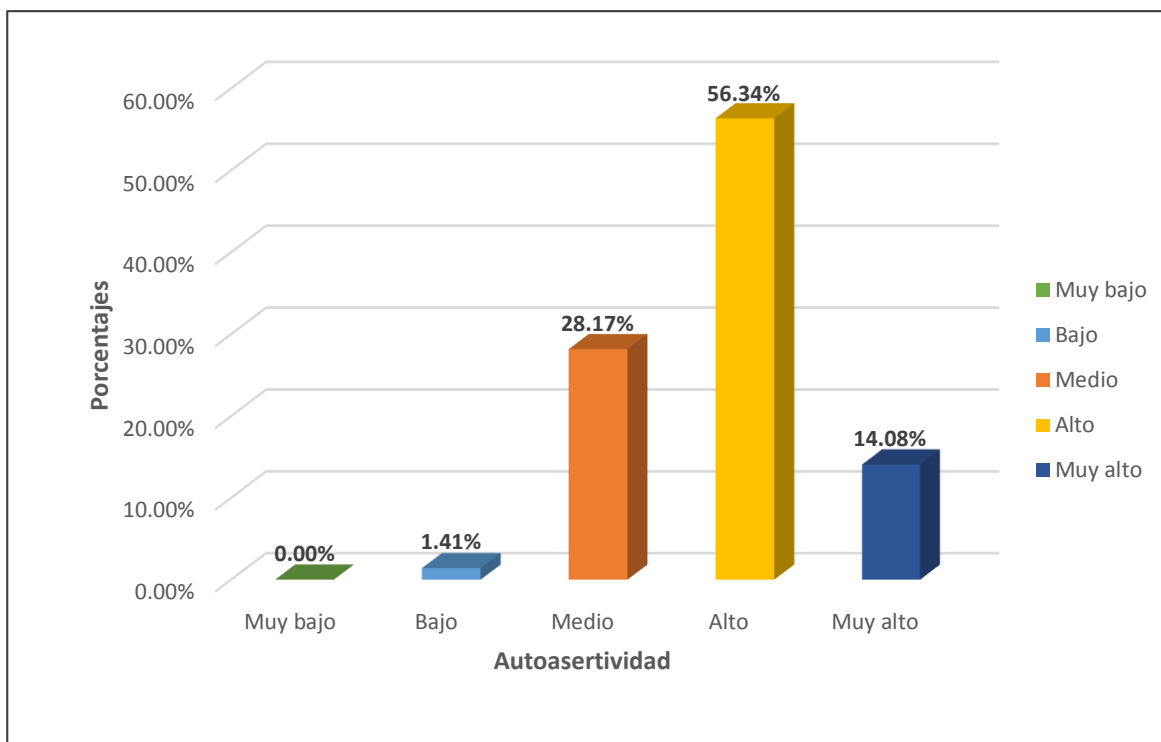


Figura 2. Distribución de los niveles de autoasertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte

En la figura 2 se puede observar la clasificación de los 71 trabajadores incluidos en el presente estudio (100%), respecto a su nivel de asertividad, según la dimensión autoasertividad, siendo que el 56.34% de la población fue clasificado en un alto nivel, el 28.17% en un nivel medio, así como el 14.08% fue considerado con un muy alto nivel, a diferencia del 1,41% que reportó un bajo nivel, siendo además que ninguno fue clasificado con un muy bajo nivel. Por lo que la autoasertividad de la población arrojó un alto nivel.

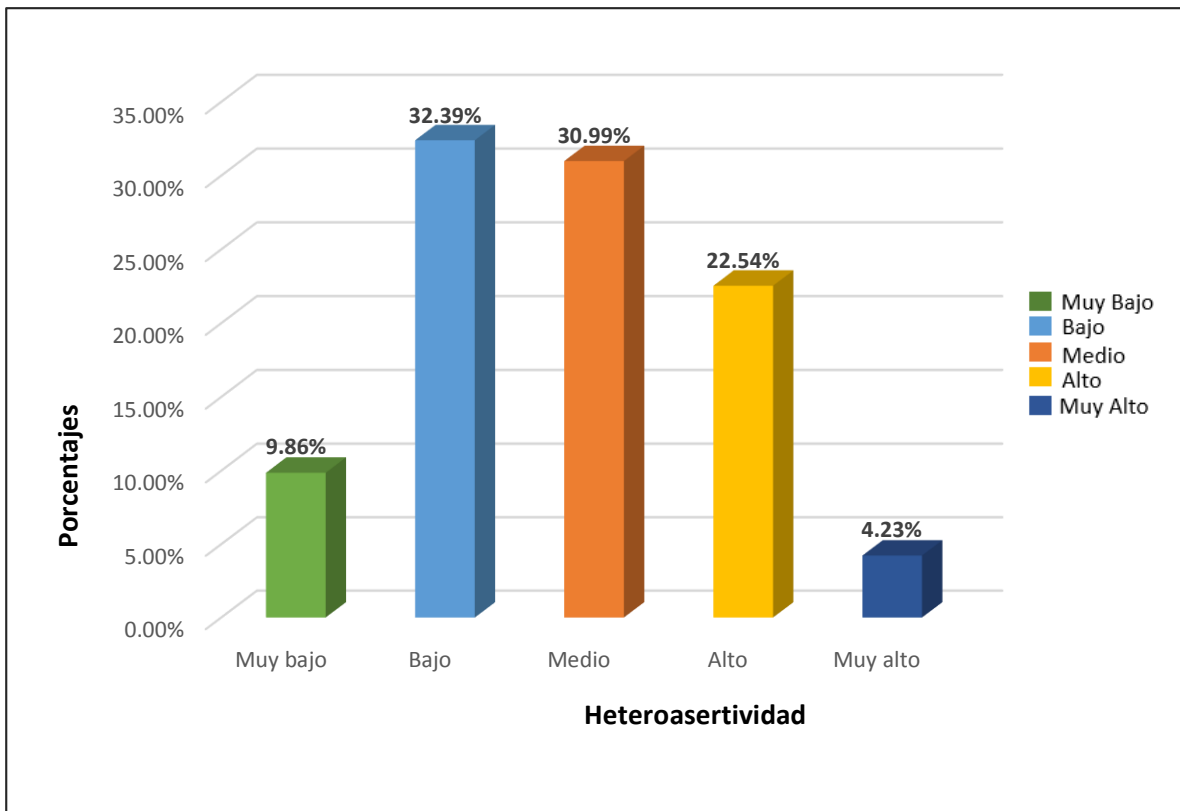


Figura 3. Distribución de los niveles de heteroassertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte

En la figura 3, los resultados describen que de la población de 71 trabajadores (100%), respecto a su nivel de asertividad, en la dimensión heteroassertividad, el 32.39% fue clasificado en un bajo nivel, el 30.99% en un nivel medio, el 22.54% con un alto nivel, el 9.86% muy bajo y solo el 4.23% fue clasificado con un nivel muy alto. Por lo tanto, el nivel de heteroassertividad de la población incluida en la presente investigación fue medio.

4.2 Análisis inferencial

4.2.1 Hipótesis general

H_0 : No existe relación entre la GTH y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

H_1 : Existe relación entre la GTH y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Nivel de significancia:

$\alpha = 0,05 = 5\%$ de margen máximo de error.

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0 .

$p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna H_1 .

Tabla 6

Coefficiente de correlación de Spearman de las variables: GTH, autoasertividad y heteroasertividad

		GTH	Auto asertividad	Hetero asertividad	
Rho de Spearman	GTH	Coefficiente de correlación	1,000	,655**	,698**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000
		N	71	71	71
	Autoasertividad	Coefficiente de correlación	,655**	1,000	,584**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000
		N	71	71	71
	Heteroasertividad	Coefficiente de correlación	,698**	,584**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.
		N	71	71	71

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El análisis estadístico, arroja como primeros resultados, una correlación existente de $Rho = ,584$, entre la autoasertividad y heteroasertividad, evidenciando la presencia de una relación directa, positiva y significativa, que puede considerarse una correlación moderada. Resultados que sustentan el argumento de la metodología utilizada en esta investigación, para el análisis de la variable asertividad, no presentando un resultado global, sino otorgándole el trato de

subvariables relacionadas entre sí, con resultados independientes. Así como, en segundo lugar, en análisis arrojó una correlación de $Rho=,655$ entre la variable GTH y la dimensión autoasertividad, evidenciándose la existencia de una relación de tipo directa, significativa y con una correlación considerada moderada; así como, en cuanto a la variable GTH y la dimensión heteroasertividad, en análisis arrojó una correlación de $Rho=,698$, indicándonos la existencia de una relación directa, significativa, interpretada como una correlación moderada entre ambas, según la escala de valores de correlación de Bisquerra (2009).

Por consiguiente, y considerando que el valor de la significancia observada en el coeficiente de correlación de Spearman, al analizar la relación entre la variable GTH con las dimensiones autoasertividad y heteroasertividad es de $Sig < 0.05$, es decir, menor al valor de significancia teórica ($\alpha = 0.05$), se rechazó la hipótesis nula, evidenciándose que existe una relación significativa entre estas, razón por la cual, se acepta la hipótesis general planteada, afirmándose que existe relación entre la GTH y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud de Lima Norte.

4.2.2 Hipótesis específicas

Hipótesis específicas 1, 2, 3, 4 y 5 (según su relación con la autoasertividad)

H_0 : No existe relación entre las dimensiones de la variable GTH y la autoasertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

H_1 : Existe relación entre las dimensiones de la variable GTH y la autoasertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Nivel de significancia:

$\alpha = 0,05 = 5\%$ de margen máximo de error.

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0 .

$p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna H_1 .

Tabla 7

Coeficiente de correlación de Spearman entre las dimensiones de la variable GTH y la autoasertividad

		Autoasertividad
GOTD	Coeficiente de correlación	,298*
	Sig. (bilateral)	,012
	N	71
GE	Coeficiente de correlación	,318**
	Sig. (bilateral)	,007
	N	71
Rho de Spearman GR	Coeficiente de correlación	,207
	Sig. (bilateral)	,084
	N	71
GCD	Coeficiente de correlación	,600**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	71
GRHS	Coeficiente de correlación	,667**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	71

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Para el análisis de la relación entre las dimensiones de la variable GTH y la autoasertividad, se interpretaron los resultados de la prueba de spearman, considerando la escala de valores de correlación de Bisquerra (2009), evidenciándose, en cuanto a la relación la dimensión GOTD y la autoasertividad, una correlación de $Rho=,298$, lo que indica que sí existe una relación positiva y significativa ($Sig.=0.012 < 0.05$), no obstante, acorde a la escala de niveles de

correlación, esta se consideró baja. Respecto a la dimensión GE y su relación con la autoasertividad, se constató una correlación de $Rho = ,318$, indicativo de la existencia de una relación positiva y significativa ($Sig.=0.007 <0.05$), que también se consideró como baja. Así como, entre la dimensión GR y la autoasertividad, se obtuvo una correlación de $Rho = ,207$ y $Sig.=0.084 >0.05$, indicativo de la no existencia de una relación significativa entre ambas. Por otro lado, respecto a la relación de la dimensión GCD y la autoasertividad, se encontró una correlación $Rho = ,600$, que evidenciaba la existencia de una relación positiva y significativa ($Sig=0.000 <0.05$), considerada como correlación moderada. Por último, en cuanto a la dimensión GRHS y la autoasertividad, se encontró una correlación $Rho = ,667$, indicativo de la existencia de una relación positiva y significativa ($Sig=0.000 <0.05$), clasificada como una correlación moderada.

