



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA DE GESTIÓN DE
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Gestión por procesos y su relación con la gestión de la calidad
en el hospital de Pomabamba - Ancash, 2022**

AUTORA:

Espinoza Diaz, Jessica Alicia (orcid.org/0000-0002-2774-3782)

ASESOR:

Mg. Ramírez Huerta, Valiente Pantaleón (orcid.org/0000-0002-9297-056X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA-PERÚ

2022

Dedicatoria

A todos mis seres queridos: En especial a mi hija Thais que es la luz de mi vida y la adrenalina de mi alma, para seguir cumpliendo cada meta trazada; también a mis queridos padres por sus consejos continuos a seguir creciendo como persona y profesional, igualmente a mi esposo por los cafecitos de noche y por su gran apoyo incondicional que conllevó todo este proceso.

Agradecimiento

A Dios por bendecirme y guiarme en cada paso que doy y poder seguir cumpliendo con cada meta trazada. A la Universidad Cesar Vallejo y sus docentes por los conocimientos compartidos para mejorar mis capacidades y desarrollo profesional. A mi asesor Mg. Valiente Pantaleón Ramírez, por la dedicación y enseñanza en todo momento que llevo el proceso de la estructura de la presente investigación.

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras.....	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	16
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	163.2
Variables y operacionalización.....	173.3
Población, muestra, muestreo	183.4
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	193.5
Procedimientos	213.6
Método de análisis de datos	213.7
Aspectos éticos	22IV.
RESULTADOS.....	23V.
DISCUSIÓN	31VI.
CONCLUSIONES	37VII.
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS.....	39
Anexos	47

Índice de tablas

Tabla 1 Distribución del personal Hospital de Pomabamba – Ancash	18
Tabla 2 Tabla cruzada entre Gestión por Procesos y Gestión de la Calidad	23
Tabla 3 Tabla cruzada de los Procesos Estratégicos y Gestión de la Calidad.....	24
Tabla 4 Tabla cruzada de los Procesos Operativos y Gestión de la Calidad	25
Tabla 5 Tabla cruzada de los Procesos de Soporte y Gestión de la Calidad	26
Tabla 6 Correlación entre las variables Gestión por Procesos y Gestión de la Calidad	27
Tabla 7 Correlación entre Procesos Estratégicos y Gestión de la Calidad	28
Tabla 8 Correlación entre los Procesos Operativos y Gestión de la Calidad	29
Tabla 9 Correlación entre los Procesos de Soporte y Gestión de la Calidad	30

Índice de gráficos y figuras

Figura 1 Diseño de la investigación.....	17
--	----

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal relacionar la gestión por procesos y la gestión de la calidad del Hospital de Pomabamba - Ancash, 2022. Siendo una investigación descriptiva, correlacional, cuantitativa, diseño no experimental, de corte transversal. Su población estuvo conformada por 200 trabajadores jefes y personal (administrativo y asistencial) que asistían de manera permanente a la institución sanitaria, la muestra fue 132 trabajadores encuestados y el muestreo utilizado fue no probabilístico. Para la recolección de datos se utilizaron dos cuestionarios para evaluar ambas variables, que fue validado por el juicio de expertos. Los datos reunidos fueron analizados de forma descriptiva y deducidas a través de los programas de Microsoft Excel y de IBM SPSS. Obteniendo como resultados que de los 132 trabajadores (administrativo y asistencial) encuestados el 78% expresaron de nivel “regular” la gestión por procesos y el 59.8% también de nivel “regular” la gestión de la calidad del hospital de Pomabamba - 2021. Concluyendo que existe una relación altamente significativa entre ambas variables ($p= 0,000$ y $\rho= 0,488$) a mejor optimización de la gestión por procesos, está influenciando directamente en una óptima y/o mayor aplicación en la gestión de la calidad en la entidad sanitaria estudiada de Pomabamba.

Palabras clave: gestión por proceso, gestión de la calidad, Hospital de Pomabamba

ABSTRACT

The main objective of this research was to relate process management and quality management of the Hospital de Pomabamba - Ancash, 2022. Being a descriptive, correlational, quantitative research, non-experimental design, cross-sectional. Its population was made up of 200 chief workers and staff (administrative and assistance) who permanently attended the health institution, the sample was 132 workers surveyed and the sampling used was non-probabilistic. For data collection, two questionnaires were used to evaluate both variables, which was validated by expert judgment. The collected data were analyzed descriptively and deduced through Microsoft Excel and IBM SPSS programs. Obtaining as results that of the 132 workers (administrative and care) surveyed, 78% expressed process management at a "regular" level and 59.8% also expressed quality management at the Pomabamba hospital - 2021 at a "regular" level. Concluding that there is a highly significant relationship between both variables ($p= 0.000$ and $\rho= 0.488$) the better optimization of process management, it will directly influence an optimal and/or greater application in quality management in the health entity studied from Pomabamba.

Keywords: process management, quality management, Pomabamba Hospital

I. INTRODUCCIÓN

En la coyuntura que se vive hoy en día, en los establecimientos a nivel mundial que tienen a su dirección prestar servicios públicos de salud, ha sufrido una serie de fallas estructurales, tratando de adaptarse a los cambios, que ha venido dañando la pandemia a nivel global, los mismos que afectan a miles de ciudadanos, siendo las más comunes, las demoras para la obtención de una cita médica, las malas atenciones, y no menos importante, la ausencia de fármacos necesarios para los usuarios. Como es previsto, esto genera un mal concepto y una pésima reputación al sistema de salud pública en nuestro país (Guerrero y Urteaga, 2017).

Por otro lado, se indica que La Gestión de la Calidad incorpora la planificación, el mejoramiento, el control y salvaguardar la calidad, comprendidos en que las prestaciones sanitarias con calidad llegan a tener un efecto en el ambiente más amplio de las instituciones sanitarias como también de las disposiciones que instauran los suministradores y los encargados de la norma, siendo eficiente, accesible, aceptable, equitativa y segura (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Unas de los reconocimientos internacionales de excelencia es la Joint Commission International fue creada en 1996, teniendo el objetivo de mejorar la calidad de atención a nivel internacional, promoviendo la acreditación de los estándares, mediante un grupo de profesionales experto en los cinco continentes. Así mismo el proceso de evaluación de la JCI esta esbozado para acoplarse a las características legales, religiosas y culturales de cada país (Fundación para la Acreditación y Fundación Asistencial [JCI], 2019)

En un estudio ecuatoriano, se señaló que los modelos de gestión de procesos se han visto alterado debido a que aún no se tienen identificada la desigualdad en poner en práctica y registrar las técnicas debido que pasado los años han experimentado un sin fin de cambios y metodologías desde extensos manuales impresos (que no arrojan datos que ayuden a la elección de los altos niveles de la asociación) hasta los digitalizados actualmente que están expresados de forma normativo y preciso. Es así que las guías del sector público carecen de

una metodología global que admita demostrar un funcionamiento de procesos, por lo que, se instauró una metodología de procesos basada en el ciclo PHVA (documentar, implementar, medir y mejorar) (Zaldumbide, 2019).

Así mismo, en América Latina la corrupción ha debilitado la gestión en las organizaciones sanitarias debido a los ausentismos laborales, incorrecta adquisición de tecnología médica, desabastecimiento de insumos y medicamentos, debilidad en los mecanismos de información, ausencia de sistemas de control en procesos con alto nivel de debilidad ante la corrupción y la poca presencia de gobernanza y liderazgo. En consecuencia, los procesos son una cadena de actividades que se transforman en una entrada o insumo (una petición de un servicio) en una salida (la prestación del servicio), realizando un conjunto de fases continuamente para alcanzar sus metas trazadas; convirtiendo al insumo en una actividad enlazada a un valor agregado (Flores, 2017).

En el Perú, se estableció las ocho principales deficiencias de la gestión en nuestro país. Por lo que se vio dispuesto a solucionar dichas deficiencias y a la vez creando cinco pilares de la Modernización de la Gestión Pública, incluyendo así a la gestión por proceso planteando que debe de estar integrada en las diferentes organizaciones públicas, para que aporten a la sociedad, servicios de manera más efectiva, con calidad y que logren resultados que los favorezcan; en la actualidad está siendo implementada por el estado (Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2018-PcM/Sgp. Diario El Peruano, 2018)

La calidad en la prestación de los servicios de salud es una inquietud en todo el sector salud de nuestro país. Por dicha razón se fortaleció el Plan de Gestión de Calidad 2021 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en sus diferentes áreas, ya que dicho plan es un instrumento para dirigir los procesos, alcanzar su misión en relación a la acreditación, auditoría, atención al usuario, mejora continua (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2021).

Hay que tener en cuenta que la gestión por procesos tiene por finalidad indagar periódicamente para el desarrollo de las actividades y procesos de la institución, en la exploración de una mejor optimización continua de los productos que se consigue en la gestión. Argumenta así un enfoque horizontal de la institución sanitaria donde el usuario es el eje central, para la toma de decisiones, planificación de las acciones y actividades, mejorando la gestión, donde el proceso (usuario) y las acciones y decisiones de los especialistas proporcionan identificar al profesional encargado de dicha actividad; esta pauta garantiza una atención integral, aceptando que la entidad se relacione de manera óptima con la demanda de los usuarios y se llegue a generar un valor agregado y una satisfacción superior. (Prada, 2017)

El Hospital de Pomabamba – Ancash, es una entidad incorporada bajo el mando de la Red de Salud Conchucos Norte, con ausencia de autonomía tanto administrativa y presupuestal. En el ámbito jurisdiccional, comprende 4 distritos: Pomabamba, Huayllan, Parobamaba y Quinuabamba y sus comunidades, siendo un nosocomio de referencia de sus puestos de salud y provincias anexas (Red de Salud Conchucos Norte, 2019).

El problema general de este trabajo de investigación fue: ¿Cuál es la relación de la Gestión por procesos con la Gestión de la Calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022?, y como problemas específicos tenemos: a) ¿Cómo se relaciona los procesos estratégicos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba - Ancash,2022?; b) ¿Cómo se relaciona los procesos operativos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba - Ancash, 2022?; c) ¿Cómo se relaciona los procesos de soporte con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba - Ancash, 2022?

Esta investigación tuvo una justificación teórica ya que ayudó a una comprensión en relación a la gestión por proceso y la gestión de la calidad, sirviendo como un gran aporte teórico. Justificación práctica ya que los resultados y la información obtenida va ser valiosa para otros estudios relacionados con el sector salud como también para innovar estrategias de mejoras para optimizar los procesos y la calidad. Justificación metodológica ya que nos permitió validar los

datos de los cuestionarios mediante el uso de aplicación de encuestas, mediante el proceso de validación.

El objetivo general fue: Establecer la relación entre gestión por procesos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022 y los objetivos específicos son: a) Establecer la relación entre los procesos estratégicos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022; b) establecer la relación entre los procesos operativos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022; c) establecer la relación entre los procesos de soporte con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022.

Como hipótesis general: La gestión por procesos se relaciona significativamente con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022. Con respecto a las hipótesis específicas son las siguientes: Existe relación significativa entre procesos estratégicos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022; existe relación significativa entre los procesos operativos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022; existe relación significativa entre los procesos de soporte con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba - Ancash, 2022.

II. MARCO TEÓRICO

Qureshi (2020) El presente estudio tuvo como objetivo estimar el índice de visitas inesperadas (URV) asociadas a las inexactitudes de diagnóstico o terapéuticos de los profesionales asistenciales de emergencia. La investigación tiene una revisión retrospectiva basada en los registros electrónicos médicos del área de emergencia en el Hospital General de Hamad – Qatar que presenta cada año un total de 467.000 visitas de los usuarios. Los resultados evidenciaron que dentro de las 48 horas de alta se produjo visitas 5,1 %. Concluyendo que las visitas improbables debido a la atención de calidad en su primera visita médica, corroborado por los médicos encargados de clasificar las visitas de manera unánime, en cuanto a la asociación y no con la gestión de la calidad de atención.

Daqar y Constantinovits (2020), tuvo como objetivo investigar el papel de la gestión de la calidad, sobre mejorar la calidad de las prestaciones del sistema sanitario privado en el Área Norte de Cisjordania Palestina. Así mismo tiene una investigación cuantitativa, basada de en encuestas y la técnica de cuestionarios en diferentes hospitales privados y centros de salud. Tomando como población para el estudio al personal administrativo (200) y usando el método de muestreo estratificado. Concluyendo que el total de los factores de Quality Management, están en relación directa y positiva con el sector de salud privado, particularmente los 4 factores referentes a la satisfacción del cliente, intervención de sus trabajadores, mejoras como también la participación del directorio y la calidad del servicio.

Es así que las mejoras continuas son el eje en la implementación de la gestión de la calidad en el sistema sanitario y a su vez asociados a los procedimientos de atenciones médicas privadas; a diferencia de la participación o compromiso de la dirección arrojando un valor significativo para las mejoras en la calidad del servicio. Por ende, es importante la comunicación efectiva entre la alta dirección y los trabajadores de la organización para llevar a cabo una exitosa implementación de la gestión de la calidad total, evitando las gerencias monótonas en los procesos ya que se evidencia negativamente en la calidad del servicio del sector salud privado.

Pfaff et al. (2021), tuvo como propósito corroborar que los hospitales con directorios encaminados hacia la visión de calidad e integradas socialmente son

mejores para el funcionamiento de la gestión de la calidad. Utilizando un diseño transversal de mixto y una población de 109 hospitales en el continente europeo. Resultando que el 19% de las entidades estudiadas aplica la gestión de la calidad de los hospitales Concluyendo que el funcionamiento de los directorios de los hospitales es mejor si presentan una concordancia y finalidad y así fortalecer las reuniones de directorio como agenda principal la gestión de la calidad y así poder ver resultados positivos.

Las áreas encargadas de las gerencias en los hospitales son el eje de toda organización, ya que son el punto de partida para las estrategias y planificaciones es por ello que es necesario que los procesos de atención sean viables con el objetivo de garantizar la rápida y oportuna prestación asistencial.

Hajiebrahimi et al. (2017), el objetivo fue valorar la gestión por procesos de la atención del cáncer de mama a través sistema sanitario primario de Golestán al norte de Irán. La metodología de corte transversal descriptivo. Es así que se obtuvieron como resultados de regular 50% de profesionales a nivel rural y urbano estaban capacitados, el 18.9 % de las mujeres averiguaron a través del autoestudio previo a su dx. de cáncer y el 53.8% en establecimiento de salud privado después del dx. de cáncer de mama. Concluyendo que la gestión por procesos para la atención médica en el caso de las patologías de mamas en Golestán deben perfeccionar en su nivel de atención primaria, ayudándose con acciones eficaces multidisciplinarias como interdisciplinarias.