Hipótesis específicas 1, 2, 3, 4 y 5 (según su relación con la heteroasertividad)

H_0 : No existe relación entre las dimensiones de la variable GTH y la heteroasertividad del personal de tres establecimientos de salud de Lima Norte.

H_1 : Existe relación entre las dimensiones de la variable GTH y la heteroasertividad del personal de tres establecimientos de salud de Lima Norte.

Nivel de significancia:

$\alpha = 0,05 = 5\%$ de margen máximo de error.

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0 .

$p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna H_1 .

Tabla 8

Coeficiente de correlación de Spearman de las dimensiones de la variable GTH y la heteroasertividad

		Heteroasertividad
GOTD	Coeficiente de correlación	,187
	Sig. (bilateral)	,119
	N	71
GE	Coeficiente de correlación	,423**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	71
GR	Coeficiente de correlación	,065
	Sig. (bilateral)	,588
	N	71
GCD	Coeficiente de correlación	,702**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	71
GRHS	Coeficiente de correlación	,703**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	71

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Para el análisis de las probables relaciones entre las dimensiones de la variable GTH y la heteroasertividad, igualmente se interpretaron los resultados arrojados por la prueba de Spearman, según la escala de valores de correlación de Bisquerra (2009), encontrándose, en cuanto a la relación de la dimensión GODT y la heteroasertividad, una correlación de $Rho=,187$, con una significancia de $Sig.=0.119$, que al ser una cifra más elevada que 0.05, evidenció la no existencia de relación significativa entre estas. Así como, respecto a la dimensión GE y heteroasertividad, se arrojó una correlación de $Rho=,423$, indicativo de la existencia de una relación positiva y significativa ($Sig.=0.000 < 0.05$), clasificada

como una correlación de nivel moderada. En cuanto a la dimensión GR y la heteroasertividad, se constató una correlación de $Rho=,065$ y $Sig.0.588 >0.05$, que mostraba la no existencia de una relación significativa entre ambas. En cuanto a dimensión GCD y la heteroasertividad, se halló una correlación de $Rho=, 702$, indicativo de la existencia de una relación positiva y significativa ($Sig=0.000 <0.05$), clasificada como una correlación de nivel alta. Tal como la relación entre la dimensión GRHS y la heteroasertividad, se arrojó una correlación de $Rho=, 703$, confirmando la existencia de una relación positiva y significativa ($Sig=0.000 <0.05$), clasificada como una relación alta.

V. DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación exponen que más de la mitad de los individuos participantes, catalogaron el cumplimiento de la GTH impartida en sus establecimientos de salud, con un nivel bajo (52.11%), seguido del resto que lo calificó con un nivel medio, y ninguno calificó dicho cumplimiento con un nivel alto. Escenario de preocupación, considerando que tal como manifiesta Longo (2004), el comportamiento de los trabajadores, es gestionado a través de las políticas y prácticas que la organización imparte a través de la GTH, promoviendo conductas positivas, como el cumplimiento de tareas, la motivación por el aprendizaje, el ánimo por colaborar, el compromiso, etc., así como igualmente, minimiza otros perjudiciales, como el absentismo, la alta rotación, la desmotivación, las relaciones conflictivas, entre otros. No obstante, diversas postulaciones ya nos advertían, que el evaluar el cumplimiento eficaz y eficiente de la GTH impartida en las organizaciones, es un tópico aún poco estudiado, aunque fructífero incluso para el propio empoderamiento de área responsable de esta función (Amaru, 2009).

Por otro lado, respecto a los niveles de asertividad hallados en el personal, en lo que se refiere a la autoasertividad, la cual define las conductas sociales basadas en el respeto a uno mismo, se encontraron sobretodo niveles altos y medios (56.34% y 28.17%), incluso evidenciándose algunos casos con niveles considerados muy altos (14.08%), así como fue muy reducido el número de casos que reportó un nivel bajo o muy bajo, datos que representan un factor positivo, teniendo en cuenta que las competencias de los trabajadores son una gran herramienta para la obtención de los objetivos trazados por las organizaciones, siempre que estas, tengan la capacidad de adecuar dichas habilidades a través de la GTH que imparten (Muñoz, 2022; Campos & Torres, 2021; Toledo, 2018; Crisóstomo, 2019).

Contrario fue el panorama respecto a los niveles de heteroasertividad de los participantes, atributo que direcciona las conductas sociales fundamentadas en el respeto hacia las demás personas, en donde predominaron aquellos casos que reportaban niveles bajos, medios y muy bajos (32.39%, 30.99% y 9.86%). Resultados que coinciden con lo reportado por Solís (2017), quien tras su investigación en un hospital público del interior del país, evidenció que ninguno de

los profesionales de salud participantes poseía una comunicación asertiva para con los otros, sino mayoritariamente agresiva, aspecto totalmente opuesto a contribuir con la formación de ambientes de trabajo considerados saludables, a pesar de ser uno de los factores que más motiva a los trabajadores en el ámbito laboral (Molina-Marím et al., 2016). Del mismo modo, se debe considerar, que esta falta de asertividad para con los otros, repercute en la comunicación organizacional y en la relación que cotidianamente ejercen los profesionales de salud con los pacientes, limitando la instauración de la tan apreciada filosofía de “buen trato a los pacientes” (Napoleón, 2017; Navarro, 2021).

Respecto a los resultados opuestos, que arrojaron los niveles de autoasertividad y heteroasertividad hallados en la población estudiada, estos corroboran la necesidad expuesta por García & Magaz (2011), autores que desde sus primeros aportes científicos, propusieron tratar la asertividad, visualizándola en dos componentes independientes, con la intención de identificar de forma más precisa, el grado de respeto de las interacciones sociales en ambos escenarios, tanto en el accionar para con uno mismo, así como con el resto, sin sesgos de por medio. Del mismo modo y acorde a su perspectiva bidimensional, también se abrió paso a la necesidad de emplear instrumentos que permitiesen valorar independientemente a las mencionadas dimensiones, lo que fundamenta el aspecto metodológico empleado para este estudio.

Respecto al análisis de la relación entre la GTH y la asertividad (esta última siendo estudiada en sus dos dimensiones), se comprobó la presencia significativa de una relación entre las mencionadas, afirmándose la existencia de relación entre la GTH y la asertividad del personal, lo que coincide con los diversos antecedentes a nivel mundial, que afirmaban que es posible gestionar el talento humano en el ámbito laboral, guiando el comportamiento de los profesionales a interacciones saludables que aterricen en acciones que sean percibidas favorablemente por el usuario de salud (Bautista et al., 2021). Tal como Chiavenato (2009) argumenta, al considerar la GTH como un compilado de políticas y prácticas que crean las condiciones para estimular que el capital humano de una organización desarrolle sus competencias y habilidades en pro del éxito de la organización.

En cuanto al estudio de la relación entre la GODT y la autoasertividad, se halló la presencia de una relación positiva y significativa ($Rho=,298$; $Sig.=0.012$

<0.05), aunque considerada como una correlación de baja intensidad. Así como respecto a su relación con la heteroasertividad, se pudo comprobar la ausencia de relación significativa entre estas ($Rho=,187$; $Sig.=0.119$). Lo que puede interpretarse como entendible, considerando que tal como postula Longo (2004), al describir que la GODT es aquella que organiza las tareas del personal, las prefigura y ordena, creando perfiles de puestos, dirigiéndose su contacto con el trabajador de manera más individual que colectiva.

Sobre el análisis de la GE y su relación con la autoasertividad, se constató la presencia de una relación de tipo positiva y significativa ($Rho=, 318$; $Sig.=0.007$ <0.05), que se consideró como una correlación de baja intensidad. Y con la heteroasertividad, se corroboró igualmente la presencia de una relación positiva y significativa ($Rho=, 423$; $Sig.=0.000$ <0.05), clasificada como una correlación de nivel moderada, concordante con la teoría postulada por Longo (2004), quien muestra la gestión del empleo como el flujo de ingreso y salida del personal, exponiendo esta relación con las probabilidades de incorporación de personal con habilidades y competencias idóneas, desde el filtro que la GE efectúa en el proceso de añadir talento a la organización.

Respecto al estudio de la relación entre la GR y la autoasertividad, se pudo apreciar la ausencia de una relación significativa entre las mencionadas ($Rho= ,207$; $Sig.=0.084$ >0.05), situación idéntica a la encontrada con la heteroasertividad, en donde igualmente se constató la no existencia de una relación significativa entre ambas ($Rho=,065$ y $Sig.0.588$ >0.05). Situación contraria a lo sugerido por Longo (2004), que tal como se ha mencionado, entiende el propósito de la GR, como aquel encargado de influir sobre el rendimiento de los trabajadores, para direccionarlo a las prioridades de la organización, en base a evaluaciones, retroalimentación, identificación de debilidades, etc. Promoviendo el análisis de las formas de comportarse de las personas dentro de la organización.

En referencia a la GCD, tanto en el análisis de su relación con la autoasertividad, así como con la heteroasertividad, se halló la presencia de una relación positiva y significativa en ambos escenarios, considerándose como correlaciones de nivel moderado y alto ($Rho=, 600$; $Sig=0.000$ <0.05 y $Rho=, 702$; $Sig=0.000$ <0.05), situación preocupante debido a que tal como manifiesta Navarro (2021), la carencia de interacciones personales asertivas en los profesionales de

salud, no sólo se manifiesta debido a los débiles niveles desarrollados por los propios profesionales, sino además, por el inequitativo interés en talleres, capacitaciones o programas, que promuevan interacciones basadas en el respeto mutuo y armonía, como parte de los objetivos de la gestión de capacitación y desarrollo que se despliega en los establecimientos de salud, siendo que generalmente el enfoque está dirigido a capacitaciones de conocimientos netamente técnicos (Navarro, 2021).

En cuanto a la GRHS y la asertividad, estudiada esta última desde sus dos dimensiones, en cuanto a su relación con la autoasertividad, se encontró una relación positiva y significativa, clasificada como una correlación de intensidad moderada ($Rho=,667$; $Sig=0.000 <0.05$), así como respecto a su relación con la heteroasertividad, se confirmó la presencia de una relación positiva y de significativa, de nivel alto de correlación ($Rho=,703$; $Sig=0.000 <0.05$), lo que corrobora la línea de argumentación de García & Magaz (2011) quienes consideran la asertividad como aquella determinante de las habilidades sociales, presente en las interacciones personales de la vida cotidiana colectiva, siendo imprescindible tener en cuenta, que las actividades de las profesiones ligadas al rubro de salud, se desarrollan diariamente en base a relaciones interpersonales, ya sea con superiores, colegas o usuarios del servicio, siendo que, tal como mencionan los autores, gozar de habilidades sociales define en gran parte, el éxito de las relaciones, postulado que contribuye a fundamentar la búsqueda de la tan ansiada optimización de la relación profesional-paciente.

Finalmente, tras la discusión de los hallazgos, y considerando que los postulados indican que fortalecer las relaciones humanas contribuye a climas laborales saludables, se debe meditar sobre la relevancia de estas aristas, en el contexto actual de los sistemas sanitarios. Siendo que los resultados exponen la necesidad de sembrar capacidades dirigidas a resolver conflictos que puedan suscitarse en la convivencia de las personas durante sus jornadas de trabajo (Rueda et al., 2020), así como de promover las interacciones basadas en amabilidad, cordialidad y empatía, tal como lo sugirió la última encuesta nacional realizada en el año 2014, para cuantificar la satisfacción de los pacientes, respecto a la percepción del trato recibido en el sistema sanitario peruano (Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, 2014).

VI. CONCLUSIONES

Tras los resultados discutidos, se procede a emitir las siguientes conclusiones:

Primera. - Se determinó la existencia de una relación significativa entre la GTH y la asertividad del personal de salud, siendo esta estudiada en sus dimensiones: autoasertividad ($Rho=,655$; $p=,000$) y de heteroasertividad ($Rho=,698$; $p=,000$).

Segunda. – Sobre la relación entre la GOTD y la asertividad de los participantes, en cuanto la dimensión autoasertividad, se determinó la existencia de una relación positiva y significativa ($Rho=,298$; $p=,012$), aunque considerada de baja correlación. Así como no se encontró relación con la heteroasertividad ($Rho=,187$; $p=,119$).

Tercera. - Concerniente a la relación entre la GE y la asertividad de los sujetos de estudio, se determinó la existencia de una relación positiva y significativa respecto a la dimensión autoasertividad ($Rho=,318$; $p=,007$), considerada como una baja correlación. Situación similar a su relación con la heteroasertividad, en donde se halló una relación positiva y significativa ($Rho= ,423$; $p=,000$), aunque considerada de intensidad moderada.

Cuarta. – Tras el análisis de la relación entre la GR y la asertividad de la población, se evidenció la ausencia de una relación significativa, tanto en el caso de la autoasertividad ($Rho=,207$; $p=,084$), como en la heteroasertividad ($Rho=,065$; $p=,588$).

Quinta. – Sobre el estudio de la relación entre la GCD y la asertividad del personal, se determinó que la existencia de una relación positiva, significativa y de nivel moderado de correlación, respecto a su relación con la autoasertividad ($Rho= ,600$; $p=,000$), al igual que con la heteroasertividad ($Rho= ,702$; $p=,000$).

Sexta. – Finalmente, respecto al análisis de la relación entre la GRHS y la asertividad de la población, se evidenció la existencia de una relación positiva y significativa, considerada como una correlación moderada, tanto en su relación con la dimensión autoasertividad ($Rho=,667$; $p=,000$), como con la heteroasertividad ($Rho=,703$; $p=,000$).

VII. RECOMENDACIONES

Respecto al panorama encontrado en la presente investigación y en aras de aportar a la optimización del escenario actual de los establecimientos de salud participantes, se desprenden las siguientes recomendaciones dirigidas a las autoridades encargadas de la GTH en cada uno de los establecimientos:

Primera.- Desarrollar evaluaciones internas que permitan monitorear el cumplimiento de las prácticas de la GTH impartido en sus establecimientos de salud.

Segunda.- Instaurar políticas que promuevan planes de capacitación que fortalezcan las habilidades sociales, a favor de promover relaciones interpersonales saludables, empáticas y humanizadas con los usuarios internos y externos.

Tercero.- Difundir entre los trabajadores, de manera oportuna y formal, las características y condiciones de sus puestos laborales, a favor de que el trabajador se ubique en el contexto que le confiere su puesto, en explícito conocimiento de sus deberes y derechos.

Cuarta. – Priorizar la búsqueda interna de talentos en el proceso de reclutamiento, con estricto respeto de los requisitos y meritocracia; además de instaurar procedimientos de inducción que faciliten y garanticen la integración y adaptación del personal ingresante.

Quinta.- Aunar esfuerzos para mantener y optimizar los mecanismos de difusión de los objetivos (metas) individuales y de equipo, así como la publicación amigable de los resultados de productividad obtenidos por el personal.

Sexta. – Diseñar un plan de una línea de carrera, en virtud de motivar al personal respecto a su crecimiento profesional.

Séptima.- Impulsar actividades sobre prevención y resolución de conflictos, invitando al personal a participar activamente en proponer mejoras y soluciones; así como implementar planes de bienestar social, que promuevan la integración de los equipos de trabajo.

REFERENCIAS

- Alberti, R., & Emmons, M. (1978). *Your perfect right: A guide to assertive behavior*. (3ra ed.). Impact Publisher.
- Alles, M. (2005). *5 pasos para transformar una oficina de personal en un área de recursos humanos*. Granica.
- Amaru, A. C. (2009). *Fundamentos de administración, teoría general y proceso administrativo*. Pearson.
- Apolo-Pérez, K. L., Álvarez-Gavilanes, J. E., & Vicuña-Matute, W. G. (2021). Gestión estratégica del talento humano en el Hospital General Machala. *Cienciamatria*, 7(12), 38–66. <https://doi.org/10.35381/cm.v7i12.419>
- Arias, J. L. (2020). *Técnicas e instrumentos de investigación científica*. Enfoques Consulting. www.cienciaysociedad.org
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bautista, L., Castro, C., Cerón, K., & Montero, J. (2021). *Diagnóstico de la gestión del área de Talento Humano del Hospital Universitario San José de Popayán* [Tesis de maestría, Universidad EAN]. <https://repository.ean.edu.co/handle/10882/11206>
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa* (2da ed.). La Muralla.
- Campos, L., & Torres, F. (2021). *Gestión del Talento Humano y desempeño laboral en el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2019* [Tesis de maestría, Universidad Nacional del Callao]. <http://hdl.handle.net/20.500.12952/5053>
- Carrillo, I. (1991). Habilidades sociales. En M. Martínez y J. Puig. In *La educación moral: Perspectivas de futuro y técnicas de trabajo*. Grao. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=4864>

- Cejas, M., Vasquez, G., Chirinos, N., Hernandez, G., Sandoval, L., Lozada, B., & Anzola, A. (2011). *Administración de Recursos Humanos La arquitectura estratégica de las organizaciones*. Publicaciones Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE. www.repositorio.espe.edu.ec
- Chiavenato, I. (2009). *Gestión del Talento Humano* (3era ed.). McGRAW-HILL.
- Concytec. (2018). Reglamento de calificación, clasificación y registro de los investigadores del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación tecnológica - reglamento renacyt. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 1689–1699. <https://bit.ly/2ZaUYcD>
- Crisóstomo, M. (2019). *Gestión del talento humano y desempeño laboral del personal asistencial en el departamento de farmacia, Hospital Regional de Huacho, 2018* [Tesis de maestría, Universidad José Faustino Sanchez Carrión].
[http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/2884/MARÍA RITA CRISÓSTOMO SALVATIERRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/2884/MARÍA_RITA_CRISÓSTOMO_SALVATIERRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Decreto Supremo N°040-2014-PCM. (2014). *Autoridad Nacional del Servicio Civil - SERVIR*. 13 de junio del 2014. Diario Oficial el Peruano.
- Del Carmen, J. C. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(2), 288–295.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449>
- Dessler, G. (2009). *Administración de recursos humanos* (11va ed.). Pearson.
<https://baixardoc.com/preview/administracion-de-recursos-humanos-11va-ed-gary-dessler-2009--5d04041a07d81>
- Dolan, S., Valle, R., Jackson, S., & Schuler, R. (2007). *La gestión de los recursos humanos: cómo atraer, retener y desarrollar con éxito el capital humano en tiempos de transformación* (3ra ed.). McGRAW-HILL.
<http://books.google.com/books?id=su5NNAACAAJ&pgis=1>
- Fayol, H. (1987). *Administración general y industrial* (1ra ed.). El Ateneo.
https://isabelportoperez.files.wordpress.com/2011/11/admc3b3n_ind_y_gener

al001.pdf

- Gaeta, L., & Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 14(2), 403–425. <http://www.redalyc.org/pdf/292/29211992013.pdf>
- García, E., & Magaz, A. (2011). *ADCAS. Autoinformes de conducta asertiva: actitudes y valores en las interacciones sociales*. Consultores en Ciencias Humanas. <https://gac.com.es/editorial/INFO/Manuales/adcaMANU.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGRAW-HILL.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. (2014). Encuesta nacional de satisfacción de usuarios del aseguramiento universal en salud 2014. In *Instituto Nacional de Estadística e Informática*. www.inei.gob.pe
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process* (1ra ed.). McGRAW-HILL.
- Longo, F. (2004). *Mérito y flexibilidad La gestión de las personas en las organizaciones del sector público* (1er ed.). Paidós. <http://www.inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2017/06/Gestion-de-las-Diversidades-en-las-Organizaciones-FINAL.pdf>
- López, M. L. (2013). *Asertividad, Estado Emocional y Adaptación en Adolescentes* [Tesis de maestría, Universidad Fernando Pessoa]. <http://www.gacinvestigacion.com/wp-content/uploads/2014/03/Tesina-Asertividad-Estado-Emocional-y-Adaptación-en-Adolescentes.pdf>
- Majad, M. (2016). Gestión del talento humano en organizaciones educativas. *Revista de Investigación*, 40(88), 148–165. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=376147131008>
- McGregor, D. (1994). *El lado humano de las Organizaciones* (1ra ed.). McGRAW-HILL.
- Ministerio de salud. (2007). Norma técnica N°050-MINSA/DGSP -V.02. In

Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. 04 de junio del 2007. Diario oficial el peruano. http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_normaacreditacion.pdf

Molina-Marím, G., Oquendo-Lozano, T., Rodríguez-Garzón, S., Montoya-Gómez, N., Vesga-Gómez, C., Lagos-Campos, N., Almanza-Payares, R., Chavarro-Medina, M., Goenaga-Jiménez, E., & Arboleda-Posada, G. (2016). Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30), 108–125. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyaps15-30.gtsp>

Muñoz, D. (2022). *Gestión del talento humano y competitividad de los servidores de la Red de Salud Datem del Marañón - 2021* [Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/79500>

Napoleón, H. (2017). *Asertividad y Comunicación Organizacional estudio realizado con los colaboradores de APROFAM de la zona 1 de Quetzaltenango.* [Tesis de pregrado, Universidad Rafael Landívar].