Jara (2020), en su estudio, tuvo como propósito relacionar el planeamiento estratégico y la gestión por procesos en la Dirección Regional de Salud Lima; con una metodología de tipo básica, correlacional. Tuvo como resultados en su investigación una relación alta $Rho = 0,808$ y un $p = 0,000$, acompañado de un nivel poco eficiente de 40% 37,1% deficiente y 22,9% eficiente. Concluyendo una relación significativa entre ambas variables estudiadas

Arteaga (2017). Su estudio tuvo como propósito relacionar la gestión por procesos en la competitividad un hospital de Essalud. Con una metodología no experimental, diseño correlacional, transversal. Obteniendo de resultados un coeficiente de Pearson de 0,757 certificando la existencia de una relación directa

modera, con un nivel de regular de 66,4% de la variable independiente. Concluyendo que los productos obtenidos serán relevantes para rediseñar sugerencias en solución de las mejoras de los procesos de la entidad.

Santillán (2018), presentó en su estudio el objetivo de definir la relación entre la gestión por procesos y salud ocupacional en un hospital de Lima. Así mismo utilizó un método deductivo. Con una metodología básica descriptivo, cuantitativo, no experimental, transversal. Utilizando instrumentos de cuestionarios. Dando como resultado un mal manejo de la gestión de la calidad con un 45.2%, 38.1% regular y un 16.7% buena. Concluyendo que existe una directa relación entre ambas variables con una Rho 0,581; esto origina que dicha ausencia de la gestión perjudica al nosocomio económicamente y en sus profesionales en general.

Medina (2018) en su estudio de ambas variables descritas en la presente investigación, tuvo como propósito saber qué relación, tuvo estudio correlacional, básica, transversal, siendo su muestra aplicada probabilística. Obteniendo de resultados que ambas variables tienen una relación significativa $Rho= 0,757$ existiendo un nivel de correlación positiva alta entre ambas y un 75,81 % de una mala gestión por procesos de 75.81% y 24,9% de indiferente.

Guerrero et al. (2017) “Aplicando la gestión por procesos en el sector salud del Perú” tuvo como objetivo hacer competentes a las instituciones para poder establecer y/o reconocer los procesos que se encuentran estrechamente relacionados con los usuarios y la producción que ellos tienen como expectativa de la institución. Así mismo, el estudio presenta un método tipo informativo, descriptivo para la aplicación de la variable. Concluyendo que presenta una relación directa y que a su vez puede contribuir para la reestructuración de la institución y de así poder reorientar las entidades del Minsa, basándose en una sociedad con equidad en salud.

Martin (2022) quiso demostrar que relación existe entre la variable dependiente del estudio y la calidad de atención de un Hospital provincial, su estudio fue descriptivo, correlacional. Los resultados encontrados fueron que el 54,81% de los colaboradores consideran un nivel parcialmente implementado, un 37,50 % de nivel

totalmente implementado y un 7,69 % de un nivel por implementar. Concluyendo con una Rho 0,521 relación directa moderada.

Oda (2022) tuvo como objetivo establecer la relación de la variable dependiente en estudio y competencias laborales en un puesto de salud de Chimbote, fue de tipo básica, cuantitativo, correlacional. Los resultados indicaron que sus colaboradores percibieron un nivel regular la variable dependiente, con un 70 %, 22 % un nivel eficiente y concluyendo con un 8 % un nivel deficiente, con una Rho de 0,578 positiva media. Utilizando dimensiones para su variable independiente: procesos estratégicos, operativos y de soporte.

Pedraza (2021), el objetivo fue estudiar qué relación hay entre la gestión por procesos y la calidad de atención en una institución. Utilizando un estudio descriptivo correlacional, no experimental, cuantitativo, transversal, mediante encuestas a 20 pacientes en el área de hospitalización de tipo no probabilístico, realizando 36 preguntas y utilizando la escala de Likert. Concluyendo que hay una correlación evidente y positiva sobre la gestión por procesos y la calidad de atención, logrando así óptimos patrones para la atención a los usuarios con calidad. Es así que tanto la gestión por procesos como la calidad son referentes para el estudio en las instituciones de salud que tienen el propósito para mejorar sus servicios de atención, siendo necesario obtener un desempeño positivo laboral con el fin de colaborar con el logro de las metas proyectadas.

Rosales (2020) quiso demostrar la relación de la variable dependiente del estudio y la salud ocupacional; fue de tipo descriptivo correlacional, deductivo. Los resultados encontrados fueron que el 31,4% nivel alto de su primera variable, 51,4%regular y 17.3 % bajo. Además, percibieron que los procesos operativos obtuvieron un porcentaje de 52,9% a diferencia de los procesos de soporte representada con un 51,4% y por último los procesos estratégicos con un 47,1%. Concluyendo con Rho = 0.508 positiva media

La gestión por procesos “es un método que radica en dirigir totalmente los procesos que presenta una institución y no solo los procesos relacionados a las ventas como se manejaban antiguamente”. Sino que todo proceso es una serie de

actividades para crear output en usuarios reconocidos a partir de un grupo de inputs indispensable que van agregando un valor (Camisón y Gonzáles, 2006)

Es así que (Mallar, 2010), señala que antiguamente las estructuras organizacionales eran rígidas y no permitían lo activo de las técnicas. Por lo cual en la actualidad existe un nuevo criterio sobre la estructura, permitiendo así la intercomunicación de procesos, denominándose patrón de gerencia basado en sucesiones encaminados a prosperar la finalidad de las organizaciones, a través de la satisfacción y perspectiva del usuario, empleados, socios, suministradores y sociedad. Este nuevo planteamiento trajo consigo nuevos patrones que se centraba en agregar un valor agregado a las necesidades y perspectivas de los usuarios.

Adán et al., (2017) indica que los procesos toman una significación a fines del siglo XX y principios de la revolución industrial, se comprende que la Gestión por Procesos llega del avance tanto de concepto como de adaptaciones a nivel mundial. Es así que, durante décadas, las instituciones se han conformado verticalmente. Las instituciones representativas como por su existencia en la época o predominio en la vida son las que mantienen aún la estructura con una demasiada fortaleza y verticalidad como las FF. AA, iglesias etc.

Por otro lado, Trischler, (1998) señala que la gestión por procesos aparece de la obligación para poder establecer un sistema de control ayudando a facilitar la toma de decisiones apoyado sobre una valoración general de la gestión y menos en el análisis económico – financiero y a su vez trabaje como instrumento en la colocación de las variantes de los procesos y la constitución de universalización económica. Además, el requerimiento urgente de formar organizaciones eficaces motivadas por las peticiones aumentadas de los usuarios, conllevando a fomentar la transformación desde el interior de las organizaciones.).

La perspectiva de la gestión por procesos, como lo señala (Zaratiegui, 1999), es la llave en las organizaciones siendo un sistema apto para emendar las contrariedades interdepartamentales y suprimir las incertidumbres del diseño estructural; lo que la traduce en un instrumento potente ya sea por su facultad de cooperar y equilibrar a los resultados, diseñando y estructurando sus debidos procesos pensando en sus usuarios

Igualmente, Huapaya (2019) manifiesta que la gestión por procesos es un enfoque que pretende laborar principalmente en la complacencia de los usuarios, por lo cual solicita la realización de un modelo de organigrama fundamentado en: Input (entrada), Proceso y Output (salida). De ese mismo modo, se elabora una respuesta (feedback) con el objetivo de adaptar un mejoramiento continuo y poder obtener una calidad que consienta satisfacer al usuario

En tal sentido, se identifica modelos útiles a la gestión, patrocinados por la Norma ISO, por lo cual proporción homogenizar los procesos, adaptados a las necesidades de la institución. Como son la norma ISO 9000 modelo de excelencia en las gerencias y la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública, que señalan que la gestión por procesos, los instrumentos y las entidades informan sus funciones al progreso del planeamiento en conclusión de técnicas, fundado en antecedentes y en certificar, especificando aspiraciones, finalidades y deberes a alcanzar. La aprobación de una dirección de procesos fomenta el perfeccionamiento de las Administración Pública direccionadas a la función pública y para resultados. A los resultados de la calidad en la gerencia pública, las técnicas establecen un seguimiento metódico, intercomunicadas, produciendo para crear valor agregado. (Carta Iberoamericana de la Calidad [CLAD], 2008).

Begazo y Fernández (2017) indica lo importante que es enfatizar en la gestión por procesos desde una noción holística, mejorando los procesos nos llevará a elevar la calidad y la satisfacción de pacientes, mejorando también las habilidades blandas entre los profesionales o servidores públicos. De tal forma que el mejoramiento y rediseño serán fundamentales para direccionar los servicios y funciones hospitalarias.

Moquillaza et. al (2017) señala que las dimensiones de la gestión por procesos es la doctrina de modelar, automatizar, manejar y optimizar, aumentando la productividad. En tal sentido la gestión por procesos es un negocio (Busssines Process Management), se define como la adaptación de varios métodos para modelar (permitiendo fijar flujos al interior de las labores y entre funciones con el apoyo de los funcionarios se llegue a capturar las exigencias del negocio y lograr un mejor entendimiento y comunicación).

A nivel del sistema sanitario una gestión por procesos se estima hoy en día en una herramienta primordial para dirigir un hospital, reduciendo la variación de la práctica clínica que contribuirá los productos y necesidades del usuario (Aranaz,2003). Así mismo Guerrero y Urteaga (2017) son absolutamente variadas en relación al emplear las diferentes estrategias. Es así que, apoyándose en la definición de los procesos operativos, el producto propio debe ser para un usuario específico y que el proceso debe iniciar y terminar con él. Así mismo los divide en procesos Estratégicos, Operativos y de Soporte.

El Consejo de ministros (PCM), en su R.S de G.P. N° 006-2018-PcM/sGP, señala la gestión por procesos a toda estrategia ejecutada en una entidad orientada a lograr sus objetivos de sus procesos; así mismo, coadyuvará a la mejora de su competitividad y recursos. La modernización de la Gestión Pública, tiene por misión custodiar la calidad de prestaciones tanto de bienes como servicios. En tal sentido se aprobó la Norma Técnica 001-2018 para la activación de la gestión por procesos en todos los entes públicos. En esta línea, según el D.S. N° 004-2013, lo divide en: Dimensión 1: Proceso estratégico: relacionado a las políticas, planes estratégicos, metas, controlando cada etapa del proceso. Dimensión 2: Proceso operativos: relacionados a la producción de bienes y servicios orientados a las necesidades y satisfacción del usuario. Dimensión 3: Proceso de soporte: Brindan apoyo o soporte a los procesos anteriores, verificando el correcto funcionamiento de los procesos.

Camisón, Cruz, & Gonzáles (2006) indica que los procesos estratégicos son aquellos que la institución elabora sus programa y fija su finalidad (planificación presupuestaria, diseño de producto y/o servicio, etc.), Los procesos operativos; propios del ejercicio de la empresa (el proceso de aprovisionamiento, producción, prestaciones del servicio, comercialización, etc.), Los procesos de apoyo o de soporte suministran los recursos y el apoyo imprescindible de los procesos claves para su ejecución (proceso de formación, electrónico, logística, etc.).

Mescua (2020) utiliza las mismas dimensiones ya mencionadas para su estudio que son: Procesos estratégicos (objetivos estratégicos que argumentan a la visión del nosocomio), Procesos operativos o misionales (compone a los procesos transaccionales de los establecimientos que influyen en la perspectiva del paciente),

Procesos de soporte o apoyo (engloban movimientos idóneos para un eficaz funcionamiento tanto de los operativos como de los estratégicos).

En ese marco, la presente investigación usó el modelo Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud, (Resolución Secretarial 063-2020-Minsa), utilizando las 3 dimensiones para el sistema de salud, dividiéndolos en: Procesos Estratégicos, definen las políticas y la programación su misión y visión de la organización; Procesos Operativos encargados de elaborar los productos, teniendo una asociación con los usuarios; Procesos de Soporte facilitan los medios para gestar los productos previstas de organización.

A continuación, con las teorías vinculadas con la Gestión de la calidad o Quality Management, diferentes bibliografías señalan a la calidad de diferentes puntos de vista. Es así que Bounds (1994) proyecta la calidad fuera de su concepción en un grupo de destrezas y métodos transformacionales en gestión. Feigenbaum (1951) señala que la calidad por naturaleza es una manera de encaminar a las organizaciones. Ishikawa (1954) en su investigación señala que el control de calidad es nueva estructura de considerarla en la gestión, tratándose de “una revolución conceptual en la gerencia” (Ishikawa, 1990).

Agüero 2012, sostiene que la gestión de la calidad es el de mejorar totalmente sus herramientas para lograr la eficacia de la institución con el único propósito de perfeccionar la capacidad y un lugar en el mercado global. La gestión de la calidad empieza en los años setenta inclinándose primero por el rubro empresarial buscando mayor demanda para ser estable y guiar un control meticuloso del producto. La calidad sigue progresando con el objetivo de prevenir que dichos productos salgan fallados y que a su vez el servicio brindado sea óptimo hacia el cliente. Existen tres fases fundamentales relacionado con el tema; Control de la Calidad, Aseguramiento de la calidad y la Gestión de la calidad total.

Según Fernández y Barrera (2021) enfatiza en razonamientos tanto positivos como negativos en la adaptación del sistema de gestión de calidad a nivel social. Como la de proporcionar un criterio en sobre la “guía al usuario; como también la contribución desde la injerencia social que se da en la gestión de la calidad aplicando los indicadores midiendo que servirán para medir agentes accesibles e inaccesibles

y por último resaltar la intervención del personal humano en la gestión de su organización.

Entre las primordiales modelos de excelencia por distintas instituciones mundiales, (Mallar, 2010) menciona; la fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) otorga el Premio Europeo a la Calidad, determinado para ayudar a instituir organizaciones del continente solidas que realicen las convicciones de la calidad total en sus desarrollos y la interacción de sus trabajadores, usuarios, accionistas y comunidades donde ejecutan, como también el Malcolm Baldrige National Quality Award, galardón entregado por el Departamento de Comercio de los EE.UU. para fomentar y dar prestigio a las buenas costumbres en las instituciones, fortaleciendo al país a elevar su competencia y su eficacia que encaminan a la satisfacción de necesidades, equiparando las perspectivas de los interesados (usuarios, suministradores, accionario, empleados, ciudadanía).

Cabe recalcar también, Codman (1912) uso un método para clasificar y medir los resultados en la atención en los hospitales, teniendo como resultados de las evaluaciones por los informes del mencionado y Flexner, apoyados por las normas impuestas del consejo americano de cirujanos, que deben presentar los nosocomios, garantizando el acto quirúrgico (Martínez y Lamata 1998). En 1950 apareció la Joint Commission, acreditando a diferentes organizaciones de salud a nivel mundial. (Fundación para la Acreditación y Fundación Asistencial (2019). Igualmente, Fontalvo et al. (2021) indica que la norma ISO 9001, asegura la realización de diferentes requisitos que autoriza la planificación control y mejora orientados a los procesos. Sin embargo, cuando se trata de producir éxitos y efectos, se toman medidas para instaurar patrones de alta calidad y delimitar discrepancias, al considerar poder generar logros que fabriquen metamorfosis en distintos lugares donde se apliquen.