Navarro, C. (2021). *Influencia de la asertividad en el estilo comunicacional y su importancia en las habilidades sociales dentro del personal de atención de instituciones psiquiátricas* [Título de pregrado, Universidad Politécnica Salesiana].

http://www.ejurnal.its.ac.id/index.php/sains_seni/article/view/10544%0Ahttps://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=tawuran+antar+pelajar&btnG=%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.jfca.2019.103237

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Llamado a la acción de Toronto. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas* (pp. 1–9).

http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/decada_de_rhus/3-4-b-desafios-toronto.pdf

Presidencia del Consejo de Ministros. (2013). *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021.* <http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2013/05/PNMGP.pdf>

- Quispe, A. (2020). *Gestión del talento humano y la competencia laboral del personal de enfermería de Cuidados Intensivos del Hospital San Bartolomé – 2019* [Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/38783>
- Redondo, R., Cabarcas, M., & Gaspar, H. (2018). El recurso humano, factor de competitividad en el sector salud. *Investigación e Innovación En Ingenierías*, 6(1), 93–101. <https://doi.org/https://10.17081/invinno.6.1.2778>
- Rimm, D., & Masters, J. (1974). *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. (1ra ed.). Trillas. https://drive.google.com/file/d/1eYlrmboaqK-Z_QFHWZzn4ELr_2yqcThq/view
- Riso, W. (1988). *Entrenamiento asertivo . Aspectos conceptuales , evaluativos y de intervencion* (1ra ed.). Ediciones Rayuela. <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-latinoamericana-de-psicologia/articulo/riso-w-entrenamiento-asertivo-aspectos-conceptuales-evaluativos-y-de-intervencion-medellin-ediciones-rayuela-1988>
- Rueda, M., Silva, C., & Suarez, D. (2020). La gestión del talento humano en las instituciones prestadoras de Salud-IPS. *Revista de Investigación Transdisciplinaria En Educación, Empresa y Sociedad - ITEES*, 3(3), 179–196. <https://www.editorialeidec.com/revista/index.php/ITEES/article/view/58>
- Solís, M. R. (2017). *Estilos de comunicación de los profesionales de enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima.Chachapoyas,2017* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas]. [http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1358/MARIA ROSARIO SOLIS MUNDACA.pdf?sequence=1](http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1358/MARIA%20ROSARIO%20SOLIS%20MUNDACA.pdf?sequence=1)
- Toledo, E. (2018). *Gestión del talento humano y competencias laborales en el personal de salud de la Micro Red San Mateo, Huarochirí-2018*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo].
- Weber, M. (1922). *Economía y sociedad Esbozo de sociología comprensiva*. Fondo de Cultura Económica.
- Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta* (3ra ed.). Trillas Editorial.

https://www.academia.edu/32546799/Práctica_de_la_Terapia_de_la_Conducta

Zaldivar, D. (1994). La Terapia Asertiva: Una Estrategia Para Su Empleo. *Revista Cubana de Psicología*, 1(1), 1–12.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v11n1/09.pdf>

Anexo 1: Matriz de consistencia

Matriz de consistencia							
Título : Prácticas de la gestión del talento humano y asertividad en el personal de salud de 03 establecimientos del Primer Nivel de Atención de la Dirección de Salud Lima Norte, 2016.							
Autor : Bach. Flor Pierina Neyra Choquehuanca							
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
<p>Problema General:</p> <p>¿Cuál es la relación entre la gestión del talento humano y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es la relación entre la gestión de la organización del trabajo y su distribución y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre la gestión del talento humano y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Determinar la relación entre la gestión de la organización del trabajo y su distribución y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación entre la gestión del talento humano y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación entre la gestión de la organización del trabajo y su distribución y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.</p>	Variable independiente: Gestión del Talento Humano			<p>Esca la de medición</p> <p>No cumple</p> <p>Cumple parcialmente</p> <p>Cumple totalmente</p>	<p>Niveles y rangos</p> <p>Bajo: <33%</p> <p>Medio: >33 - 66%</p> <p>Alto: >66%</p>
			Dimensiones	Indicadores	Ítems		
			Gestión de la organización del trabajo y distribución	<ul style="list-style-type: none"> Diseño de Puestos 	1		
			Gestión del empleo	<ul style="list-style-type: none"> Selección Vinculación Inducción 	2,3 4,5 6		
			Gestión del rendimiento	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del Desempeño 	7,8		
Gestión de la capacitación y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación de competencias técnicas Capacitación de competencias participativas Capacitación de competencias sociales Monitoreo Certificación 	9 10,11 12 13 14					

<p>¿Cuál es la relación entre la gestión del empleo y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la gestión del rendimiento y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la gestión de la capacitación y desarrollo y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte?</p>	<p>Determinar la relación entre la gestión del empleo y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.</p> <p>Determinar la relación entre la gestión del rendimiento y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.</p> <p>Determinar la relación entre la gestión de la capacitación y desarrollo y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.</p>	<p>Existe relación entre la gestión del empleo y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.</p> <p>Existe relación entre la gestión del rendimiento y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.</p> <p>Existe relación entre la gestión de la capacitación y desarrollo y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Progresión en la Carrera 	15		
			Gestión de relaciones humanas y sociales	<ul style="list-style-type: none"> Relaciones Laborales individuales y colectivas Seguridad y Salud en el Trabajo Bienestar Social Cultura y Clima Organizacional Comunicación Interna 	16,17,18 19 20,21 22,23 24,25		
			Variable dependiente: Asertividad				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
			Autoasertividad	<ul style="list-style-type: none"> Actuar de modo diferente a como los demás desearían Hacer las cosas de manera imperfecta Cometer equivocaciones Pensar de manera propia y diferente Cambiar de opinión Aceptar y rechazar críticas o quejas No saber algo No entender algo Formular preguntas Hacer peticiones Rechazar una petición Expresar sentimientos 	3 7 5,6,15 1 8 13,14 10, 16 12 17 18 19 2, 4, 11	<p>Nunca o casi nunca</p> <p>Pocas veces</p> <p>A menudo con cierta frecuencia</p> <p>Siempre o casi siempre</p>	<p>Muy bajo: 0-20%</p> <p>Bajo: >20-40%</p> <p>Medio: >40-60%</p> <p>Alto: >60-80%</p> <p>Muy alto: >80-100%</p>

¿Cuál es la relación entre la gestión de las relaciones humanas y sociales y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte?	Determinar la relación entre la gestión de las relaciones humanas y sociales y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.	Existe relación entre la gestión de las relaciones humanas y sociales y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.	Heteroasertividad	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar y recibir elogios 	9, 20		
				<ul style="list-style-type: none"> Actuar de modo diferente a como los demás desearían Hacer las cosas de manera imperfecta Cometer equivocaciones Pensar de manera propia y diferente Cambiar de opinión Aceptar y rechazar críticas o quejas Decidir la importancia de las cosas No saber algo No entender algo Formular preguntas Hacer peticiones Rechazar una petición Expresar sentimientos 	22,30 27 29 23,30 24 31,35 34 28 21 26 25 32 33		

Anexo 2: Problemas, objetivos e hipótesis del estudio.

Problema general

¿Cuál es la relación entre la GTH y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte?

Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre la gestión de la organización del trabajo y su distribución y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte?

¿Cuál es la relación entre la gestión del empleo y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte?

¿Cuál es la relación entre la gestión del rendimiento y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte?

¿Cuál es la relación entre la gestión de la capacitación y desarrollo y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte?

¿Cuál es la relación entre la gestión de las relaciones humanas y sociales y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte?

Objetivo general

Determinar la relación entre la GTH y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Objetivos específicos

Determinar la relación entre la gestión de la organización del trabajo y su distribución y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Determinar la relación entre la gestión del empleo y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Determinar la relación entre la gestión del rendimiento y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Determinar la relación entre la gestión de la capacitación y desarrollo y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Determinar la relación entre la gestión de las relaciones humanas y sociales y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Hipótesis general

Existe relación entre la GTH y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Hipótesis general

Existe relación entre la gestión de la organización del trabajo y su distribución y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Existe relación entre la gestión del empleo y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Existe relación entre la gestión del rendimiento y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Existe relación entre la gestión de la capacitación y desarrollo y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Existe relación entre la gestión de las relaciones humanas y sociales y la asertividad del personal de tres establecimientos de salud en Lima Norte.

Anexo 3: Carta de presentación y autorizaciones para aplicación del estudio.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

fb/ucv.peru
@ucv_peru
#saliradelante
ucv.edu.pe

Escuela de Postgrado

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

Lima, 06 de octubre de 2016

Carta P. 807 – 2016 EPG – UCV L

Señor(a)

Luis Enrique Ríos Olivios

Director Ejecutivo de la Red de Salud-Lima Norte V

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a FLOR PIERINA NEYRA CHOQUEHUANCA identificado(a) con DNI N.° 46414895 y código de matrícula N.° 6000152242; estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

"Prácticas de la Gestión de Talento Humano y Asertividad en el Personal de Salud de 02 Establecimientos del 1er nivel de atención en la Dirección de Salud Lima Norte V, 2016."

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda desarrollar su investigación.

Con este motivo, le saluda atentamente,



Dr. Carlos Ventura Orbegoso
Director de la Escuela de Postgrado - Filial Lima

LIMA NORTE Av. Alfredo Mendiola 6232, Los Olivios. Tel.:(+511) 202 4342 Fax.:(+511) 202 4343
LIMA ESTE Av. del Parque 640, Urb. Canto Rey, San Juan de Lurigancho Tel.:(+511) 200 9030 Anx.:2510.
ATE **SCVM** Carretera Central Km. 8.2 Tel.: (+511) 200 9030 Anx.: 8184
CALLAO Av. Argentina 1795 Tel.:(+511) 202 4342 Anx.: 2650.



Anexo 5: Cuestionario de Gestión de Talento Humano

Fecha: / /

Datos Personales: Marcar con un aspa

▪ Edad:	▪ Sexo:	▪ Condición Laboral:	▪ Tiempo de Servicio:
- 18-29 <input type="checkbox"/>	- Femenino <input type="checkbox"/>	- Nombrado <input type="checkbox"/>	- +1-5 <input type="checkbox"/>
- 30-59 <input type="checkbox"/>	- Masculino <input type="checkbox"/>	- Contratado <input type="checkbox"/>	- 6-10 <input type="checkbox"/>
- 60+ <input type="checkbox"/>			- 11-15 <input type="checkbox"/>
			- 16+ <input type="checkbox"/>

Parte 1

Instrucciones:

- A continuación, leerás algunas afirmaciones sobre cómo se está desarrollando la Gestión de Recursos Humanos o también llamado Gestión Talento Humano en el Centro de Salud donde laboras.
- Lee con atención y cuidado cada una de ellas.
- En cada frase, señala con un aspa la casilla correspondiente a la columna que mejor represente tu forma de percibir si se cumplen o no ciertas actividades dentro de tu hospital de acuerdo a la siguiente escala:

No cumple

Cumple parcialmente

Cumple totalmente

- Por favor, contesta todos los ítems.
- No emplees demasiado tiempo en pensar las respuestas, tendrás en total sólo 25 min aprox.
- Ten en cuenta que no hay respuestas BUENAS ni MALAS, tu opinión es importante para poder implementar mejoras.
- No te preocupes, tu participación es **totalmente confidencial**.

GRACIAS.

Cuestionario de Gestión del talento humano

Marcar con un aspa "x" la casilla o recuadro que mejor represente tu forma de percibir el cumplimiento de la Gestión en Recursos Humanos en tu Hospital:	No cumple	Cumple Parcialmente	Cumple totalmente
1. La Red de Salud ha difundido las características y condiciones de los puestos laborales de cada trabajador.			
2. La Red de Salud promueve el reclutamiento de nuevos talentos, tanto internos como externos, es decir, prioriza la búsqueda de candidatos idóneos dentro del potencial de sus propios trabajadores.			
3. La Red de Salud tiene definido el procedimiento de selección del personal, respetando el cumplimiento de los requisitos solicitados, orientado a cubrir las competencias requeridas en tu Centro de Salud y que son necesarias para lograr los objetivos y metas institucionales.			
4. La Red de Salud cumple con los procedimientos de incorporación del personal de manera transparente, orientada al mérito de la persona más idónea para cubrir las competencias requeridas en el Manual de organización y funciones (Hoy llamado Manual de Perfil de Puesto).			
5. La Red de Salud cumple de manera formal con la emisión de contratos o resoluciones de manera oportuna, fijando los derechos y deberes correspondientes, además de las características, condiciones, restricciones y penalidades concernientes al servicio del nuevo trabajador, así como de las reincorporaciones por mandato judicial o administrativo.			
6. La Red de Salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal que facilite y garantice su integración y adaptación al Centro de Salud, cumpliéndolo con todos los trabajadores nuevos y aquellos en condición de desplazamiento temporal (por designación, rotación, destaque, encargo de funciones y comisión de servicios, etc.).			
7. La Red de Salud ha definido formalmente las metas y las funciones de todos los trabajadores y los ha puesto en conocimiento a cada uno de ellos mediante conducto regular.			
8. Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades, analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento.			
9. La Red de Salud implementa un plan para fortalecer las competencias del personal para que brinde servicios según el MAIS - Modelo de Atención Integral en Salud, priorizando el enfoque de prevención y promoción de la salud.			
10. La Red de Salud implementa un plan para fortalecer las competencias del personal, en técnicas de desarrollo integral como persona y motivacionales como integrante de la institución, orientado a lograr los objetivos institucionales.			
11. La Red de Salud implementa un plan para fortalecer la gestión de los jefes, líderes o puestos que tengan a cargo subordinados.			
12. La Red de Salud garantiza que su personal ha sido capacitado en ética y mejora de la buena práctica en su servicio, así como en sus deberes y derechos y los del paciente.			
13. La Red de Salud ha desarrollado una o más herramientas para evaluar el aprendizaje y cumplimiento de las capacitaciones que se realizan en tu Centro de Salud.			
14. Tras la culminación de las capacitaciones impartidas, la Red de Salud realiza el otorgamiento de la certificación correspondiente.			

15. La Red de Salud posee un plan de línea de carrera de los trabajadores, es decir, en base a tu experiencia, mérito y capacitación, te motiva y promueve a que participes en nuevos procesos de convocatoria que tu régimen laboral contemple, para tu crecimiento profesional.		
16. La Red de Salud promueve que los trabajadores de salud se organicen en equipos multidisciplinarios y multiprofesionales, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional.		
17. La Red de salud busca realizar actividades de prevención y resolución de conflictos, orientados a considerar la percepción de los trabajadores y promoviendo estos sean partícipes en proponer soluciones o mejoras.		
18. La Red de Salud ha implementado un registro de pliegos de reclamos que documente tanto los incidentes, así como los convenios colectivos o posibles resoluciones de estos.		
19. La Red de Salud posee un plan y programas de seguridad y salud en el trabajo, registro de incidentes, diagnóstico de SST (Identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos- IPER), entre otros, con el fin de promover la prevención de riesgos en el ejercicio de su labor que puedan afectar su salud o integridad; así como la protección del patrimonio de la entidad y el medio ambiente.		
20. La Red de Salud implementa un plan de bienestar social, propiciando convenios con instituciones para beneficios el personal, orientadas a propiciar las condiciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de sus trabajadores, desarrollando programas de bienestar social; tipo asistenciales, recreativos, culturales, deportivos, celebraciones, entre otros.		
21. La Red implementa actividades de bienestar social que incluyan la integración de las familias de los trabajadores.		
22. La Red de Salud ha desarrollado una o más herramientas que promuevan la identificación de los trabajadores con la Institución, difundiendo que sus principios y valores se adapten y compartan entre todos los miembros del personal.		
23. La Red de Salud ha implementado la Gestión del Clima Laboral, analizando la satisfacción sus trabajadores, dando a conocer los resultados y realizando planes de mejora continua, con el fin de mantener o mejorar la percepción de su ambiente de trabajo.		
24. La Red de Salud cumple con comunicar de manera clara, oportuna y mediante un conducto formal, las funciones de todos los trabajadores, así como derechos, deberes, resultados de evaluaciones y cualquier acontecimiento relevante de manera transparente.		
25. La Red de Salud le solicita que usted confirme la recepción de los comunicados que se le remiten de manera formal.		



En términos generales, ¿cómo cree que se está llevando a cabo la gestión de talento humano en su establecimiento?

Anexo 6: Cuestionario de asertividad

Parte 2

Instrucciones:

- A continuación, leerás algunas afirmaciones sobre cómo piensan, sienten o actúan las personas.
- Lee con atención y cuidado cada una de ellas.
- En cada frase, señala con un aspa la casilla correspondiente a la columna que mejor represente tu forma de reaccionar en cada situación, de acuerdo con la siguiente escala:

Nunca o casi nunca

A veces, en alguna ocasión

A menudo, con cierta frecuencia

Siempre o casi siempre

- Por favor, CONTESTA A TODAS LAS FRASES.
- No emplees demasiado tiempo en pensar las respuestas.
- Ten en cuenta que no hay respuestas BUENAS ni MALAS.

GRACIAS.

Cuestionario de Asertividad

Marcar con un aspa "x" la casilla o recuadro que mejor represente la frecuencia con la que habitualmente te comportas:	Nunca o casi nunca	A veces o en alguna ocasión	A menudo, con cierta frecuencia	Siempre, casi siempre
1. Cuando alguien dice algo con lo que no estoy de acuerdo, me pone nervioso/a tener que exponer mi propia opinión.				
2. Cuando estoy enfadado/a, me molesta que los demás se den cuenta.				
3. Cuando hago algo que creo que no gusta a otros, siento miedo o vergüenza de lo que puedan pensar de mí.				
4. Me disgusta que los demás me vean, cuando estoy nervioso/a.				
5. Cuando me equivoco, me cuesta reconocerlo ante los demás.				
6. Si se me olvida algo, me enfado conmigo mismo/a.				
7. Me enfado, si no consigo hacer las cosas perfectamente.				
8. Me siento mal cuando tengo que cambiar de opinión.				
9. Me pongo nervioso/a o tenso/a cuando quiero hacer un elogio a alguien.				
10. Cuando me preguntan algo que ignoro, procuro justificarme por no saberlo.				
11. Cuando estoy triste, me disgusta que los demás se den cuenta.				
12. Me siento mal conmigo mismo/a, si no entiendo algo que me están explicando.				
13. Me cuesta trabajo aceptar las críticas que me hacen, aunque comprenda que son justas.				
14. Cuando me critican sin razón, me enfada o me pongo nervioso/a tener que defenderme.				
15. Cuando creo haber cometido un error, busco excusas que me justifiquen.				
16. Cuando compruebo que no sé algo, me siento mal conmigo mismo/a.				

17. Me cuesta hacer preguntas personales.				
18. Me cuesta pedir favores.				
19. Me cuesta decir que NO, cuando me piden que haga algo que yo no quiero hacer.				
20. Cuando me hacen algún elogio, me pongo nervioso/a y no sé qué hacer o decir.				
21. Me molesta que no me entiendan, cuando explico algo.				
22. Me irrita mucho que me lleven la contraria.				
23. Me molesta que los demás no comprendan mis razones o mis sentimientos.				
24. Me enfado, cuando veo que alguien cambia de opinión con el paso del tiempo.				
25. Me molesta que me pidan ciertas cosas, aunque lo hagan de buenas maneras.				
26. Me molesta que me hagan preguntas personales.				
27. Me desagrada comprobar que las personas no se esfuerzan en hacer las cosas de la mejor manera posible.				
28. Me enfado, cuando compruebo la ignorancia de algunas personas.				
29. Me siento o me sentiría mal, si compruebo que una persona que aprecio toma una decisión que yo considero equivocada.				
30. Me enfado, si veo a alguien comportándose de un modo que no me gusta.				
31. Me disgusta que me critiquen.				
32. Siento malestar hacia la persona que me niega algo razonable, que le pido de buenas maneras.				
33. Me altera, ver a personas que no controlen sus sentimientos: lloran, gritan, se muestran excesivamente contentas...				
34. Me desagrada que no se dé a las cosas la importancia que tienen.				
35. Me molesta que alguien no acepte una crítica justa.				

Anexo 7: Formatos de validación de los instrumentos



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE NIVEL DE APROBACIÓN PERCIBIDA DE LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 1: Gestión de la organización del trabajo y su distribución							
1	Percibes que tu centro de salud ha difundido las características y condiciones de los puestos laborales de cada trabajador.	✓		✓		✓		
	DIMENSION 2: Gestión del empleo							
2	Percibes que tu centro de salud promueve el reclutamiento de nuevos talentos, tanto internos como externos, es decir, prioriza la búsqueda de candidatos idóneos dentro del potencial de sus propios trabajadores.	✓		✓		✓		
3	Percibes que tu centro de salud tiene definido el procedimiento de selección del personal, respetando el cumplimiento de los requisitos solicitados, orientado a cubrir las competencias requeridas en tu Centro de Salud y que son necesarias para lograr los objetivos y metas institucionales.	✓		✓		✓		
4	Percibes que tu centro de salud cumple con los procedimientos de incorporación del personal de manera transparente, orientada al mérito de la persona más idónea para cubrir las competencias requeridas en el Manual de organización y funciones (hoy llamado Manual de Perfil de Puesto).	✓		✓		✓		
5	Percibes que tu centro de salud cumple de manera formal con la emisión de contratos o resoluciones de manera oportuna, fijando los derechos y deberes correspondientes, además de las características, condiciones, restricciones y penalidades concernientes al servicio del nuevo trabajador, así como de las reincorporaciones por mandato judicial o administrativo.	✓		✓		✓		

6	Percibes que tu centro de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal que facilite y garantice su integración y adaptación al Centro de Salud.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3: Gestión del rendimiento								
7	Percibes que tu centro de salud ha definido formalmente las metas y las funciones de todos los trabajadores y los ha puesto en conocimiento a cada uno de ellos mediante conducto regular.	✓		✓		✓		
8	Percibes que las jefaturas de tu centro de salud/ servicios/ departamentos/ áreas/ unidades, analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 4: Gestión del capacitación y desarrollo		Si	No	Si	No	Si	No	
9	Percibes que tu centro de salud implementa un plan para fortalecer las competencias del personal para que brinde servicios según el MAIS - Modelo de Atención Integral en Salud, priorizando el enfoque de prevención y promoción de la salud.	✓		✓		✓		
10	Percibes que tu centro de salud implementa un plan para fortalecer las competencias del personal, en técnicas de desarrollo integral como persona y motivacionales como integrante de la institución, orientado a lograr los objetivos institucionales.	✓		✓		✓		
11	Percibes que tu centro de salud implementa un plan para fortalecer la gestión de los jefes, líderes o puestos que tengan a cargo subordinados.	✓		✓		✓		
12	Percibes que tu centro de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en ética y mejora de la buena práctica en su servicio, así como en sus deberes y derechos y los del paciente.	✓		✓		✓		
13	Percibes que tu centro de salud ha desarrollado una o más herramientas para evaluar el aprendizaje y cumplimiento de las capacitaciones que se realizan en tu Centro de Salud.	✓		✓		✓		
14	Tras la culminación de las capacitaciones impartidas, percibes que tu centro de salud realiza el otorgamiento de la certificación correspondiente.	✓		✓		✓		
15	Percibes que tu centro de salud posee un plan de línea de carrera de los trabajadores, es decir, en base a tu experiencia, mérito y	✓		✓		✓		