A diferencia para Camisón et al. (2006) la gestión de la calidad es superior a un proceso, por tal razón que el cambio institucional de la variable mencionada actual es completo cuando el inicio interfiere sobre las labores diarias de los trabajadores de las distintas áreas de las organizaciones. En conclusión, la calidad en gestión destaca en la intervención, satisfacción y competencia, como también la compactación de la variabilidad y consideración de la medición. Como herramienta

de estudio se usará el ciclo PDCA, instrumento que se ajusta a la variable en mención.

El ciclo de Deming favorece a las organizaciones a restablecer la situación y productividad económica; gestar planes y llevarlos a cabo en busca de restablecer una productividad de la organización lo cual beneficia a una mejora economía para la misma. Por tal motivo, las instituciones que pongan en práctica el ciclo Deming en sus actividades van a promover un ciclo de mejoramiento continuo dentro de la misma, empleando la estrategia de trabajo basados en la capacitación para la creación de los planes de mejora que fortalecerán la gestión. (Manay, 2019)

Para concluir Deming expuso el ciclo PDCA en los años L en Japón, señalando que el inventor fue W. A. Shewhart, publicado en 1939, denominándose “ciclo de Shewhart” o “ciclo de Deming” componiéndose de 4 grandes periodos, y su puesta en funcionamiento se va repitiendo seguidamente 16 una vez culminados. Siendo útil para la estructuración y ejecución de planes de mejora de calidad. PLAN - Planificar: ¿Vamos a definir los objetivos y utilizando el concepto de las 5 W y una H (en inglés) que? por qué? ¿Donde? ¿Cuándo? ¿Quien? Y Como ¿esto nos ayuda identifica si nuestro plan se alinea a lo que buscamos como organización. Es así que podemos de identificar y suprimir los procesos de los problemas. DO – Hacer: Se da cuando se pone en marcha lo anterior y se ve reflejado en la facultad de la institución como de su personal para la toma de decisiones y el trabajo en equipo y poder destinar los bienes para obtener las metas propuestas y planificadas.

Por tal motivo nos brinda la seguridad de una eficaz gestión en los procesos donde se aplicará. CHECK – Verificar: Una vez ejecutado el plan se pueden observar anomalías que podrían haberse hecho de otra manera, es así que se debe verificar como se viene realizando el trabajo basado a lo que se planeó y corroborarlo. En este punto podemos suprimir la labor innecesaria. ACT – Actuar: Corresponde a que la institución tome medidas de corrección en el caso de existir desigualdad en el hacer y lo planificado. Una vez analizado los procesos se implementa un plan de mejoramiento basado en mediadas correcticas y tomar el rumbo esperado desde que se inició el ciclo. Una vez actuado de manera coherente se ejecuta a homogeneizar con el único fin de facilitar una guía de cómo se tiene que hacer

siempre las cosas en la organización. Nos permite mantener y buscar la mejora continua. (Ishikawa, 1990)

Desde un punto de vista epistemológico del positivismo, el cual la investigación estuvo sujeta, en enlazar lo razonable con la práctica, basadas que los conocimientos son producidos de sucesos actuales en la práctica, con el único fin de que el estudio sea fidedigno y que el examinador evadió la parcialidad. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, con antecedentes y artículos que desarrollan la programación de las gestiones analizadas, reuniendo y considerando las respuestas emitidas para constatar con las Hipótesis expuestas en el estudio, que ayudaron a que sea ecuánime (Ander y Aguilar, 1995).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación

3.1.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación fue básica descriptiva, ya que se orienta en un objetivo de recopilar datos sobre peculiaridades, propiedades para hallar nuevos conocimientos. Gay (1996) señala que el estudio descriptivo comprende selección de información para corroborar la hipótesis o contestar preguntas sobre la corriente del estudio. Por lo cual determina e informa los modos de ser de los objetos. (Esteban, 2018)

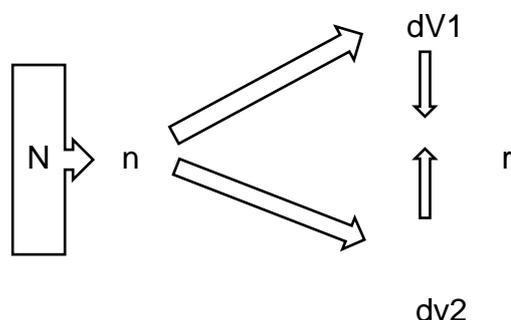
La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo de tipo no experimental, descriptivo - correlacional con un diseño de corte transversal. El enfoque cuantitativo se basará en la recopilación e indagación de los antecedentes para poder responder interrogantes del estudio o justificar hipótesis previamente instauradas. Sustentado en cálculo numérico, conteo de la información y el manejo del escrutinio para fundar con fidelidad circunstancias de conducta de los investigados o muestra. Así mismo fue descriptiva, ya que indago en precisar las diferentes peculiaridades y particularidades de los grupos que estarán sujetos al estudio. Así mismo los estudios de correlación se llevan a cabo para cuantificar las variables y a su vez estimar su relación (Pinto, 2018).

3.1.2 Diseño de investigación

El diseño de investigación fue correlacional, tuvo como finalidad valorar el enlace que pueda presentar 1 o 2 variantes (Pinto, 2018). Sin maniobrarlas, empleando una población específica, y basándose en la recopilación de datos (Hernández Sampieri, 2018). Además, fue un estudio transversal ya que los antecedentes recopilados de las variables tendrán un alcance temporal, debido a que se realizará en solo un tiempo indicado (Cohen y Gómez, 2019).

Figura 1

Diseño de la investigación



Donde:

N = población jefes administrativas y asistenciales, personal asistencial y administrativo

n = Muestra de estudio

dV1 = datos de G.P

dV2 = datos de G.C

r = Coeficiente de correlación de las variables

3.2 Variables y operacionalización

Variable independiente: Gestión por procesos

Definición conceptual: Es la conformación de planear, estructurar, orientar y vigilar las acciones de manera transversal y secuencial a las distintas áreas de la organización, con el objetivo de complacer las perspectivas del usuario y el cumplimiento del interés como institución. (Resolución Secretarial 063-2020-Minsa. Lineamientos para la implementación de Gestión por Procesos en Salud. 2020)

Definición operacional: Fraccionada en 3 dimensiones: Procesos Estratégicos, Procesos Operacionales o Misionales y Procesos de Soporte o Apoyo, cuyos indicadores conformaron 14 ítems, en escala de Lickert. (Resolución Secretarial 063-2020-Minsa. Lineamientos para la implementación de Gestión por Procesos en Salud. 2020).

Variable dependiente: Gestión de la calidad

Definición conceptual: Es el factor de la dirección organizacional que establece y adjudica las políticas de la calidad, finalidades y funciones dentro del SGC basados en organización, seguridad y progreso de la calidad. (Resolución Jefatural N° 112-2021-J-INEN – Minsa. Aprueban el "Plan de Gestión de la calidad de salud 2021")

Definición operacional: La variable gestión de la calidad fue dividida en cuatro dimensiones: Planificar, desarrollar, comprobar, actuar “ciclo Deming “cuyos indicadores conformaron 12 ítems en la escala de Lickert. (Ishikawa, 1990).

Escala de Medición: fue ordinal, ya que nos otorga la clasificación y orden de los datos sin que se establezcan el grado de variación de las variables (Martínez y Rodríguez, 2017).

3.3 Población, muestra, muestreo

3.3.1 Población: Se indica a la agrupación de individuos que representa la realidad a través de ciertas particularidades, que se pretende estudiar para instaurar los indicadores de la muestra. Entre las diferentes particularidades se deben nombrar el tema, espacio, tiempo y claridad (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Es así que en el estudio se analizó la población que estará formada por 200 trabajadores (jefes y personal administrativo y asistencial) de las diferentes áreas en el Hospital de Pomabamba - Ancash 2022.

Tabla 1

Distribución del personal Hospital de Pomabamba – Ancash

Área	Cantidad
Jefes Administrativos	8
Jefes Asistenciales	11
Personal de Apoyo Administrativo	24
Personal Asistencial	157
Total	200

Fuente: Oficina de RR. HH del hospital de Pomabamba

Criterios de inclusión:

Jefes de las diferentes áreas tanto administrativas como asistencial del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022, con predisposición para el consentimiento del estudio.

Personal administrativo y asistencial con predisposición para el consentimiento del estudio.

Criterio de exclusión:

Personal de las diferentes áreas del nosocomio que no aprobaron el consentimiento para el estudio en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022

Personal administrativo o asistencial que se encuentre de vacaciones y de licencia por maternidad.

Personal administrativo de limpieza, choferes, guardianes, cocina del nosocomio

Personal técnico que no aprobaron el consentimiento del estudio

3.3.2 Muestra: Es parte de un componente o subgrupos de una población que se escoge para el análisis específico de esa condición. (Lilia, 2015) En esta investigación se encontró un ejemplar, de acuerdo a la ecuación estadística para una sola población, utilizando el nivel de confianza de 95 % y margen de error de 0,05, se empleó el muestreo probabilístico que será 132 trabajadores del Hospital de Pomabamba – Ancash 2021. (ver anexo 10)

3.3.3 Muestreo: Los elementos de la muestra será por muestreo probabilístico ya que la población a estudiar tendrá la misma posibilidad de ser elegido, para así definir sus particularidades del grupo poblacional y dimensión de la muestra, aleatoriamente. (Otzen y Manterola, 2017)

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica fue basada en encuestas para el sumario de información ya que esta abarca una cadena de preguntas con el objetivo de tener una contestación y hacer un diagnóstico situacional. Los instrumentos serán los cuestionarios virtuales y/o

presencial, debido a que ayuda a medir una o más variables (Roncero y Rábago, 2019).

Así mismo hay que precisar que un instrumento es la estructura que va a ser empleado por el examinador para el acopio y consignar dicha averiguación, basados en formularios, entrevistas, fichas, encuestas, etc. (Nicaragua, 2018).

Instrumentos de recolección de datos:

Variable Independiente

Para cuantificar la variable independiente, se asignó el formulario conformado por 23 ítems. Duración: 20 min. aproximadamente

Validez: Instrumento validado por el autor

Confiabilidad: confiable

Estructura: El formulario consta de 23 ítems, divididos en 3 dimensiones de la variable:

Dimensión 1: Procesos Estratégicos (9 ítems)

Dimensión 2: Procesos Operativos (5 ítems)

Dimensión 3: Proceso de apoyo o Soporte (9 ítems)

Puntaje: Siempre (5), Casi siempre (4), A veces (3), Casi nunca (2),
Nunca (1)

Categorías: Eficiente [85-115], Regular (54-85], Deficiente [23-54]

Variable Dependiente

Para cuantificar la variable dependiente, se aplicó el formulario conformado por 12 ítems. Duración: 20 min. aproximadamente

Validez: Instrumento validado por el autor

Confiabilidad: confiable

Estructura: El formulario consta de 12 ítems, distribuidos en cuatro dimensiones de la variable:

Dimensión 1: Planificación (cuatro ítems)

Dimensión 2: Desarrollar (tres ítems)

Dimensión 3: Comprobar (tres ítems)

Dimensión 4: Actuar (dos ítems)

Puntaje: Siempre (5), Casi siempre (4), A veces (3), Casi nunca (2),
Nunca (1)

Categorías: Bueno [44-60], Regular [44-60), Negativo [12-28)

Validez del instrumento: Se entiende como la capacidad de la herramienta para calcular lo que se quiere estudiar, es decir, en la disposición en que se mida la variable ensayada, se requirió el juicio de 3 expertos. (ver anexo 4)

Confiabilidad del instrumento: Para instaurar la fiabilidad de dichas variables estudiadas, se empleó la prueba de Alfa de Cronbach, con prueba piloto de 11 colaboradores, procesados en el programa SPSS Versión 22.0. el cual posee valores del 0 a 1, lo cual menor a 0.5 es fiabilidad no aceptable (Mancilla,2022). Para el cuestionario de la variable independiente los resultados fueron de 0.839 y de la variable independiente representada en 0.813. (ver anexo 5)

3.5 Procedimientos

La agrupación de los datos, fue realizando en documento a la jefatura del Hospital de Pomabamba- Ancash para la autorización correspondiente, luego se aplicó los cuestionarios de manera virtual o presencial a los trabajadores de las diferentes áreas administrativas y asistenciales (jefes y personal), según los criterios ya mencionados, pidiendo la colaboración oportuna y espontánea; como paso final se procedió a tabular las medidas obtenidas para proseguir con el análisis estadístico. (ver anexo 6)

3.6 Método de análisis de datos

Se aplicó las encuestas y obteniendo tales datos se procederá la fabricación de una matriz de datos utilizando el MS-Excel desarrollando un análisis estadístico descriptivo con SPSS 26 e interpretarlo mediante gráficos, fue basado en un estudio correlacional , para comparar las premisas, a la vez ampliar los resultados de las muestras del grupo poblacional .Para el ensayo de normalidad se aplicó la de Kolmogorov-Smirnov en una muestra de 132 trabajadores según el comportamiento de los datos, utilizando una prueba no paramétrica, para hallar relación de Spearman o Pearson. (ver anexo 8)

3.7 Aspectos éticos

Hirsch y Navia (2018) indica que toda investigación debe ser útil para el participante y la sociedad, asimismo de proteger la confidencialidad y utilizar el consentimiento informado.

De acuerdo a eso el presente trabajo de investigación cumplió con dichos planteamientos. Aplicando las encuestas a los trabajadores de las diferentes área administrativa y asistencia (jefes y trabajadores) del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022 el cual se cumplirá con el anonimato de los trabajadores.

Así mismo, se utilizó y se garantizó el consentimiento informado del trabajador encuestado por lo cual desarrollará con autonomía en el estudio. Es esencial que mediante un documento se indique a la organización sobre el estudio y así se lleven a cabo las técnicas e instrumentos a los trabajadores del nosocomio. El trabajo de investigación llevó a cabo la originalidad basados en citas de autores evitando así el plagio. Asu vez no se alterará la información obtenida, puesto que serán recopilados por los resultados de las encuestas del hospital.

IV. RESULTADOS

Análisis Descriptivo

A continuación, se muestran los resultados, con las tablas cruzadas de frecuencia y porcentaje según los objetivos por el nivel correlacional de la investigación

Tabla 2

Tabla cruzada entre Gestión por Procesos y Gestión de la Calidad

			Gestión de la Calidad			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Gestión por Procesos	Deficiente	F	9	2	0	11
		%	6,8%	1,5%	0,0%	8,3%
	Regular	F	25	68	10	103
		%	18,9%	51,5%	7,6%	78,0%
	Eficiente	F	0	9	9	18
		%	0,0%	6,8%	6,8%	13,6%
Total	F	34	79	19	132	
	%	25,8%	59,8%	14,4%	100,0%	

Fuente. Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas

F= frecuencia absoluta, % = frecuencia porcentual.

En la tabla 2, se observó que el 78 % del personal que laboran tanto en las áreas administrativas como asistenciales (jefes y trabajadores) del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022, consideraron de “regular” la gestión por procesos, esto se debe a que no se cumplió por completo las estrategias de la planificación, estructuración y vigilancia de las acciones de manera ordenada en la organización. Así mismo un 59,8 % estimaron una gestión de la calidad de “regular”, ya que no se alcanzó por completo el objetivo central de la mejora continua de los productos y servicios prestados a favor de los usuarios, basados en organización, seguridad y progreso de la calidad. Lo cual indicó una sinergia con la gestión por procesos al momento de aplicarla. Finalmente, un 51,5 % de dichos trabajadores consideran de “regular” a la gestión por procesos al igual que la gestión de la calidad.

Tabla 3

Tabla cruzada de los Procesos Estratégicos y Gestión de la Calidad

			Gestión de la Calidad			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Procesos Estratégicos	Deficiente	F	4	1	0	5
		%	3,0%	0,8%	0,0%	3,8%
	Regular	F	28	59	9	96
		%	21,2%	44,7%	6,8%	72,7%
	Eficiente	F	2	19	10	31
		%	1,5%	14,4%	7,6%	23,5%
Total		F	34	79	19	132
		%	25,8%	59,8%	14,4%	100,0%

Fuente. Elaboración propia con base en la encuesta aplicadas

F= frecuencia absoluta, % = frecuencia porcentual.

En la tabla 3, se observó que el 72,7 % del personal que laboran tanto en las áreas administrativas como asistenciales (jefes y trabajadores) del Hospital de Pomabamba – Ancash 2022, consideraron de “regular” a los procesos estratégicos, que comprenden la misión y visión de la institución, definiendo la orientación y ordenando las acciones para la optimización del uso de los recursos. Así mismo un 59,8 % estimaron una gestión de la calidad de “regular”, lo cual indicó una sinergia directa con los procesos estratégicos al momento de aplicarlas. Finalmente, un 44,7 % de dichos trabajadores consideran de “regular” a los procesos estratégicos al igual que la gestión de la calidad.

Tabla 4

Tabla cruzada de los Procesos Operativos y Gestión de la Calidad

			Gestión de la Calidad			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Procesos Operativos	Deficiente	F	20	6	4	30
		%	15,2%	4,5%	3,0%	22,7%
	Regular	F	14	67	7	88
		%	10,6%	50,8%	5,3%	66,7%
	Eficiente	F	0	6	8	14
		%	0,0%	4,5%	6,1%	10,6%
Total	F	34	79	19	132	
	%	25,8%	59,8%	14,4%	100,0%	

Fuente. Elaboración propia con base en la encuesta

F= frecuencia absoluta, % = frecuencia porcentual.

En la tabla 4, se observó que el 66,7 % del personal que laboran tanto en las áreas administrativas como asistenciales (jefes y trabajadores) del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022, consideraron de “regular” a los procesos operativos, ya que están encargados de elaborar los productos, teniendo una asociación con los usuarios y a su vez formulando y aplicando la promoción y prevención de la enfermedad, cuya finalidad será mejorar el desempeño interno del nosocomio para la recuperación de la salud. Así mismo un 59,8 % estimaron una gestión de la calidad de “regular”, lo cual indicó una sinergia directa con los procesos operativos al momento de aplicarlas. Finalmente, un 50,8 % de dichos trabajadores consideran de “regular” a los procesos operativos al igual que la gestión de la calidad.

Tabla 5

Tabla cruzada de los Procesos de Soporte y Gestión de la Calidad

			Gestión de la Calidad			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Procesos de Soporte	Deficiente	F	16	2	0	18
		%	12,1%	1,5%	0,0%	13,6%
	Regular	F	18	64	14	96
		%	13,6%	48,5%	10,6%	72,7%
	Eficiente	F	0	13	5	18
		%	0,0%	9,8%	3,8%	13,6%
Total	F	34	79	19	132	
	%	25,8%	59,8%	14,4%	100,0%	

Fuente. Elaboración propia con base en la encuesta aplicadas

F= frecuencia absoluta, % = frecuencia porcentual.

En la tabla 5, se observó que el 72,7 % del personal que laboran tanto en las áreas administrativas como asistenciales (jefes y trabajadores) del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022, consideraron de “regular” a los procesos de soporte, ya que engloban las actividades necesarias para un óptimo funcionamiento de los procesos antecesores. Así mismo un 59,8 % estimaron una gestión de la calidad de “regular”. Finalmente, un 48,5 % de dichos trabajadores consideran de “regular” a los procesos estratégicos al igual que la gestión de la calidad.

Análisis Inferencial

Prueba de hipótesis general:

Ha La gestión por procesos se relaciona significativamente con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022

Tabla 6

Correlación entre las variables Gestión por Procesos y Gestión de la Calidad

			Gestión de la Calidad
Rho de Spearman	Gestión por Procesos	Coeficiente de correlación	,488**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	132

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

Según la tabla 6, se observó que el coeficiente de correlación de Spearman, indica el grado de relación que presenta la Gestión por Procesos y Gestión de la Calidad. Dado que $p = 0,000 < 0,05$, por tal motivo se aceptó la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Lo que quiere decir que la Gestión por Procesos tiene una relación altamente significativa con la Gestión de la Calidad del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022; en otras palabras, a mejor gestión por procesos se verá reflejado en una mejor gestión de la calidad. El valor $\rho = 0,488$, señaló una correlación positiva media.

Prueba de hipótesis específicas 1:

Existe relación significativa entre los procesos estratégicos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022

Tabla 7

Correlación entre Procesos Estratégicos y Gestión de la Calidad

		Procesos Estratégicos	
Rho de Spearman	Gestión de la Calidad	Coefficiente de correlación	,371**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	132

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

En la tabla 7, se observó que $p = 0,000 < 0,05$, por tal motivo se aceptó la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Lo que quiere decir que los Procesos Estratégicos tuvo una relación altamente significativa con la Gestión de la Calidad del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022; en otras palabras, a mejor optimización de los procesos estratégicos existirá una mayor gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba. El valor $\rho = 0,371$, señaló una correlación positiva media.

Hipótesis Especifica 2

Existe relación significativa entre los procesos operativos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022

Tabla 8

Correlación entre los Procesos Operativos y Gestión de la Calidad

			Procesos Operativos
Rho de Spearman	Gestión de la Calidad	Coeficiente de correlación	,482**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	132

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

En la tabla 8, se observó que $p = 0,000 < 0,05$, por tal motivo se aceptó la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Lo que quiere decir que los Procesos Operativos tuvo una relación altamente significativa con la Gestión de la Calidad del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022; en otras palabras, a mejor optimización de los procesos operativos existirá una mayor gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba. El valor $\rho = 0,482$, señaló una correlación positiva media.

Hipótesis Especifica 3

Existe relación significativa entre los procesos de soporte con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba - Ancash, 2022

Tabla 9

Correlación entre los Procesos de Soporte y Gestión de la Calidad

		Procesos Soporte
Rho de Spearman	Gestión_de_la_Calidad	,500**
	Coefficiente de correlación	
	Sig. (bilateral)	,000
	N	132

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

En la tabla 9, se observó que $p = 0,000 < 0,05$, por tal motivo se aceptó la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Lo que quiere decir que los Procesos de Soporte tuvo una relación altamente significativa con la Gestión de la Calidad del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022; en otras palabras, a mejor optimización de los procesos de soporte existirá una mayor gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba. El valor $\rho = 0,500$, señaló una correlación positiva media.

V. DISCUSIÓN

En esta sección, se muestra el análisis realizado de los resultados obtenidos, estudios previos y planteamientos teóricos sobre sus variables en estudio, también se muestra las debilidades encontradas.

El objetivo general: Establecer la relación entre la gestión por procesos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022. Demostrándose en base al procesamiento que la variable independiente fue que el 78% que los encuestados perciben un nivel regular, 13,6 % un nivel eficiente y el 8,3% de deficiente. Por su parte la gestión de la calidad obtuvo un nivel de regular representada por un 59,8 %, un 25, 8% de nivel malo y 14,4% nivel bueno. (ver tabla 2). Con respecto a los resultados inferenciales, se aceptó la hipótesis alterna y se encontró que ambas variables tienen una relación altamente significativa, teniendo una correlación positiva media ($\rho = 0,488$ y $p = 0,000$). (ver tabla 3). Lo que quiere decir que a medida que se perfeccione la gestión por procesos esta influenciará y se verá reflejado en una mejor gestión de la calidad, encaminadas exclusivamente al progreso de las prestaciones de servicio.

Dichos resultados son similares a lo encontrado Medina (2018) en su estudio de ambas variables descritas en la presente investigación, encontró también una relación significativa ($\rho = 0,757$ y $p = 0,000$) existiendo un nivel de correlación positiva alta entre ambas variables ya mencionadas en el estudio, con una mala gestión por procesos de 75.81% y 24,9% de indiferente y el 56,45% señalan de mala, el 37,10 % de los colaboradores también de indiferente y el 6,45% de buena la gestión de la calidad.

Otro estudio con resultados parecidos fue el de Jara (2020) quien busco la relación entre el planeamiento estratégico y la gestión por procesos en la DIRIS Sur encontrando un nivel regular con un 40 %, el 37,1 % perciben un nivel deficiente, finalmente un 22,9% de eficiente.

Martín (2022) quiso demostrar que relación entre la variable dependiente del estudio y la calidad de atención de un Hospital provincial, encontró que el 54,81% consideran un nivel parcialmente implementado, un 37,50 % de nivel totalmente

implementado y un 7,69 % de un nivel por implementar. Por último, respecto a la variable independiente, Oda (2022) encontró en un puesto de salud de Chimbote, la relación de sus variables, donde sus colaboradores percibieron un nivel regular la variable dependiente, con un 70 %, 22 % un nivel eficiente y un 8 % un nivel deficiente.

Así mismos estudios similares relacionaban la gestión de la calidad como lo hizo. Rivas (2019) encontró que los trabajadores percibieron un nivel regular de la gestión de la calidad en su institución de 53,1%, 34,4 % de bueno y un 12,5% en un nivel malo. A diferencia de Santillán (2018) que encontró un mal manejo de la gestión de la calidad en un hospital público, representada con un 45.2%, 38.1% regular y un 16.7% buena. Concluyendo que aún falta por optimizar los procesos de calidad para el beneficio del usuario.

De acuerdo a los hallazgos obtenidos estos se respaldan a la teoría de, Mallar (2010) quien consideraba que dentro de las instituciones las acciones efectuadas inciden en el bienestar de los usuarios directa (asistencial) o indirectamente (gestión, proveedores etc.) Por tal motivo ambas son importantes para alcanzar una vigilancia eficaz y eficiente cumpliendo con las perspectivas del usuario. Es decir, todo proceso es una serie de actividades para crear output en usuarios reconocidos a partir de un grupo de inputs indispensable que van agregando un valor (Camisón y Gonzales, 2006). Por otro lado, la teoría de Agüero 2012, argumenta que la gestión de la calidad es el de mejorar totalmente sus herramientas para lograr la eficacia de la institución con el único propósito de perfeccionar la capacidad.

En cuanto al objetivo específico, en la tabla 3 se observó que los resultados de cruce fueron un 72,7% de los colaboradores percibían un nivel “regular” referente a los procesos estratégicos aceptando sus políticas de la institución, para la optimización del uso de los recursos, un 23,5% de eficiente y 3,8 deficiente. Además 59,8 % de “regular” la gestión de la calidad, lo cual indicó una sinergia directa con los procesos estratégicos al momento de aplicarlas y en la tabla 7 se encontró que el Rho fue $\rho = 0,371$ lo cual reveló que hubo una correlación positiva media entre la dimensión y la variable; es decir $< \alpha 0.05$, por lo que se pudo indicar que si existió una relación altamente significativa entre la dimensión y la variable dependiente. En

otras palabras, a mejor optimización de los procesos estratégicos existirá una mayor gestión de la calidad.

Estos resultados se asemejan con lo encontrado por Oda (2022) analizó la dimensión de procesos estratégicos con una variable distinta al estudio, donde encontró que sus encuestados percibían con un 60% de nivel bajo. Concluyendo la ausencia de la aplicación de la dimensión en su entidad.

Los hallazgos obtenidos se asocian a lo descrito por Camisón y Gonzales (2006) que se puede precisar que las instituciones que incorporen la gestión de la calidad se favorecerán a una eficaz gestión de los procesos estratégicos para lograr el incremento y complacencia del usuario y a su vez la mejora continua de su representada. (Guerrero y Díaz 2017), a la dimensión de procesos estratégicos y gestión de la calidad, se puede señalar que tales procesos por lo común son relacionados con las unidades ejecutoras de las organizaciones.

En cuanto al objetivo específico en la tabla 4 se observó que los resultados de cruce fueron un 66,7% de los colaboradores percibían un nivel regular a los procesos operativos que va direccionado al mejoramiento de la situación de salud de la población, relacionados con algunas unidades orgánicas de la institución, pero en estrecha relación con el usuario al inicio y fin, un 22,7% deficiente y un 10,6% eficiente con un 59,8 % de “regular” la variable dependiente y en la tabla 8 se encontró el $Rho = 0,482$, lo cual reveló una correlación positiva media entre la dimensión y la variable, por lo que se pudo indicar que si existió una relación altamente significativa entre la dimensión y la variable dependiente. En otras palabras, a mejor optimización de los procesos operativos existirá una mayor gestión de la calidad.

Así mismo Oda (2022) donde encontró en su estudio que los procesos operativos y de soporte fueron percibidos por los trabajadores con un 66% a diferencia de los procesos estratégicos con un 60%. Rosales (2020) también encontró que los colaboradores de su estudio percibieron que los procesos operativos obtuvieron un porcentaje de 52,9% a diferencia de los procesos de soporte representada con un 51,4% y por último los procesos estratégicos con un 47,1%. La variable con la cual se comparó las dimensiones es distinta al estudio

Teóricamente se relaciona con lo descrito por la D.S. N° 004-2013 -PCM que todo proceso operativo se va ver relacionado con la producción de bienes y servicios direccionados a las necesidades y satisfacción del usuario. Es así que tales resultados del presente estudio nos indica, que los colaboradores (asistenciales y administrativos) están comprometidos al desempeño interno para la recuperación de la salud de los pacientes. Lo cual favorece para una mejora en los bienes y servicios, basados en la promoción y prevención de la salud, con el liderazgo de la dirección hacia sus colaboradores.