	capacitación, te motiva y promueve a que participes en nuevos procesos de convocatoria que tu régimen laboral contemple, para tu crecimiento profesional.							
	DIMENSIÓN 5: Gestión de las Relaciones Humanas	Si	No	Si	No	Si	No	
16	Percibes que tu centro de salud promueve que los trabajadores de salud se organicen en equipos multidisciplinares y multiprofesionales, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional.	✓		✓		✓		
17	Percibes que tu centro de salud busca realizar actividades de prevención y resolución de conflictos, orientados a considerar la percepción de los trabajadores y promoviendo estos sean participes en proponer soluciones o mejoras.	✓		✓		✓		
18	Percibes que tu centro de salud ha implementado un registro de pliegos de reclamos que documente tanto los incidentes, así como los convenios colectivos o posibles resoluciones de estos.	✓		✓		✓		
19	Percibes que tu centro de salud posee un plan y programas de seguridad y salud en el trabajo, registro de incidentes, diagnóstico de SST (Identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos- IPER), entre otros, con el fin de promover la prevención de riesgos en el ejercicio de su labor que puedan afectar su salud o integridad; así como la protección del patrimonio de la entidad y el medio ambiente.	✓		✓		✓		
20	Percibes que tu centro de salud implementa un plan de bienestar social, propiciando convenios con instituciones para beneficios el personal, orientadas a propiciar las condiciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de sus trabajadores, desarrollando programas de bienestar social; tipo asistenciales, recreativos, culturales, deportivos, celebraciones, entre otros.	✓		✓		✓		
21	Percibes que tu centro de salud implementa actividades de bienestar social que incluyan la integración de las familias de los trabajadores.	✓		✓		✓		
22	Percibes que tu centro de salud ha desarrollado una o más herramientas que promuevan la identificación de los trabajadores con la Institución, difundiendo que sus principios y valores se adapten y compartan entre todos los miembros del personal.	✓		✓		✓		

23	Percibes que tu centro de salud ha implementado la Gestión del Clima Laboral, analizando la satisfacción sus trabajadores, dando a conocer los resultados y realizando planes de mejora continua, con el fin de mantener o mejorar la percepción de su ambiente de trabajo.	✓		✓		✓	
24	Percibes que tu centro de salud cumple con comunicar de manera clara, oportuna y mediante un conducto formal, las funciones de todos los trabajadores, así como derechos, deberes, resultados de evaluaciones y cualquier acontecimiento relevante de manera transparente.	✓		✓		✓	
25	Percibes que tu centro de salud le solicita que usted confirme la recepción de los comunicados que se le remiten de manera formal.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SÍ HAY SUFICIENCIA.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []


Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: MG. FÉLIX CAYCHO VALENCIA. DNI:..... 15992567

Especialidad del validador:..... DOCENTE POST GRADO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO – LIMA NORTE.

..... 20 de 10 del 20..... 16

- ¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- ²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- ³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



 Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE NIVEL DE APROBACIÓN PERCIBIDA DE LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Gestión de la organización del trabajo y su distribución							
1	Percibes que tu centro de salud ha difundido las características y condiciones de los puestos laborales de cada trabajador.	✓		✓		✓		
	DIMENSION 2: Gestión del empleo							
2	Percibes que tu centro de salud promueve el reclutamiento de nuevos talentos, tanto internos como externos, es decir, prioriza la búsqueda de candidatos idóneos dentro del potencial de sus propios trabajadores.	✓		✓		✓		
3	Percibes que tu centro de salud tiene definido el procedimiento de selección del personal, respetando el cumplimiento de los requisitos solicitados, orientado a cubrir las competencias requeridas en tu Centro de Salud y que son necesarias para lograr los objetivos y metas institucionales.	✓		✓		✓		
4	Percibes que tu centro de salud cumple con los procedimientos de incorporación del personal de manera transparente, orientada al mérito de la persona más idónea para cubrir las competencias requeridas en el Manual de organización y funciones (hoy llamado Manual de Perfil de Puesto).	✓		✓		✓		
5	Percibes que tu centro de salud cumple de manera formal con la emisión de contratos o resoluciones de manera oportuna, fijando los derechos y deberes correspondientes, además de las características, condiciones, restricciones y penalidades concernientes al servicio del nuevo trabajador, así como de las reincorporaciones por mandato judicial o administrativo.	✓		✓		✓		

6	Percibes que tu centro de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal que facilite y garantice su integración y adaptación al Centro de Salud.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3: Gestión del rendimiento								
7	Percibes que tu centro de salud ha definido formalmente las metas y las funciones de todos los trabajadores y los ha puesto en conocimiento a cada uno de ellos mediante conducto regular.	✓		✓		✓		
8	Percibes que las jefaturas de tu centro de salud/ servicios/ departamentos/ áreas/ unidades, analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 4: Gestión del capacitación y desarrollo								
		Si	No	Si	No	Si	No	
9	Percibes que tu centro de salud implementa un plan para fortalecer las competencias del personal para que brinde servicios según el MAIS - Modelo de Atención Integral en Salud, priorizando el enfoque de prevención y promoción de la salud.	✓		✓		✓		
10	Percibes que tu centro de salud implementa un plan para fortalecer las competencias del personal, en técnicas de desarrollo integral como persona y motivacionales como integrante de la institución, orientado a lograr los objetivos institucionales.	✓		✓		✓		
11	Percibes que tu centro de salud implementa un plan para fortalecer la gestión de los jefes, líderes o puestos que tengan a cargo subordinados.	✓		✓		✓		
12	Percibes que tu centro de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en ética y mejora de la buena práctica en su servicio, así como en sus deberes y derechos y los del paciente.	✓		✓		✓		
13	Percibes que tu centro de salud ha desarrollado una o más herramientas para evaluar el aprendizaje y cumplimiento de las capacitaciones que se realizan en tu Centro de Salud.	✓		✓		✓		
14	Tras la culminación de las capacitaciones impartidas, percibes que tu centro de salud realiza el otorgamiento de la certificación correspondiente.	✓		✓		✓		
15	Percibes que tu centro de salud posee un plan de línea de carrera de los trabajadores, es decir, en base a tu experiencia, mérito y	✓		✓		✓		

	capacitación, te motiva y promueve a que participes en nuevos procesos de convocatoria que tu régimen laboral contemple, para tu crecimiento profesional.						
	DIMENSIÓN 5: Gestión de las Relaciones Humanas	Si	No	Si	No	Si	No
16	Percibes que tu centro de salud promueve que los trabajadores de salud se organicen en equipos multidisciplinarios y multiprofesionales, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional.	✓		✓		✓	
17	Percibes que tu centro de salud busca realizar actividades de prevención y resolución de conflictos, orientados a considerar la percepción de los trabajadores y promoviendo estos sean participes en proponer soluciones o mejoras.	✓		✓		✓	
18	Percibes que tu centro de salud ha implementado un registro de pliegos de reclamos que documente tanto los incidentes, así como los convenios colectivos o posibles resoluciones de estos.	✓		✓		✓	
19	Percibes que tu centro de salud posee un plan y programas de seguridad y salud en el trabajo, registro de incidentes, diagnóstico de SST (Identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos- IPER), entre otros, con el fin de promover la prevención de riesgos en el ejercicio de su labor que puedan afectar su salud o integridad; así como la protección del patrimonio de la entidad y el medio ambiente.	✓		✓		✓	
20	Percibes que tu centro de salud implementa un plan de bienestar social, propiciando convenios con instituciones para beneficios el personal, orientadas a propiciar las condiciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de sus trabajadores, desarrollando programas de bienestar social; tipo asistenciales, recreativos, culturales, deportivos, celebraciones, entre otros.	✓		✓		✓	
21	Percibes que tu centro de salud implementa actividades de bienestar social que incluyan la integración de las familias de los trabajadores.	✓		✓		✓	
22	Percibes que tu centro de salud ha desarrollado una o más herramientas que promuevan la identificación de los trabajadores con la Institución, difundiendo que sus principios y valores se adapten y compartan entre todos los miembros del personal.	✓		✓		✓	

23	Percibes que tu centro de salud ha implementado la Gestión del Clima Laboral, analizando la satisfacción sus trabajadores, dando a conocer los resultados y realizando planes de mejora continua, con el fin de mantener o mejorar la percepción de su ambiente de trabajo.	✓		✓		✓	
24	Percibes que tu centro de salud cumple con comunicar de manera clara, oportuna y mediante un conducto formal, las funciones de todos los trabajadores, así como derechos, deberes, resultados de evaluaciones y cualquier acontecimiento relevante de manera transparente.	✓		✓		✓	
25	Percibes que tu centro de salud le solicita que usted confirme la recepción de los comunicados que se le remiten de manera formal.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SÍ HAY SUFICIENCIA.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: MG. HUGO ALEJANDRO MANRIQUE CHICOMA DNI:..... 07570254

Especialidad del validador:..... DOCENTE TEMÁTICO POSTGRADO DE UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO – LIMA NORTE.

.....29.....de.....09.....del 20.....16.....

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE NIVEL DE LA AUTOOPERCEPCIÓN DE LA ASERTIVIDAD

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Autoasertividad							
1	Cuando alguien dice algo con lo que no estoy de acuerdo, me pone nervioso/a tener que exponer mi propia opinión.	✓		✓		✓		
2	Cuando estoy enfadado/a, me molesta que los demás se den cuenta.	✓		✓		✓		
3	Cuando hago algo que creo que no gusta a otros, siento miedo o vergüenza de lo que puedan pensar de mí.	✓		✓		✓		
4	Me disgusta que los demás me vean, cuando estoy nervioso/a.	✓		✓		✓		
5	Cuando me equivoco, me cuesta reconocerlo ante los demás.	✓		✓		✓		
6	Si se me olvida algo, me enfado conmigo mismo/a.	✓		✓		✓		
7	Me enfado, si no consigo hacer las cosas perfectamente.	✓		✓		✓		
8	Me siento mal cuando tengo que cambiar de opinión.	✓		✓		✓		
9	Me pongo nervioso/a o tenso/a cuando quiero hacer un elogio a alguien.	✓		✓		✓		
10	Cuando me preguntan algo que ignoro, procuro justificarme por no saberlo.	✓		✓		✓		
11	Cuando estoy triste, me disgusta que los demás se den cuenta.	✓		✓		✓		
12	Me siento mal conmigo mismo/a, si algo que me están explicando no entiendo.	✓		✓		✓		
13	Me cuesta trabajo que me hacen, aunque comprenda que son justas aceptar las críticas.	✓		✓		✓		

14	Cuando, me enfada o me pongo nervioso/a tener que defenderme me critican sin razón.	✓		✓		✓	
15	Cuando creo haber cometido un error, busco excusas que me justifiquen.	✓		✓		✓	
16	Cuando compruebo que no sé algo, me siento mal conmigo mismo/a.	✓		✓		✓	
17	Me cuesta hacer preguntas personales.	✓		✓		✓	
18	Me cuesta pedir favores.	✓		✓		✓	
19	Me cuesta, cuando me piden que haga algo que yo no quiero hacer decir que NO	✓		✓		✓	
20	Cuando, me pongo nervioso/a y no sé qué hacer o decir me hacen algún elogio.	✓		✓		✓	
	DIMENSION 2: Heteroasertividad						
21	Me molesta que no me entiendan, cuando explico algo.	✓		✓		✓	
22	Me irrita mucho que me lleven la contraria	✓		✓		✓	
23	Me molesta que los demás mis razones o mis sentimientos no comprendan.	✓		✓		✓	
24	Me enfado, cuando veo que alguien con el paso del tiempo cambia de opinión.	✓		✓		✓	
25	Me molesta que, aunque lo hagan de buenas maneras pidan ciertas cosas.	✓		✓		✓	
26	Me molesta que me hagan preguntas personales.	✓		✓		✓	
27	Me desagrada comprobar que las personas no se esfuercen en hacer las cosas de la mejor manera posible.	✓		✓		✓	
28	Me enfado, cuando compruebo la ignorancia de algunas personas.	✓		✓		✓	
29	Me siento o me sentiría mal, si compruebo que una persona que aprecio toma una decisión que yo considero equivocada.	✓		✓		✓	
30	Me enfado, si veo a alguien comportándose de un modo que no me gusta.	✓		✓		✓	

31	Me disgusta que me critiquen.	✓		✓		✓	
32	Siento malestar hacia la persona que razonable, que le pido de buenas maneras me niega algo.	✓		✓		✓	
33	Me altera, ver a personas que: lloran, gritan, se muestran excesivamente contentas,... no controlan sus sentimientos.	✓		✓		✓	
34	Me desagrada que no se dé a las cosas la importancia que tienen	✓		✓		✓	
35	Me molesta que alguien no acepte una crítica justa.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SÍ HAY SUFICIENCIA.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: MG. FÉLIX CAYCHO VALENCIA. DNI:..... 15992567

Especialidad del validador:..... DOCENTE POST GRADO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO – LIMA NORTE.