En cuanto al objetivo específico en la tabla 5 se observó que los resultados de cruce fueron un 72,7% de los colaboradores percibían un nivel regular a los procesos de soporte centrados en la atención al usuario; es así que para llegar al objetivo de una mejora del proceso se requiere la intervención de todos los colaboradores tanto administrativos y asistenciales, para las diferentes tomas de decisiones, consensuando entre todos y apoyándose en el uso de las guías y la práctica clínica, un 13,6% de eficiente y deficiente y en la tabla 9 se encontró la prueba de Rho = 0,500 , lo cual reveló que hubo una correlación positiva media entre la dimensión y la variable; es decir $< \alpha 0.05$, por lo que se pudo indicar que si existió una relación altamente significativa entre la dimensión y la variable dependiente. En otras palabras, a mejor optimización de los procesos de soporte existirá una mayor gestión de la calidad.

En cuanto a las fortalezas del estudio se puede señalar que, al ser de tipo básica, así como lo menciona Ander et al. (1995) nos ayudó a examinar puntos de vista respecto a nuestro entorno sanitario, consiguiendo examinar la recopilación de información de manera competente, para verificar posteriormente con las hipótesis alternas y poder proponer estrategias y/o soluciones a los problemas que se proyectaron en el estudio. Así mismo por ser cuantitativa ayuda a presentar los resultados y examinarlo para fundar las relaciones entre las variables y negar o aceptar las hipótesis, en donde se utilizó valoraciones estadísticas que llevaran a generar debate y referencias fiables.

Por otra parte, el estudio presenta debilidades al momento de las encuestas debido a la coyuntura que actualmente padecemos con la pandemia, también con

la variabilidad de las rotaciones y los diferentes horarios establecidos de los jefes y personal en general, ya que fue tedioso poder entregar los cuestionarios presenciales por lo cual se optó a un grupo de manera virtual y otro fue entregado por el área de recursos humanos, lo cual no fue tan favorable porque el personal generó un sesgo respondiendo positivamente y evitando expresar su insatisfacción, para salvaguardar su trabajo. Sin embargo, otras limitaciones fue la utilización de un método transversal, ya que las muestras fueron acopiadas de una manera voluntaria del personal tanto asistencial como administrativo bajo su consentimiento, consiguiendo los resultados de manera limitada. Además, se pudo encontrar en el estudio de investigación que ambas variables muestran una relación altamente significativa con una correlación media positiva; por lo que, posiblemente se debió aplicar a una muestra más amplia.

Se desea que, con este exiguo estudio las direcciones fomenten en aplicar por completo y de manera continua ambas variables, para que lo utilicen como una herramienta de mejora continua que contribuirá con la optimización de su gestión, para el beneficio tanto de su organización y los requerimientos del usuario. Es así que, sobre los resultados de la variable independiente, no se presentó una adecuada y activa gestión por procesos en el Hospital de Pomabamba - Ancash, 2022; por lo que resulta difícil alcanzar por completo los logros de los objetivos del nosocomio, debido a que no están orientados a la satisfacción de los usuarios. Gamero (2021), indica que una gestión al servicio del usuario, necesariamente debe cambiar el modelo tradicional de una organización hospitalaria, rumbo hacia una organización dirigida por procesos, que, a través de sus recursos, deben asegurar los bienes y servicios de los que forman parte, para así generar efectos positivos.

Así mismo los resultados de la variable dependiente nos resalta una calidad no completa por lo cual es un obstáculo para lograr el prestigio de la calidad en la institución, mediante las necesidades y expectativas de los usuarios implica en consolidar los recursos que buscan la mejora de la calidad. (Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA).

El Hospital de Pomabamba - Ancash necesita una estrategia global, en las tareas y los procesos ya que presenta una oportunidad de mejora por la variabilidad de los resultados obtenidos por parte de sus colaboradores en el presente estudio, fundamentalmente en el nivel regular y bueno y poder mantener el porcentaje del nivel bueno de ambas variables.

VI. CONCLUSIONES

Primera: La gestión por procesos se relaciona de manera alta positiva con la gestión de la calidad del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022 en el mantenimiento de su objetivo central como institución sanitaria, que es la mejora continua de los productos y servicios prestados a los pacientes. Habiéndose obtenido un coeficiente de correlación positiva media ($\rho = 0,488$ y $p = 0,000$); lo que quiere decir que según se optimice la gestión por procesos, existirá una considerable y mejor gestión de la calidad.

Segunda: Existe una relación altamente significativa con respecto a los procesos estratégicos y la gestión de la calidad, en el determinar y mantener las estrategias, políticas y metas del nosocomio. Teniendo un coeficiente de correlación positiva media ($\rho = 0,371$ y $p = 0,000$); lo que indica que, según su eficiencia y optimización en la aplicación de los procesos estratégicos, esta contribuirá a la gestión de la calidad. Es así que la dimensión y la variable dependiente se encuentran en un nivel “regular”.

Tercera: Existe una relación altamente significativa con respecto a los procesos operativos y la gestión de la calidad; en el desarrollo de llevar a cabo el marco legal y estrategias que ayudaran al diseño e implementación de un modelo de atención con calidad y equidad, percibida por los usuarios. Teniendo un coeficiente de correlación positiva media ($\rho = 0,482$ y $p = 0,000$); lo que indica que según su eficiencia y optimización en la aplicación de los procesos operativos que aportará a la gestión de la calidad. Es así que la dimensión y la variable dependiente se encuentran en un nivel “regular”.

Cuarta: Existe una relación altamente significativa con respecto a los procesos de soporte y la gestión de la calidad, en complementar los anteriores procesos y cumplimiento de las funciones indispensables en salud. Teniendo un coeficiente de correlación positiva media ($\rho = 0,500$ y $p = 0,000$); lo que indica que según su eficiencia y optimización en la aplicación de los procesos de soporte aportará a la gestión de la calidad. Es así que la dimensión y la variable dependiente se encuentran en un nivel “regular”.

VII. RECOMENDACIONES

Primera: Al director y funcionarios del hospital, se sugiere reestablecer la aplicación de la gestión por procesos con la finalidad de mejorar la calidad, mediante estrictas evaluaciones, fundamentadas en políticas de gestión y con una comunicación efectiva entre sus diferentes áreas (asistenciales y administrativas) periódicamente para llevarlo a un nivel alto y de esta manera contribuir a la mejora de la gestión de la calidad.

Segunda: Al director y funcionarios del hospital, se sugiere desarrollar acciones de mejora continua de los procesos estratégicos (administrativos y asistenciales), aplicando el Plan estratégico institucional, que aportará a definir la visión del hospital, orientado al seguimiento, evaluación y mejora, el cual contribuirá en una mejor gestión de la calidad en beneficio al estado de salud de la población.

Tercera: Al director y funcionarios, se sugiere de fortalecer y mantener periódicamente los procesos operativos en la institución al igual que la gestión de la calidad, a través de normas y cumplimientos de su Plan Operativo Institucional, identificando sus objetivos, beneficios y beneficiarios, límites de tiempo, principales obstáculos, conocimientos y habilidades, como también las personas implicadas para así poder desarrollar el plan de acción con una acción de mejora; con el fin consolidar la gestión de la calidad centrado en las prestaciones ofrecidas a los usuarios en base a la promoción, prevención y recuperación de la salud.

Cuarta: Al jefe de personal del hospital, se sugiere que incluya capacitaciones al personal (asistencial y administrativo) permanentemente, sobre gestiones hospitalarias y el desarrollo de los procesos de soporte; que son los que van a apoyar a los demás procesos, a través de sus elementos y así aportar una visión y herramientas con las que se puede tomar decisiones eficientes, asertivas y orientadas a la necesidades de los usuarios; con la finalidad de que el personal este apto para contribuir en la optimización de la gestión de la calidad en las diferentes áreas y servicios el cual permitirá la eficacia y equidad de las prestaciones.

REFERENCIAS

- Adán, EP, Santander, JCF, León, AM, Rivera, DN, & Rodríguez, MO (2017). Approach of processes for the reduction of stoppages of machines through reliability centered maintenance. impact on the economy as a branch of the social sciences. *Revista de las Ciencias: Revista de Investigación e Innovación*, 2 (4), 31-42.
- Arteaga Cava, P. A. (2019). Gestión por procesos en la competitividad del Hospital de Alta Complejidad “Virgen de la Puerta” de la Red Asistencial La Libertad, EsSalud-2017. [Tesis Maestría]
- Aranaz, J.M.(2003). La gestión por procesos asistenciales integrados. Neurología, (pág.3).
- Ander-Egg, E., y Aguilar, M. J. (1995). *Técnicas de investigación social* (Vol. 24). Buenos Aires: Lumen.
- Anaya, María del Pilar, y Laurencio, Rossy Lorena , & Casco López, Javier , & Aguirre, Patricia del Carmen (2013). APPLIED RESEARCH AND INTERDISCIPLINARITY IN COMMUNICATION SCIENCES. Prisma Social, (11),294-320.[fecha de Consulta 17 de Julio de 2022]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353744535009>
- Begazo Villanueva, JD, & Fernández Baca, W. (2017). Process management and its relationship with the strategic Plan in the context of modernization of Public administration Peruvian. *Gestión En El Tercer Milenio*, 19 (37), 25–30. <https://doi.org/10.15381/gtm.v19i37.13773>
- Camisón, C., Cruz, S., & González, T. (2006). *Gestión de la calidad*. Madrid: Pearson Educación.
- Carranza Carrasco, D. R. (2021). Relación entre el uso de los aplicativos informáticos y la gestión por procesos en una entidad pública, 2021. [Tesis Maestría]
- CLAD. (2008). Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública. San Salvador.

- Cohen, N., & Gómez Rojas, G. (2019). *Metodología de la investigación, ¿para qué?*. Editorial Teseo. <http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/1363>
- Daqar, M. A., & Constantinovits, M. (2020). The role of total quality management in enhancing the quality of private healthcare services. *Problems and Perspectives in Management*, 18(2), 64.
- Delgado Riojas, A. N. (2022). Gestión por procesos y su relación con la atención de los pacientes del Hospital de Otuzco - 2021. [Tesis Maestría]
- Esteban Nieto, N. (2018). Tipos de investigación.
- Fontalvo, T. J., Delahoz-Dominguez, E. J., & Morelos, J. (2021). Design of an integrated quality management system for Colombian higher education academic programs. *Formación Universitaria*, 14(1), 45–52. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-50062021000100045&lng=en&nrm=iso&tlng=en#:~:text=http%3A//dx.doi.org/10.4067/S0718%2D50062021000100045
- Fundación para la Acreditación y el Desarrollo Asistencial – Acreditación JCI 2019 - <https://acreditacionfada.org/index.php?page=jc-jci>
- Flores Jamanca, F. I. (2017). Gestión de procesos y la gestión del conocimiento en tres instituciones educativas de la red 4 de Ventanilla Callao, 2017. [Tesis Maestría]
- Guerrero, L. R., & Urteaga, P. D. (2017). Aplicando la gestión por procesos en el sector salud del Perú. *Rev Acad Peru Salud*, 24(1), 34-48.
- Guardia Mimata, E. R. (2018). Gestión de la calidad de servicio y la satisfacción del usuario en la Oficina Nacional de Procesos Electorales, Lima 2017. [Tesis Maestría]
- Gay, L. (1996). *Educational Research* Neu Jersey. Estados Unidos: Prentice Hall Inc.

- Hajiebrahimi, Z., Mahmoodi, G., & Abedi, G. (2017). Care management process of breast cancer in primary health-care system, Golestan Province, Iran, 2013-2014. *Journal of Family Medicine & Primary Care*, 6(4), 798–802.
- Hernández-Nariño, A., Delgado-Landa, A., Marqués-León, M., Nogueira-Rivera, D., Medina-León, A., & Negrín-Sosa, E. (2016). Generalization of business process management as a framework supporting health care improvement. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 66-87. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-31.ggpp>
- Hernández Sampieri, R. F y Mendoza C. P (2018). Metodología de la investigación las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill. <https://booksmedicos.org/?s=SAMPIERI>.
- Hirsch Adler, A., & Navia Antezana, C. (2018). Research ethics and teacher trainers. *Revista electrónica de investigación educativa*, 20(3), 1-10.
- Huapaya Capcha, Yoselin Andrea. (2019). Process management toward educational quality in Perú. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 4(8), 243-261 DOI: <http://dx.doi.org/10.35381/r.k.v4i8.277>
- INEN. Resolución Jefatural 112-2021J/INEN – Plan de Gestión de la Calidad 2021 <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/04/RJ-112-2021-J-INEN-1.pdf>
- Ishikawa, K. y Loftus, JH (1990). *Introducción al control de calidad* (Vol. 98). Tokio: Corporación 3A.
- Lilia, C. F. A. (2015). Población y muestra.
- Martinez, F., & Lamata, F. (1998). sanitario español. *Manual de administración y gestión sanitaria*, 181.
- Mansilla Izquierdo Fernando, 2022 Summary of conclusions – musculoskeletal disorders and psychosocial risk factors in the workplace – stastical análisis of survey data at the European level <https://osha.europa.eu/es/publications/executive-summary-musculoskeletal->

[disorders-and-psychosocial-risk-factors-workplace-statistical-analysis-eu-wide-survey-data](#)

- Mallar, M. A. (2010). Process management: an effective management. *Vision de Futuro*, 13. Recuperado el 05 de agosto de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-87082010000100004&lng=es&tlng=es.
- Manay, V. M. A., Cribillero, Y. I. N., & Pesantes, E. G. (2019). Aplicación de ciclo Deming para la mejora de la productividad en una empresa de transportes. *Revista Científica EPígmalión*, 1(2).
- Martínez Fernández, R., & Barrera Algarín, E. (2021). Strengths and weaknesses of the quality management systems implemented in nursing homes for the elderly in Spain. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.17>
- Martínez-Abad, F., & Rodríguez-Conde, M. J. (2017). Behaviour of product-moment and tetrachoric-polychoric correlations in ordinal scales: a simulation study. *RELIEVE. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 23(2), 1-21.
- Martin Marcelo, E. P. (2022). Gestión por procesos y calidad de atención a usuarios del laboratorio del hospital regional Daniel Alcides Carrión–Huancayo 2021. [Tesis Maestría]
- Medina León, Alberto, Nogueira Rivera, Dianelys, Hernández-Nariño, Arialys, & Comas Rodríguez, Raúl. (2019). Procedure for process management: methods and support tools. *Ingeniare. Revista chilena de ingeniería*, 27(2),328-342. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33052019000200328>
- Medina Quispe, N. (2018). Gestión Por Procesos Y Su Relación Con La Gestión De La Calidad En Los Colaboradores De La Unidad De Gestión Educativa Local De Andahuaylas-2018. [Tesis de Maestría]

- Mescua Ampuero, L. E., Ampuero Fernández, E., & Delgado Bardales, J. M. (2020). Modelo de Gestión “Business Process Management” para mejorar los Resultados del Centro de Salud de Morales - San Martín, 2020. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 4(2), 655-683. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v4i2.106
- Ministerio de Economía, Clasificador Económico de Gastos para el año fiscal 2022 https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/anexos/2022/Anexo_2_Clasificador_Economico_Gastos_2022.pdf
- Ministerio de Salud (2014) Mapa de Procesos del Ministerio de Salud, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto – OGPP https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/143/PLAN_143_2014_mapa_de_procesos_1_parte.pdf
- Moquillaza Henríquez, Santiago, & Carrillo Gomero, Flavio (2017). ISO 9001 and academic management for university entities. *Datos Industriales*, 20 (1),27-35. [fecha de Consulta 24 de abril de 2022]. ISSN: 1560-9146. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81652135003>
- Nicaragua, E. (2018). Metodología de la investigación e investigación aplicada para Ciencias Económicas y Administrativas. *Revista de La Universidad Autónoma*, 1-89.
- Norma Técnica “Implementación de la Gestión por Procesos en las entidades de Administración Pública” Norma Técnica 001-2018-PCM/SGP <https://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/03/RSGP-N-006-2018-PCM-SGP.pdf>
- Oda Gil, F. V. (2022). Gestión por procesos y las competencias laborales de los trabajadores del puesto de salud Nicolás Garatea, Nuevo Chimbote-2021. [Tesis Maestría]
- Organización Mundial de la Salud. Servicios Sanitarios de Calidad 2020 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Otzen, Tamara, & Manterola, Carlos. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

- Prada Ospina, Ricardo. (2017). La gestión por procesos en hospitales. <https://www.researchgate.net/publication/315815023>
- Pfaff, H., Hammer, A., Ballester, M., Schublin, K., Swora, M., & Sunol, R. (2021). Social determinants of the impact of hospital management boards on quality management: A study of 109 european hospitals using a parsonian approach. *BMC Health Services Research*, 21, 1-7.
- Pedraza Vargas, G. (2021). Gestión por procesos y la calidad de atención al paciente en el Hospital Hugo Pesce Pescetto Andahuaylas, 2020. [Tesis de Maestría]
- Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) (2013). Documento orientador: Metodología para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública en el marco del D.S. N° 004-2013-PCM – política nacional de modernización de la gestión pública. Obtenido de <https://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2017/04/PNMGP.pdf>
- Pinto, J. E. M. (2018). Metodología de la investigación social: *Paradigmas: cuantitativo, sociocrítico, cualitativo, complementario*. Ediciones de la U.
- Qureshi, R. S., Qureshi, I., Abbasy, M., Malik, W. A., Ponnapan, B., Gauhar, A., Chaudhry, S., Pathan, S., Jenkins, D., & Thomas, S. H. (2020). Unexpected return visits to emergency department: A healthcare quality management challenge. *International Journal of Healthcare Management*, 13, 227–233.
- Red de Salud Conchucos Norte <http://www.saludpomabamba.gob.pe/>
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2018-PcM/Sgp. Diario Oficial El Peruano Lima, Perú. (2018)
- Resolución Secretarial 063-2020-Minsa. Lineamientos para la implementación de Gestión por Procesos en Salud. (2020) <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/704781-063-2020-minsa>

Resolución Jefatural N° 112-2021-J-INEN - Aprueban el "Plan de Gestión de la calidad de salud 2021".

<https://portal.inen.sld.pe/wpcontent/uploads/2021/04/RJ-112-2021-J-INEN-1.pdf>

Rivas O'Connor, J. (2019). Gestión institucional y gestión de la calidad en la institución educativa Isabel La Católica–La Victoria 2018. [Tesis Maestría]

Roncero, U. M., & Rábago, Y. G. (2019). Metodología cualitativa para enfocar la mirada cuantitativa: la experiencia de los pretest cognitivos aplicados a la Encuesta de Salud del País Vasco. *Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales*, (43), 137-158.

Rosas Gamero, J. D. La nueva gestión pública: reflexiones generales sobre la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública del Perú 2013-2021. [Tesis Maestría]

Rosales Armas, M., Abanto Zorrilla, M. J. ., Jaime, L. S. ., & Luna Hernández, M. J. . (2021). Occupational Risks For The Occupational Health Of Care Personnel, In The Internal Medicine Services, Hospital De Cercado De Lima, 2020. *Revista Iberoamericana De educación*.
<https://doi.org/10.31876/ie.vi.108>

Sarmiento Rueda, T. A. (2018). Gestión de la calidad en los servicios de salud del Hospital Sergio E. Bernales 2017. [Tesis Maestría]

Trischler, W. (1998). Mejora del valor añadido en los procesos. Barcelona, España: Ediciones Gestión 2000 S.A.

Trucios, K. C. (2018). Gestión por procesos para mejorar la eficiencia en la unidad de gestión social del programa nacional de vivienda rural, 2018. *Lima, Perú: Universidad San Ignacio de Loyola*. [Tesis Doctoral]

Valdivia Vela, E. F. (2018). Gestión de calidad hospitalaria y satisfacción de pacientes esquizofrénicos del Pabellón 2 del Hospital Hermilio Valdizán, Lima, 2019. [Tesis Maestría]

- Vásquez, A. (2017) Gestión de calidad en el puesto de Salud Bahía Blanca, Microrred Pachacútec, red de ventanilla, callao 2016. Universidad Católica de Santa María, Perú. [Tesis Maestría]
- Zaldumbide, O. (2019). Metodología para la gestión por procesos, un enfoque para la implementación. Revista de Ciencias de Seguridad y Defensa, IV (7), 31-43.
- Zaratiegui, J. (1999). La gestión por procesos: su papel e importancia en la empresa. Economía Industrial, VI(330), 81-88.

Anexos

Anexo 1. Matriz de operacionalización

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Niveles o rangos
V1: Gestión procesos	Procesos Estratégicos	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño e implementación de políticas públicas de salud • Identificación de Recursos necesarios en salud • Diseño, articulación e integración del sistema de salud. • Diseño e implementación de la política de acceso a la atención • Planificación sanitaria de largo plazo • Concertación presupuestal y del financiamiento. 	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	Siempre (S) = 5 Casi siempre (CS) = 4 A veces (AV) = 3 Casi nunca (CN) = 2 Nunca (N) = 1	Eficiente [85-115] Regular [54-85] Deficiente [23- 54]
	Procesos Operativos o Misionales	<ul style="list-style-type: none"> • Formulación y aplicación del Marco Legal y Normativo • Mejoramiento de la situación de salud/protección y promoción de la salud. • Diseño e implementación del modelo de atención de salud. • Fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública (FESP), del nivel nacional y regional 	10, 11, 12, 13,14		
	Procesos de Soporte o Apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Fiscalización y control de Aplicación de la regulación y normatividad • Medición periódica del cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública (FESP), del nivel nacional y regional • Supervisión de la calidad de atención en salud • Supervisión de seguros de salud. • Priorización del Gasto en salud 	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22,23		
V2: Gestión de la Calidad	Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • Direccional objetivos • Definir los métodos a utilizar 	1, 2, 3, 4,	Siempre (S) = 5 Casi siempre (CS) = 4 A veces (AV) = 3 Casi nunca (CN) = 2 Nunca (N) = 1	Bueno [44-60] Regular [28-44] Malo [12-28]
	Desarrollar	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo la formación y educación a los trabajadores • Hacer el trabajo 	5, 6, 7		
	Verificar	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar y comprobar los resultados • Conformidad de las normas e instrucciones 	8,9,10		
	Actuar	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar la acción • Ejecución de la gestión • Corrección 	11, 12		

Anexo 2. Matriz de consistencia

Problema General	Objetivos General	Hipótesis General	Variable /dimensión					
			Dimensiones	indicadores	items	Escala	Niveles y rangos	
<p>¿Cuál es la relación de la Gestión por procesos con la Gestión de la Calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cómo se relaciona los procesos estratégicos con la gestión de la calidad en el</p>	<p>Establecer la relación entre gestión por procesos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Establecer la relación entre los procesos estratégicos con la gestión de la calidad en el Hospital de</p>	<p>La gestión por procesos se relaciona significativamente con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación significativa entre procesos estratégicos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022</p>	<p>Variable/categoría 1: Gestión por Procesos</p> <p>Concepto: Es la conformación de planear, estructurar, orientar y vigilar las acciones de manera transversal y secuencial a las distintas áreas de la organización, con el objetivo de complacer las perspectivas del usuario y el cumplimiento del interés como institución (R .S 063-2020-Minsa.)</p>					
			P. Estratégicos	<p>Diseño e implementación</p> <p>Identificación de Recursos</p> <p>Diseño, articulación e integración</p> <p>Diseño e implementación de la política</p> <p>Planificación sanitaria</p> <p>Concertación presupuestal</p>	1 al 9	<p>Escala ordinal de Licker consta de 23 preguntas</p> <p>Siempre (S) = 5</p> <p>Casi siempre (CS) = 4</p> <p>A veces (AV) = 3</p> <p>Casi nunca (CN) = 2</p> <p>Nunca (N) = 1</p>	<p>Eficiente [85-115]</p> <p>Regular [54-85]</p> <p>Deficiente [23- 54)</p>	
			P. Operativos	<p>Formulación y aplicación</p> <p>Mejoramiento.</p> <p>Diseño e implementación</p> <p>Fortalecimiento</p>	10 al 14			
			P. Soporte	<p>Fiscalización</p> <p>Medición periódica</p> <p>Supervisión de la calidad</p> <p>Supervisión de seguros</p> <p>Priorización del Gasto</p>	15 al 23			
<p>Variable/categoría 2: Gestión de la Calidad</p>								

<p>Hospital de Pomabamba - Ancash, 2022?</p> <p>¿Cómo se relaciona los procesos operativos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba - Ancash, 2022?</p> <p>¿Cómo se relaciona los procesos de soporte con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba - Ancash, 2022?</p>	<p>Pomabamba – Ancash, 2022</p> <p>Establecer la relación entre los procesos operativos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022</p> <p>Establecer la relación entre los procesos de soporte con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022.</p>	<p>Existe relación significativa entre los procesos operativos con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022</p> <p>Existe relación significativa entre los procesos de soporte con la gestión de la calidad en el Hospital de Pomabamba - Ancash, 2022.</p>	<p>Concepto: Es el factor de la dirección organizacional que establece y adjudica las políticas de la calidad, finalidades y funciones dentro del SGC basados en organización, seguridad y progreso de la calidad. (Resolución Jefatural N° 112-2021-J-INEN – Minsa.)</p>				
			<p>Dimensiones</p>	<p>Indicadores</p>	<p>Items</p>	<p>Escala</p>	<p>Niveles y rangos</p>
			<p>Planificación</p>	<p>Direccionar Definir los métodos</p>	<p>1 al 4</p>	<p>La escala es de tipo Licker consta de 12 preguntas</p> <p>Siempre (S) = 5 Casi siempre (CS) = 4 A veces (AV) = 3 Casi nunca (CN) = 2 Nunca (N) = 1</p>	<p>Bueno [44-60] Regular [28-44] Malo [12-28]</p>
			<p>Desarrollar</p>	<p>Llevar a cabo la formación y educación Hacer el trabajo</p>	<p>5 al 7</p>		
			<p>Verificar</p>	<p>Controlar y comprobar Conformidad</p>	<p>8 al 10</p>		
<p>Actuar</p>	<p>Aplicar la acción Ejecución de la gestión Corrección</p>	<p>11 y 12</p>					

Tipo y diseño de la investigación		Población y muestra					
<p>Tipo: Estudio elaborado con un enfoque cuantitativo de tipo no experimental descriptivo-correlacional Por su finalidad esta investigación es básica</p> <p>Diseño: de corte transversal porqué depende de la perspectiva del estudio y de los objetivos del investigador (por naturaleza)</p>		<p>Población: Para este estudio, se realizó con 200 que consta del personal administrativo y asistencia (jefes y personal) del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022</p> <p>Tipo de muestreo: Fue probabilístico, aleatorio simple donde toda la población tuvo la posibilidad de ser elegida.</p> <p>Tamaño d muestra: 132</p>					

Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos y fichas técnicas

Gestión por Procesos

Ficha técnica

Instrumento para medir la variable de gestión por procesos

Nombre del instrumento: Cuestionario 1 para medir la gestión por procesos del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022

Adaptado de : Resolución Secretarial 063-2020-Minsa
Lineamientos para la implementación de Gestión por Procesos en Salud. 2020

Objetivo : Cuantificar la Gestión por Procesos

Forma de aplicación : Personal y anónima

Área de evaluación de : Personal administrativo y asistencial del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022

Ámbito de aplicación : Hospital público

Tiempo estimado : 20 minutos

Estructura : 23 items

Cuestionario sobre Gestión por Procesos

Estimado Colaborador el presente cuestionario tiene por finalidad identificar la gestión por procesos que se aplica en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022. Para lo cual se requiere toda la sinceridad posible en el desarrollo del presente cuestionario, marcado en el recuadro que usted crea conveniente, asimismo las escalas a evaluar son las siguientes:

INSTRUCCIONES: La serie de preguntas que se realizan a continuación presentan una escala del 1 al 5 de acuerdo al grado de aprobación o desaprobación de cada afirmación. Marque con una X.

Sexo: M () F () CARGO: Jefes Administrativo () Jefe Asistencial ()

Personal Asistencial () Personal Administrativo ()

Siempre = (5), Casi siempre = (4), A veces = (3), Casi nunca = (2), Nunca = (1)

PREGUNTAS		1	2	3	4	5	
P.	01	Se cumple con las jerarquías y funciones establecidas en el organigrama					
	02	Se vienen llevando a cabo la Misión, Visión y Valores del hospital					
	03	El personal percibe y entiende las metas específicas de la institución hospitalaria					
	04	Se logran eficazmente los objetivos de la Institución hospitalaria					
	05	La institución hospitalaria anuncia al personal los planes y estrategias oportunamente					
	06	Los planes de acción y estrategias son examinados y actualizados constantemente					
	07	El personal conoce cuál es su contribución a las estrategias y planes de acción de la Institución donde labora.					
	08	Reconoce que los buenos procesos en la atención al usuario generan prestigio a la Institución hospitalaria					
	09	El hospital tiene el compromiso de mejorar los procesos de servicios (atención) como estrategia					
P. Operativos	10	El hospital cuenta con guías que detallen como desarrollar los procesos de servicio (atención) al usuario					
	11	La información que brinda el hospital a los usuarios es clara y puntual					
	12	El servicio al cliente atiende las necesidades e insatisfacciones de los usuarios de manera adecuada					
	13	Se mide constantemente la calidad de atención de los usuarios					

	14	El trabajo del personal está orientado en la satisfacción del usuario					
	15	El hospital cuenta con programas que ayudan al personal en su desarrollo profesional periódicamente					
	16	Se estimula el trabajo en equipo para promover sus competencias y capacidades.					
	17	Se incentiva al personal apropiadamente para lograr los fines de la institución hospitalaria					
	18	Se valorar apropiadamente el trabajo y éxito del personal					
	19	La Institución hospitalaria debe implementar optimizar sus medios de comunicación					
P.	20	Se cuenta con la Infraestructura e instalaciones aptas					
	21	Se cuenta con materiales e instrumentos en perfecto estado.					
	22	Se cuenta con equipo tecnológico e internet para perfeccionar la prestación de servicio al usuario					
	23	El hospital cuenta provisión de medicamentos e insumos					

Gestión de la Calidad

Ficha técnica

Instrumento para medir la variable de gestión de la calidad

Nombre del instrumento: Cuestionario 2 adaptado para medir la gestión de la calidad del Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022

Adaptado de : Resolución Jefatural N° 112-2021-J-INEN - Aprueban el "Plan de Gestión de la calidad de salud 2021"

Objetivo : Cuantificar la Gestión de la Calidad

Forma de aplicación : Personal y anónima

Área de evaluación de : Personal administrativo y asistencial del Hospital Pomabamba – Ancash, 2022

Ámbito de aplicación : Hospital público

Tiempo estimado : 20 minutos

Estructura : 12 items

Cuestionario sobre Gestión de la Calidad

Estimado Colaborador el presente cuestionario tiene por finalidad identificar la gestión de la calidad que se aplica en el Hospital de Pomabamba – Ancash, 2022. Para lo cual se requiere toda la sinceridad posible en el desarrollo del presente cuestionario, marcado en el recuadro que usted crea conveniente, asimismo las escalas a evaluar son las siguientes:

INSTRUCCIONES: La serie de preguntas que se realizan a continuación presentan una escala del 1 al 5 de acuerdo al grado de aprobación o desaprobación de cada afirmación. Marque con una X.