..... 20 de 10 del 20 16

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE NIVEL DE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA ASERTIVIDAD

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Autoasertividad							
1	Cuando alguien dice algo con lo que no estoy de acuerdo, me pone nervioso/a tener que exponer mi propia opinión.	✓		✓		✓		
2	Cuando estoy enfadado/a, me molesta que los demás se den cuenta.	✓		✓		✓		
3	Cuando hago algo que creo que no gusta a otros, siento miedo o vergüenza de lo que puedan pensar de mí.	✓		✓		✓		
4	Me disgusta que los demás me vean, cuando estoy nervioso/a.	✓		✓		✓		
5	Cuando me equivoco, me cuesta reconocerlo ante los demás.	✓		✓		✓		
6	Si se me olvida algo, me enfado conmigo mismo/a.	✓		✓		✓		
7	Me enfado, si no consigo hacer las cosas perfectamente.	✓		✓		✓		
8	Me siento mal cuando tengo que cambiar de opinión.	✓		✓		✓		
9	Me pongo nervioso/a o tenso/a cuando quiero hacer un elogio a alguien.	✓		✓		✓		
10	Cuando me preguntan algo que ignoro, procuro justificarme por no saberlo.	✓		✓		✓		
11	Cuando estoy triste, me disgusta que los demás se den cuenta.	✓		✓		✓		
12	Me siento mal conmigo mismo/a, si algo que me están explicando no entiendo.	✓		✓		✓		
13	Me cuesta trabajo que me hacen, aunque comprenda que son justas aceptar las críticas.	✓		✓		✓		

14	Cuando, me enfada o me pongo nervioso/a tener que defenderme me critican sin razón.	✓		✓		✓	
15	Cuando creo haber cometido un error, busco excusas que me justifiquen.	✓		✓		✓	
16	Cuando compruebo que no sé algo, me siento mal conmigo mismo/a.	✓		✓		✓	
17	Me cuesta hacer preguntas personales.	✓		✓		✓	
18	Me cuesta pedir favores.	✓		✓		✓	
19	Me cuesta, cuando me piden que haga algo que yo no quiero hacer decir que NO	✓		✓		✓	
20	Cuando, me pongo nervioso/a y no sé qué hacer o decir me hacen algún elogio.	✓		✓		✓	
	DIMENSION 2: Heteroasertividad						
21	Me molesta que no me entiendan, cuando explico algo.	✓		✓		✓	
22	Me irrita mucho que me lleven la contraria	✓		✓		✓	
23	Me molesta que los demás mis razones o mis sentimientos no comprendan.	✓		✓		✓	
24	Me enfado, cuando veo que alguien con el paso del tiempo cambia de opinión.	✓		✓		✓	
25	Me molesta que, aunque lo hagan de buenas maneras pidan ciertas cosas.	✓		✓		✓	
26	Me molesta que me hagan preguntas personales.	✓		✓		✓	
27	Me desagrada comprobar que las personas no se esfuercen en hacer las cosas de la mejor manera posible.	✓		✓		✓	
28	Me enfado, cuando compruebo la ignorancia de algunas personas.	✓		✓		✓	
29	Me siento o me sentiría mal, si compruebo que una persona que aprecio toma una decisión que yo considero equivocada.	✓		✓		✓	
30	Me enfado, si veo a alguien comportándose de un modo que no me gusta.	✓		✓		✓	

31	Me disgusta que me critiquen.	✓		✓		✓	
32	Siento malestar hacia la persona que razonable, que le pido de buenas maneras me niega algo.	✓		✓		✓	
33	Me altera, ver a personas que: lloran, gritan, se muestran excesivamente contentas,... no controlan sus sentimientos.	✓		✓		✓	
34	Me desagrada que no se dé a las cosas la importancia que tienen	✓		✓		✓	
35	Me molesta que alguien no acepte una crítica justa.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SÍ HAY SUFICIENCIA.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: MG. HUGO ALEJANDRO MANRIQUE CHICOMA DNI:..... 07570254

Especialidad del validador:..... DOCENTE TEMÁTICO POSTGRADO DE UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO – LIMA NORTE.

.....29...de.....09.....del 20.16..

- ¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- ²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- ³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



 Firma del Experto Informante.

Anexo 8: Informe de confidencialidad

INFORME DE CONFIABILIDAD															
Objetivo de la Confiabilidad															
Determinar el grado en el que la aplicación repetida del presente instrumento produce resultados iguales (Hernández, 2004).															
Nombre del instrumento															
Cuestionario de Gestión del Talento Humano y Cuestionario de Asertividad															
Criterios de selección de la muestra en la prueba piloto															
La prueba piloto se realizó en base a 10 casos, con características semejantes a los individuos que conformaron la población de estudio, la cual estuvo definida por un muestreo intencional, coincidente con el número de la población existente.															
Análisis Estadístico															
La confiabilidad del Instrumento, se realizó mediante una prueba piloto. En primera instancia se creó una base de datos en el programa Excel de Microsoft Office, constituida por 11 filas en el lado izquierdo que representan a las 10 unidades de análisis y el encabezado, al lado derecho se ubicaron además 65 columnas siguientes representando los 5 ítems que recopilan los datos demográficos, sumando a los 60 ítems del instrumento comprendido por los dos cuestionarios del estudio. Una vez constituida la estructura de la matriz de la base de datos, se procedió a la revisión de los datos recopilados, se realizó la previa codificación de datos, y se procedió a su registro en la base de datos, se realizó la revisión pertinente para la limpieza de base de datos. Para la prueba de confiabilidad tanto de la variable de Gestión del Talento Humano y la variable Asertividad, en el aspecto estadístico se empleó el programa SPSS.															
Calculo del Coeficiente de Alfa Cronbach															
El alfa de Cronbach no deja de ser una media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte de la escala. Puede calcularse de dos formas: a partir de las varianzas (Alpha de Cronbach) o de las correlaciones de los ítems (Alpha de Cronbach estandarizado). Hay que advertir que ambas fórmulas son versiones de la misma y que pueden deducirse la una de la otra (Cronbach, 1951).															
Tabla de valoración y formula de aplicación															
Landis y Koch (1977):	Formula a partir de las varianzas (Cronbach, 1951):														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Valoración del índice del Alfa de Cronbach (α)</th> </tr> <tr> <th>Valor del (α)</th> <th>Grado de acuerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>De 0.10 a 0.20</td> <td>Muy baja</td> </tr> <tr> <td>De 0.21 a 0.40</td> <td>Baja</td> </tr> <tr> <td>De 0.41 a 0.60</td> <td>Moderado</td> </tr> <tr> <td>De 0.61 a 0.80</td> <td>Alta</td> </tr> <tr> <td>De 0.81 a 1.00</td> <td>Muy alta</td> </tr> </tbody> </table>	Valoración del índice del Alfa de Cronbach (α)		Valor del (α)	Grado de acuerdo	De 0.10 a 0.20	Muy baja	De 0.21 a 0.40	Baja	De 0.41 a 0.60	Moderado	De 0.61 a 0.80	Alta	De 0.81 a 1.00	Muy alta	$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_{is}^2}{S_r^2} \right]$ <p>Donde: K : Es el número de ítems. $\sum S_i^2$: Sumatoria de varianzas de los ítems. S_r^2 : Varianza de la suma de los ítems. α : Coeficiente de Alfa de cronbach.</p>
Valoración del índice del Alfa de Cronbach (α)															
Valor del (α)	Grado de acuerdo														
De 0.10 a 0.20	Muy baja														
De 0.21 a 0.40	Baja														
De 0.41 a 0.60	Moderado														
De 0.61 a 0.80	Alta														
De 0.81 a 1.00	Muy alta														
Aplicación de resultados															
El alfa de Cronbach no es un estadístico al uso, por lo que no viene acompañado de ningún p-valor que permita rechazar la hipótesis de fiabilidad en la escala. No obstante, sus resultados están representados en una escala que va del 0 al 1, es decir, cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 o 0,8 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala.															
Resultados de la prueba de confiabilidad de las 2 variables con Alfa de Cronbach															
Cuestionario de Gestión del Talento Humano: 0.85 (MUY ALTA FIABILIDAD)															
Cuestionario de Asertividad: 0.80 (ALTA FIABILIDAD)															

Fiabilidad del Instrumento Prácticas de la Gestión del Talento Humano

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	17,70	40,900	,258	,854
Item2	18,30	35,567	,794	,834
Item3	18,00	38,667	,629	,844
Item4	18,10	38,767	,567	,845
Item5	17,90	37,656	,595	,843
Item6	17,70	40,678	,296	,853
Item7	17,60	40,267	,576	,848
Item8	17,70	40,900	,258	,854
Item9	18,00	38,667	,629	,844
Item10	18,00	36,667	,680	,839
Item11	18,30	44,678	-,328	,871
Item12	18,00	38,667	,629	,844
Item13	17,80	39,956	,334	,853
Item14	17,60	39,378	,298	,856
Item15	18,20	36,178	,705	,838
Item16	17,90	42,544	-,008	,861
Item17	17,90	39,656	,536	,847
Item18	17,80	34,400	,893	,828
Item19	17,80	38,622	,529	,846
Item20	17,90	39,656	,536	,847
Item21	18,50	42,278	,041	,859
Item22	18,10	43,878	-,182	,874
Item23	17,90	39,211	,387	,851
Item24	17,90	39,433	,579	,846
Item25	18,20	41,956	,065	,861

Fiabilidad del Instrumento Asertividad

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item26	22,40	83,822	,482	,802
Item27	22,40	84,489	,272	,806
Item28	22,50	84,056	,422	,803
Item29	22,50	83,389	,495	,801
Item30	22,50	85,167	,303	,806
Item31	22,40	85,600	,181	,809
Item32	22,20	81,511	,382	,802
Item33	22,20	91,511	-,264	,824
Item34	22,80	87,733	,039	,812
Item35	22,30	86,011	,273	,807
Item36	22,60	81,822	,653	,797
Item37	22,50	81,389	,344	,804
Item38	22,50	82,278	,617	,798
Item39	22,60	86,267	,118	,811
Item40	22,70	92,233	-,328	,825
Item41	22,60	83,378	,485	,801
Item42	22,80	82,844	,596	,799
Item43	22,30	85,122	,139	,813
Item44	22,40	87,822	,029	,812
Item45	23,00	88,889	-,112	,813
Item46	22,80	83,067	,570	,800
Item47	22,60	84,711	,344	,805
Item48	22,50	90,278	-,226	,818
Item49	22,30	84,900	,418	,804
Item50	22,80	84,622	,390	,804
Item51	22,50	92,944	-,298	,832
Item52	21,70	87,789	-,038	,825
Item53	22,40	75,156	,656	,788
Item54	22,20	78,622	,575	,794
Item55	22,00	77,556	,493	,796
Item56	22,60	71,822	,944	,774
Item57	22,50	82,278	,438	,801
Item58	22,50	73,833	,816	,781
Item59	21,70	81,122	,427	,800
Item60	22,10	79,433	,367	,803

Descripción en detalle del proceso de Confiabilidad.