Sexo: M () F () CARGO: Jefes Administrativo () Jefe Asistencial ()
 Personal Asistencial () Personal Administrativo ()

Siempre = (5), Casi siempre = (4), A veces = (3), Casi nunca = (2), Nunca = (1)

PREGUNTAS		1	2	3	4	5		
Planificaci	01	La Dirección identifica los objetivos y metas para alcanzar la calidad de la gestión						
	02	La Dirección programa objetivos que proporcionen la observación del control y resultados de los procedimientos de la gestión de la calidad						
	03	La Dirección elabora normas técnicas y operativas de funcionamiento, referido a los principales agentes que perjudican a la gestión de la calidad.						
	04	La Dirección plantea un plan de acción, aplicando instrumentos para alcanzar los objetivos de la gestión de la calidad						
Hace	05	Se conocen las reglas fundadas en el plan de calidad para su aplicación.						
	06	La Dirección proporciona capacitaciones necesarias sobre los procedimientos de calidad						
	07	El personal administrativo y asistencial cumple con las normas técnicas y operativas de la institución						
Verifica	08	Los jefes de los servicios y/o áreas comprueban en el área de trabajo la efectividad de forma de atención de calidad conforme a las reglas y normas						
	09	Los jefes de los servicios y/o áreas controlan los procesos de la calidad y actividades a través de los resultados, revela						

		las irregularidades de la labor y presenta medidas correctivas					
	10	Los jefes de los servicios y/o áreas, controlan los costos, cantidad y otros aspectos que generan los procedimientos de la institución					
Actua	11	La Dirección regula las medidas correctivas en los procedimientos de la calidad y fija las posiciones que mantenga la gestión de la calidad.					
	12	Cuando hay errores de desviación de los objetivos, la dirección trata de iniciar la eliminación de dichas causas					

Anexo 4. Validación de Instrumentos

Validez del instrumento de Gestión por Procesos

Nº	Jueces expertos	Calificación
1	Mg. Arturo Zubieta Peña	Aplicable
2	Mg. Ricardo Delgado León	Aplicable
3	Mg. Jimmy Vidal Valverde	Aplicable

Fuente: Certificado de Validez de expertos.

Validez del instrumento de Gestión de la Calidad

Nº	Jueces expertos	Calificación
1	Mg. Arturo Zubieta Peña	Aplicable
2	Mg. Ricardo Delgado León	Aplicable
3	Mg. Jimmy Vidal Valverde	Aplicable

Fuente: Certificado de Validez de expertos

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE GESTION POR PROCESOS

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Procesos Estratégicos							
1	Se cumple con las jerarquías y funciones establecidas en el organigrama	✓		✓		✓		
2	Se vienen llevando a cabo la Misión, Visión y Valores del hospital	✓		✓		✓		
3	El personal percibe y entiende las metas específicas de la institución hospitalaria	✓		✓		✓		
4	Se logran eficazmente los objetivos de la Institución hospitalaria	✓		✓		✓		
5	La institución hospitalaria anuncia al personal los planes y estrategias oportunamente	✓		✓		✓		
6	Los planes de acción y estrategias son examinados y actualizados constantemente	✓		✓		✓		
7	El personal conoce cuál es su contribución a las estrategias y planes de acción de la Institución donde labora.	✓		✓		✓		
8	Reconoce que los buenos procesos en la atención al usuario generan prestigio a la Institución hospitalaria	✓		✓		✓		
9	El hospital tiene el compromiso de mejorar los procesos de servicios (atención) como estrategia	✓		✓		✓		

	DIMENSIÓN 2: Procesos Operativos o Misionales	Si	No	Si	No	Si	No	
10	El hospital cuenta con guías que detallen como desarrollar los procesos de servicio (atención) al usuario	✓		✓		✓		
11	La información que brinda el hospital a los usuarios es clara y puntual	✓		✓		✓		
12	El servicio al cliente atiende las necesidades e insatisfacciones de los usuarios de manera adecuada	✓		✓		✓		
13	Se mide constantemente la calidad de atención de los usuarios	✓		✓		✓		
14	El trabajo del personal está orientado en la satisfacción del usuario	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3: Procesos de Soporte o Apoyo	Si	No	Si	No	Si	No	
15	El hospital cuenta con programas que ayudan al personal en su desarrollo profesional periódicamente	✓		✓		✓		
16	Se estimula el trabajo en equipo para promover sus competencias y capacidades.	✓		✓		✓		
17	Se incentiva al personal apropiadamente para lograr los fines de la institución hospitalaria	✓		✓		✓		
18	Se valorar apropiadamente el trabajo y éxito del personal	✓		✓		✓		
19	La Institución hospitalaria debe implementar optimizar sus medios de comunicación	✓		✓		✓		

20	Se cuenta con la Infraestructura e instalaciones aptas	✓		✓		✓	
21	Se cuenta con materiales e instrumentos en perfecto estado.	✓		✓		✓	
22	Se cuenta con equipo tecnológico e internet para perfeccionar la prestación de servicio al usuario	✓		✓		✓	
23	El hospital cuenta provisión de medicamentos e insumos	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): El instrumento es suficiente.

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. (Mg).....Arturo Zubieta Peña..... **DNI:** 44916265

Especialidad del validador: Magister en Gerencia Social con mención en evaluación de programas y proyectos de desarrollo

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

06 de mayo del 2022



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE GESTION DE LA CALIDAD

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: PLAN - PLANIFICAR	Si	No	Si	No	Si	No	
1	La Dirección identifica los objetivos y metas para alcanzar la calidad de la gestión	✓		✓		✓		
2	La Dirección programa objetivos que proporcionen la observación del control y resultados de los procedimientos de la gestión de la calidad	✓		✓		✓		
3	La Dirección elabora normas técnicas y operativas de funcionamiento, referido a los principales agentes que perjudican a la gestión de la calidad.	✓		✓		✓		
4	La Dirección plantea un plan de acción, aplicando instrumentos para alcanzar los objetivos de la gestión de la calidad	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: DO - HACER	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Se conocen las reglas fundadas en el plan de calidad para su aplicación.	✓		✓		✓		
6	La Dirección proporciona capacitaciones necesarias sobre los procedimientos de calidad	✓		✓		✓		
7	El personal administrativo y asistencial cumple con las normas técnicas y operativas de la institución	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3: CHECK - VERIFICAR	Si	No	Si	No	Si	No	

8	Los jefes de los servicios y/o áreas comprueban en el área de trabajo la efectividad de forma de atención de calidad conforme a las reglas y normas	✓		✓		✓	
9	Los jefes de los servicios y/o áreas controlan los procesos de la calidad y actividades a través de los resultados, revela las irregularidades de la labor y presenta medidas correctivas	✓		✓		✓	
10	Los jefes de los servicios y/o áreas, controlan los costos, cantidad y otros aspectos que generan los procedimientos de la institución	✓		✓		✓	
DIMENSIÓN 3: ACT - ACTUAR		Si	No	Si	No	Si	No
11	La Dirección regula las medidas correctivas en los procedimientos de la calidad y fija las posiciones que mantenga la gestión de la calidad.	✓		✓		✓	
12	Cuando hay errores de desviación de los objetivos, la dirección trata de iniciar la eliminación de dichas causas	✓		✓		✓	

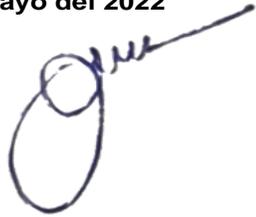
Observaciones (precisar si hay suficiencia)-----

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. Mg: Arturo Zubieta Peña..... DNI: 44916265

Especialidad del validador: en

06 de mayo del 2022



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

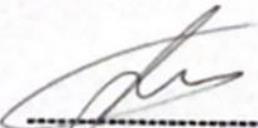
Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE GESTION POR PROCESOS.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Procesos Estratégicos							
1	Se cumple con las jerarquías y funciones establecidas en el organigrama	X		X		X		
2	Se vienen llevando a cabo la Misión, Visión y Valores del hospital	X		X		X		
3	El personal percibe y entiende las metas específicas de la institución hospitalaria	X		X		X		
4	Se logran eficazmente los objetivos de la Institución hospitalaria	X		X		X		
5	La institución hospitalaria anuncia al personal los planes y estrategias oportunamente	X		X		X		
6	Los planes de acción y estrategias son examinados y actualizados constantemente	X		X		X		
7	El personal conoce cuál es su contribución a las estrategias y planes de acción de la Institución donde labora.	X		X		X		
8	Reconoce que los buenos procesos en la atención al usuario generan prestigio a la Institución hospitalaria	X		X		X		
9	El hospital tiene el compromiso de mejorar los procesos de servicios (atención) como estrategia	X		X		X		


 Mg. RICARDO DELGADO LEON
 CEP. 096777

DIMENSIÓN 2: Procesos Operativos o Misionales						
	SI	No	SI	No	SI	No
10	X		X		X	
11	X		X		X	
12	X		X		X	
13	X		X		X	
14	X		X		X	
DIMENSIÓN 3: Procesos de Soporte o Apoyo						
	SI	No	SI	No	SI	No
16	X		X		X	
16	X		X		X	
17	X		X		X	
18	X		X		X	
19	X		X		X	


 Mg. RICARDO DELGADO LEON
 CEP. 096777

20	Se cuenta con la Infraestructura e instalaciones aptas	X		X		X	
21	Se cuenta con materiales e instrumentos en perfecto estado.	X		X		X	
22	Se cuenta con equipo tecnológico e internet para perfeccionar la prestación de servicio al usuario	X		X		X	
23	El hospital cuenta provisión de medicamentos e insumos	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

SI PRESENTA SUFICIENCIA

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

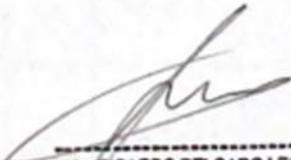
Apellidos y nombres del juez validador. Dr. (Mg) RICARDO DELGADO DNI: 46081390

Especialidad del validador: Magister en GESTIÓN PÚBLICA

06 de mayo del 2022

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

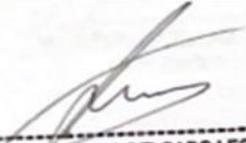


 Mg. RICARDO DELGADO LEON
 CEP. 096777

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE GESTION DE LA CALIDAD

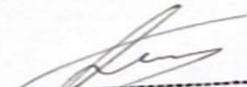
N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: PLAN - PLANIFICAR								
1	La Dirección identifica los objetivos y metas para alcanzar la calidad de la gestión	X		X		X		
2	La Dirección programa objetivos que proporcionen la observación del control y resultados de los procedimientos de la gestión de la calidad	X		X		X		
3	La Dirección elabora normas técnicas y operativas de funcionamiento, referido a los principales agentes que perjudican a la gestión de la calidad.	X		X		X		
4	La Dirección plantea un plan de acción, aplicando instrumentos para alcanzar los objetivos de la gestión de la calidad	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: DO - HACER								
5	Se conocen las reglas fundadas en el plan de calidad para su aplicación.	X		X		X		
6	La Dirección proporciona capacitaciones necesarias sobre los procedimientos de calidad	X		X		X		
7	El personal administrativo y asistencial cumple con las normas técnicas y operativas de la institución	X		X		X		


 Mg. RICARDO DELGADO LEON
 CEP. 096777

DIMENSIÓN 3: CHECK - VERIFICAR		SI	No	SI	No	SI	No
8	Los jefes de los servicios y/o áreas comprueban en el área de trabajo la efectividad de forma de atención de calidad conforme a las reglas y normas	X		X		X	
9	Los jefes de los servicios y/o áreas controlan los procesos de la calidad y actividades a través de los resultados, revela las irregularidades de la labor y presenta medidas correctivas	X		X		X	
10	Los jefes de los servicios y/o áreas, controlan los costos, cantidad y otros aspectos que generan los procedimientos de la institución	X		X		X	
DIMENSIÓN 3: ACT - ACTUAR		SI	No	SI	No	SI	No
11	La Dirección regula las medidas correctivas en los procedimientos de la calidad y fija las posiciones que mantenga la gestión de la calidad.	X		X		X	
12	Cuando hay errores de desviación de los objetivos, la dirección trata de iniciar la eliminación de dichas causas	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI PRESENTA SUFICIENCIA

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


 Mg. RICARDO DELGADO LEON
 CEP. 096777

[Faint, illegible text and markings, possibly bleed-through or a second page of the document.]