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se realizó la presente prueba piloto en base a una muestra de 10 casos, número representativo de un 14% aproximado de la muestra destinada a evaluarse en este estudio, de esta manera se seleccionaron individuos de una población con características semejante a la muestra empleada en este estudio. La confiabilidad del instrumento, se realizó mediante una prueba piloto. En primera instancia se creó una base de datos en el programa Excel de Microsoft Office, constituida por una columna de 11 filas en el lado izquierdo que representan a las 10 unidades de análisis y el encabezado, al lado derecho se ubicaron además 65 columnas siguientes con el mismo número de filas representando los 5 ítems que recopilan los datos demográficos, sumando a los 60 ítems del instrumento comprendido por los dos cuestionarios del estudio. Una vez constituida la estructura de la matriz de la base de datos, se procedió a la revisión de los datos recopilados, se realizó la previa codificación de datos, y se procedió a su registro en la base de datos, se realizó la revisión pertinente para la limpieza de base de datos. Para la prueba de confiabilidad tanto de la variable de Gestión del Talento Humano y la variable Asertividad, en el aspecto estadístico se empleó el programa SPSS, y se procedió a realizar la estadística descriptiva, obteniendo la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central así como medidas de variabilidad; tras lo cual para el caso de la medición de coherencia o consistencia interna, se utilizó la prueba de coeficiente "Alfa de Cronbach" a los 25 ítems del cuestionario de la variable Gestión del Talento Humano, así como a los 35 ítems que integran el cuestionario de la variable de Asertividad, y se aplicaron las funciones respectivas para realizar la prueba de confiabilidad tanto del Cuestionario de Gestión de Talento Humano y al Cuestionario de Asertividad, en el aspecto estadístico se empleó la prueba de coeficiente "Alfa de Cronbach" y se interpretaron los resultados de acuerdo al valor del Índice de Landis y Koch (1977), en el cuál se concluye que ambos cuestionarios que comprenden el Instrumento de este estudio presentan un nivel alto y muy alto respecto a su fiabilidad.

Anexo 9: Prueba de normalidad de los datos

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Distribución
	Estadístico	gl	Sig.	
Gestión del talento humano	.093	71	.200	Normal
Gestión de la organización del trabajo y distribución	.380	71	.000	No normal
Gestión del empleo	.167	71	.000	No normal
Gestión del rendimiento	.213	71	.000	No normal
Gestión de la capacitación y desarrollo	.168	71	.000	No normal
Gestión de las relaciones humanas y sociales	.143	71	.001	No normal
Autoasertividad	.116	71	.019	No normal
Heteroasertividad	.097	71	.093	Normal

a. Corrección de la significación de Lilliefors.

Fuente: Base de datos del investigador.

Para el análisis de la relación entre las variables se puede considerar la prueba paramétrica de Pearson o la prueba no paramétrica de Spearman, para ello primero debe realizarse la prueba de normalidad, en este caso por ser una muestra grande (mayor de 50) se consideró la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.

Dado que los valores de significancia (Sig.) son en su mayoría menores que 0.05 se puede afirmar que no se cumple el supuesto de normalidad para las pruebas paramétricas, por ello para el análisis de la relación entre las variables consideradas en la presente investigación se consideró el coeficiente de correlación de Spearman.

Anexo 10: Gráficos de dispersión de la correlación entre la gestión del talento humano y asertividad (autoasertividad y heteroasertividad).

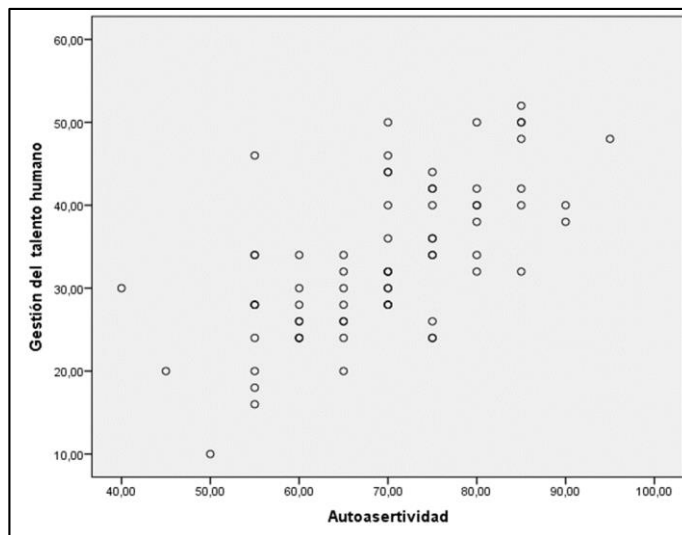


Gráfico de dispersión de la gestión del talento humano y autoasertividad.

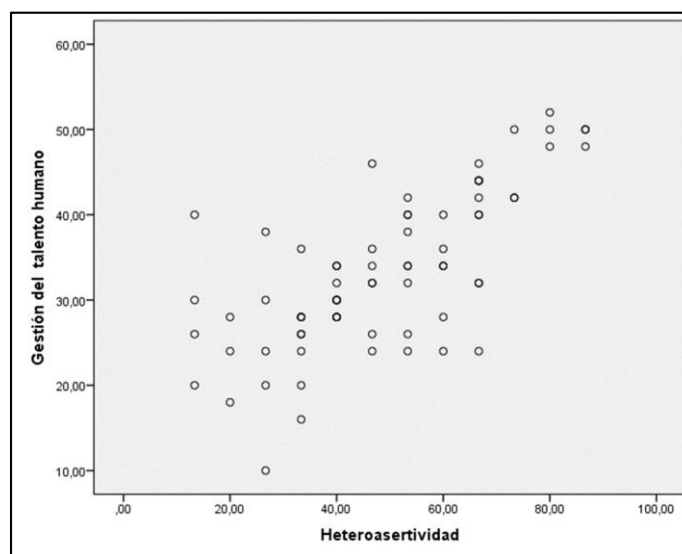


Gráfico de dispersión de la gestión del talento humano y heteroasertividad.

Consentimiento Informado

Sobre el lugar y tiempo involucrado

La ejecución de este cuestionario comprenderá de 30 – 35 min, y se llevará a cabo en las instalaciones del Centro de Salud:de la Dirección de Salud Lima Norte.

Sobre el uso de los resultados

Los resultados de este estudio serán usados para generar nuevo conocimiento en el área de recursos humanos de su institución, que permitan instaurar mejoras en la gestión del personal profesional. Así como los datos serán empleados en un informe de tesis, para presentación de conferencias o publicación en revistas científicas. En cada una de estas instancias se velará por mantener la estricta confidencialidad y privacidad de los participantes.

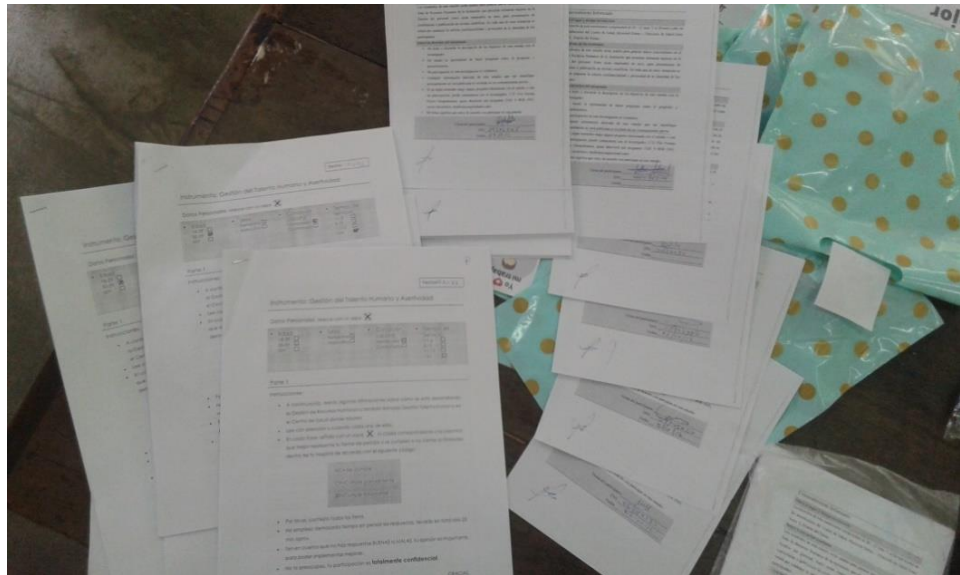
Sobre los derechos del encuestado

- He leído y discutido la descripción de los objetivos de este estudio con el investigador.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el propósito y procedimientos.
- Mi participación en esta investigación es voluntaria, puedo negarme a participar o retirarme en cualquier momento sin perjuicio de mi condición como trabajador de esta institución.
- Cualquier información derivada de este estudio que me identifique personalmente no será publicada ni revelada sin mi consentimiento previo.
- Si en algún momento tengo alguna pregunta relacionada con el estudio o con mi participación, puedo contactarme con el investigador, C.D. Flor Pierina Neyra Choquehuanca, quien absolverá mis preguntas (correo electrónico: drapierinaneyra@gmail.com).
- Recibo una copia de este consentimiento informado.
- Mi firma confirma que estoy de acuerdo con participar en este estudio.

Firma del participante: _____

Anexo 12: Fotografías






Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, Noel Alcas Zapata, docente de la Escuela de posgrado y Programa académico PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD de la Universidad César Vallejo Filial Los Olivos, asesor de la Tesis titulada: **“Prácticas de la gestión del talento humano y asertividad en el personal de salud de 03 establecimientos del Primer Nivel de Atención de la Dirección de Salud Lima Norte, 2016”** de la autora Neyra Choquehuanca Flor Pierina. Constató que la investigación tiene un índice de similitud de 20% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones. He revisado dicho reporte y concluyo 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. En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha,

Apellidos y Nombres del Asesor: Alcas Zapata Noel	
DNI 06167282	Firma 
ORCID orcid.org/0000-0001-9308-4319	