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE GESTION POR PROCESOS.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Procesos Estratégicos							
1	Se cumple con las jerarquías y funciones establecidas en el organigrama	X		X		X		
2	Se vienen llevando a cabo la Misión, Visión y Valores del hospital	X		X		X		
3	El personal percibe y entiende las metas específicas de la institución hospitalaria	X		X		X		
4	Se logran eficazmente los objetivos de la Institución hospitalaria	X		X		X		
5	La institución hospitalaria anuncia al personal los planes y estrategias oportunamente	X		X		X		
6	Los planes de acción y estrategias son examinados y actualizados constantemente	X		X		X		
7	El personal conoce cuál es su contribución a las estrategias y planes de acción de la Institución donde labora.	X		X		X		
8	Reconoce que los buenos procesos en la atención al usuario generan prestigio a la Institución hospitalaria	X		X		X		
9	El hospital tiene el compromiso de mejorar los procesos de servicios (atención) como estrategia	X		X		X		

DIMENSIÓN 2: Procesos Operativos o Misionales		Si	No	Si	No	Si	No
10	El hospital cuenta con guías que detallen como desarrollar los procesos de servicio (atención) al usuario	X		X		X	
11	La información que brinda el hospital a los usuarios es clara y puntual	X		X		X	
12	El servicio al cliente atiende las necesidades e insatisfacciones de los usuarios de manera adecuada	X		X		X	
13	Se mide constantemente la calidad de atención de los usuarios	X		X		X	
14	El trabajo del personal está orientado en la satisfacción del usuario	X		X		X	
DIMENSIÓN 3: Procesos de Soporte o Apoyo		Si	No	Si	No	Si	No
15	El hospital cuenta con programas que ayudan al personal en su desarrollo profesional periódicamente	X		X		X	
16	Se estimula el trabajo en equipo para promover sus competencias y capacidades.	X		X		X	
17	Se incentiva al personal apropiadamente para lograr los fines de la institución hospitalaria	X		X		X	
18	Se valorar apropiadamente el trabajo y éxito del personal	X		X		X	
19	La Institución hospitalaria debe implementar optimizar sus medios de comunicación	X		X		X	

20	Se cuenta con la Infraestructura e instalaciones aptas	X		X		X	
21	Se cuenta con materiales e instrumentos en perfecto estado.	X		X		X	
22	Se cuenta con equipo tecnológico e internet para perfeccionar la prestación de servicio al usuario	X		X		X	
23	El hospital cuenta provisión de medicamentos e insumos	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI hay suficiencias.

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Jimmy Arturo Vidal Valverde DNI: 45237822

Especialidad del validador: Magister en Gerencia en los Servicios de la Salud

14 de mayo del 2022

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

Mg. Jimmy A. Vidal Valverde
(ORCID: 0000-0003-23731300)

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE GESTION DE LA CALIDAD

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: PLAN - PLANIFICAR							
1	La Dirección identifica los objetivos y metas para alcanzar la calidad de la gestión	X		X		X		
2	La Dirección programa objetivos que proporcionen la observación del control y resultados de los procedimientos de la gestión de la calidad	X		X		X		
3	La Dirección elabora normas técnicas y operativas de funcionamiento, referido a los principales agentes que perjudican a la gestión de la calidad.	X		X		X		
4	La Dirección plantea un plan de acción, aplicando instrumentos para alcanzar los objetivos de la gestión de la calidad	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: DO - HACER							
5	Se conocen las reglas fundadas en el plan de calidad para su aplicación.	X		X		X		
6	La Dirección proporciona capacitaciones necesarias sobre los procedimientos de calidad	X		X		X		
7	El personal administrativo y asistencial cumple con las normas técnicas y operativas de la institución	X		X		X		

DIMENSIÓN 3: CHECK - VERIFICAR		Si	No	Si	No	Si	No
8	Los jefes de los servicios y/o áreas comprueban en el área de trabajo la efectividad de forma de atención de calidad conforme a las reglas y normas	X		X		X	
9	Los jefes de los servicios y/o áreas controlan los procesos de la calidad y actividades a través de los resultados, revela las irregularidades de la labor y presenta medidas correctivas	X		X		X	
10	Los jefes de los servicios y/o áreas, controlan los costos, cantidad y otros aspectos que generan los procedimientos de la institución	X		X		X	
DIMENSIÓN 3: ACT - ACTUAR		Si	No	Si	No	Si	No
11	La Dirección regula las medidas correctivas en los procedimientos de la calidad y fija las posiciones que mantenga la gestión de la calidad.	X		X		X	
12	Cuando hay errores de desviación de los objetivos, la dirección trata de iniciar la eliminación de dichas causas	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI hay suficiencias.

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Jimmy Arturo Vidal Valverde DNI: 45237822
Especialidad del validador: Magister en Gerencia en los Servicios de la Salud

14 de mayo del 2022

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

Mg. Jimmy A. Vidal Valverde
(ORCID: 0000-0003-23731300)

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e
Información Universitaria y
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

Graduado	Grado o Título	Institución
DELGADO LEON, RICARDO CESAR JOAO DNI 46081390	LICENCIADO EN ENFERMERIA Fecha de diploma: 01/12/2014 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO <i>PERU</i>
DELGADO LEON, RICARDO CESAR JOAO DNI 46081390	BACHILLER EN ENFERMERÍA Fecha de diploma: 18/11/13 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 08/09/2008 Fecha egreso: 04/10/2013	UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO <i>PERU</i>
DELGADO LEON, RICARDO CESAR JOAO DNI 46081390	MAESTRO EN GESTIÓN PÚBLICA Fecha de diploma: 15/01/21 Modalidad de estudios: SEMI PRESENCIAL Fecha matrícula: 01/02/2014 Fecha egreso: 31/10/2015	UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES <i>PERU</i>

21/7/22, 23:59

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e
Información Universitaria y
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

Graduado	Grado o Título	Institución
VIDAL VALVERDE, JIMMY ARTURO DNI 45237822	BACHILLER EN ODONTOLOGIA Fecha de diploma: 16/07/2014 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL <i>PERU</i>
VIDAL VALVERDE, JIMMY ARTURO DNI 45237822	CIRUJANO DENTISTA Fecha de diploma: 05/03/15 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL <i>PERU</i>
VIDAL VALVERDE, JIMMY ARTURO DNI 45237822	MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD Fecha de diploma: 07/12/17 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 05/08/2015 Fecha egreso: 25/07/2017	UNIVERSIDAD PRIVADA CÉSAR VALLEJO <i>PERU</i>

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e
Información Universitaria y
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

Graduado	Grado o Título	Institución
ZUBIETA PEÑA, ARTURO RODRIGO DNI 44916265	BACHILLER EN ENFERMERIA Fecha de diploma: 16/03/2009 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN <i>PERU</i>
ZUBIETA PEÑA, ARTURO RODRIGO DNI 44916265	LICENCIADO EN ENFERMERIA Fecha de diploma: 15/05/2009 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN <i>PERU</i>
ZUBIETA PEÑA, ARTURO RODRIGO DNI 44916265	MAGÍSTER EN GERENCIA SOCIAL CON MENCIÓN EN GERENCIA DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE DESARROLLO Fecha de diploma: 20/02/19 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 01/09/2011 Fecha egreso: 24/04/2018	PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ <i>PERU</i>

Anexo 5. Confiabilidad de los instrumentos

Aplicación de Alfa de Cronbach en instrumento sobre gestión por procesos

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20	Item21	Item22	Item23	SUMA
Sujeto 1	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	2	3	4	3	3	2	3	75
Sujeto 2	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	2	3	4	3	3	2	3	75
Sujeto 3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	2	3	4	2	3	2	3	73
Sujeto 4	4	3	3	4	2	4	4	4	4	5	3	3	3	4	4	4	4	5	5	2	3	3	4	84
Sujeto 5	4	4	5	3	2	4	3	5	4	3	3	4	4	3	2	4	3	4	5	4	4	3	4	84
Sujeto 6	5	2	2	3	4	2	2	3	5	2	4	1	1	2	1	2	1	2	3	1	2	4	1	54
Sujeto 7	4	3	4	3	2	3	4	5	4	3	4	2	2	4	3	4	3	4	5	2	3	2	3	76
Sujeto 8	4	3	4	3	2	3	4	5	4	3	4	2	2	4	3	4	2	3	5	2	3	2	3	74
Sujeto 9	3	3	2	3	3	3	4	4	5	4	3	1	2	4	3	4	3	3	4	2	3	2	2	70
Sujeto 10	4	4	3	4	3	2	3	5	5	4	3	1	1	3	2	3	1	2	4	1	3	2	2	65
Sujeto 11	5	3	3	4	4	4	3	4	5	3	3	2	1	3	3	3	2	4	4	1	2	2	2	70
VARIANZAS	0,75	0,53	0,92	0,52	0,75	0,70	0,68	0,64	0,50	0,82	0,46	1,00	1,00	0,68	0,78	0,67	0,90	0,90	0,64	0,94	0,53	0,67	0,90	16,88

Alfa	0.839
K(número de items)	23
Vt (Varianza total)	66,5653
Número de trabajadores	11

Aplicación de Alfa de Cronbach en instrumento sobre gestión de la calidad

	Item1 SUMA	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10	item11	item12	
Sujeto 1	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	45
Sujeto 2	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	45
Sujeto 3	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	44
Sujeto 4	3	4	3	4	3	4	2	3	3	3	3	3	38
Sujeto 5	3	4	3	4	5	4	2	3	4	3	2	3	40
Sujeto 6	5	1	3	3	4	1	2	5	4	2	2	5	37
Sujeto 7	2	1	1	2	2	1	4	2	5	2	5	1	28
Sujeto 8	1	3	1	1	1	2	4	1	2	5	1	3	25
Sujeto 9	3	3	3	2	1	2	3	2	2	3	3	4	31
Sujeto 10	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	4	31
Sujeto 11	1	2	2	1	1	2	3	1	1	3	3	4	24
VARIANZAS	46,4	51,8	48,2	44,6	48,8	48,2	67,8	45,6	57,4	59,4	59,4	57,8	640,8

Alfa	0.813
K(número de items)	12
Vt (Varianza total)	62,018
Número de pacientes	11

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K: El número de ítems

Si2: sumatoria de varianza de los ítems

St2: varianza de la suma de los ítems

a: coeficiente de Alfa de Cronbach

Confiabilidad de los instrumentos – Alfa de Cronbach

Instrumento	Alfa de Cronbach	Nº de Items
Gestión por Procesos	0.839	23
Gestión de la Calidad	0.813	12

Anexo 6

Autorización de aplicación del instrumento

 **MINISTERIO DE SALUD**
HOSPITAL "ANTONIO CALDAS DOMINGUEZ"
POMABAMBA
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



Pomabamba, 05 de Mayo de 2022

OFICIO N° 019-2022-REGION ANCASH-DIRES-RCN-HAP/C/D.

SEÑORA:
ESPINOSA DIAZ, JESSICA ALICIA
DNI N° 42985149
ESTUDIANTE DEL PROGRAMA MAESTRIA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO SAC – LIMA NORTE

PRESENTE:

ASUNTO: SE AUTORIZA EL ESTUDIO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL DE POMABAMBA CON EL TITULO "GESTIÓN POR PROCESOS Y SU RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL DE POMABAMBA 2021", Y LA PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

REFERENCIA: SOLICITUD (REG. N° 986 DE FECHA 29/04/2022)

De mi especial consideración:

Reciba nuestro cordial saludo en nombre del Hospital de Apoyo de Pomabamba "Antonio Caldas Domínguez", y a la vez Comunicarle la **AUTORIZACIÓN PARA EL ESTUDIO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL DE POMABAMBA CON EL TITULO "GESTIÓN POR PROCESOS Y SU RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL DE POMABAMBA 2021", Y LA PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.**

Por otra parte solicitamos que nos mantenga pendiente de los avances del Proyecto de Investigación que está realizando.

Solicitamos encarecidamente hacer llegar cualquier información y/o notificación sobre el presente documento a los siguientes correos y números de contactos: tecmedfrankm@hotmail.com (981996636) (Tnlgo. Med. Jemis Frank Mejía Pumaricra), meeo19@hotmail.com (999460634) (Lic. Mirma Elizabeth Escudero Ortega) y svidal31@hotmail.com (942840819) (Ing. Sandro Vidal Castillo).

Es propicia la ocasión, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente.


TEC. MED. JEMIS FRANK MEJÍA PUMARICRA
DIRECTOR
DNI N° 32989421 CTMP 4700

FJM/DIRECTOR
CCV/D.A.
SOVC/L
CJZ
ARCH

Carretera Norte Km. 1 s/n Huajtachaca - Pomabamba - ANCASH Teléfono 043-451028
www.hospitalacd.com

Anexo 7

Consentimiento informado

“Gestión por Procesos y su relación con la Gestión de la Calidad en el Hospital de Pomabamba- Ancash, 2022”

Nombre del Investigadora:

Institución: Hospital de Pomabamba - Ancash

Le invito a participar en el trabajo de investigación “Gestión por Procesos y su relación con la Gestión de la Calidad en el Hospital de Pomabamba- Ancash, 2021”, a fin de crear estrategias en la gestión de los servicios de la salud en este hospital, para optimizar la calidad y satisfacción en las pacientes obstétricas.

Esta investigación tiene por objetivo general precisar qué relación existe entre la Gestión por Procesos y la Gestión de la Calidad en el Hospital. El estudio incluirá a un número total de 132 personal asistenciales y administrativos (jefes y trabajadores) de las diferentes áreas del Hospital de Pomabamba.

Si Ud. acepta participar se le realizará una encuesta, utilizando dos cuestionarios. Este estudio no le generará algún efecto adverso o riesgo en su persona.

El presente estudio esta autofinanciado por la investigadora y no le generará ningún costo a su persona y tampoco se le dará alguna compensación económica.

Los beneficios del presente estudio son la aportación de nuevos conocimientos, lo que ayudará en la creación de estrategias de gestión para optimizar la Gestión por Procesos y la Gestión de la Calidad, todo con el fin de mejorar las gestiones del Hospital de Pomabamba

Toda la información que derive de su participación en este estudio será confidencial y cualquier publicación de los resultados será completamente anónima.

Entonces:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo consentimiento para participar en el trabajo de investigación “Gestión por Procesos y su relación con la Gestión de la Calidad en el Hospital de Pomabamba- Ancash, 2021”.

.....

Firma de paciente o representante legal

Anexo 8

Evidencias de análisis estadístico Base de datos de Gestión por Procesos

Q136		X		fx		2																									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB				
ESPINOZA DIAZ JESSICA ALICIA																															
3		1	Nunca					9	9 a 21	1	deficiente		1	Nunca		5	5 a 12	1	deficiente		1	Nunca		9	9 a 21	1	DEFICIENTE	23	a 54		
4		2	A veces					18	22 a 33	2	regular		2	A veces		10	13 a 19	2	regular		2	A veces		18	22 a 33	2	Regular	55	a 85		
5		3	Regularmente					27	34 a 45	3	eficiente		3	Regularmente		15	20 a 25	3	eficiente		3	Regularmente		27	34 a 45	3	Eficiente	86	a 115		
6		4	Casi siempre					36				4	Casi siempre		20				4	Casi siempre		36									
7		5	Siempre					45	12			5	Siempre		25				5	Siempre		45	12								
Gestión por Procesos																															
Procesos Estratégicos									Procesos Operativos									Procesos Soporte													
N°	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5	PE6	PE7	PE8	PE9	Estándar	PO10	PO11	PO12	PO13	PO14	Estándar	PS15	PS16	PS17	PS18	PS19	PS20	PS21	PS22	PS23	Estándar	Estándar	P			
12	1	2	2	3	3	2	3	3	5	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	3	4	4	1	4	2	2			
13	2	4	4	3	4	5	4	4	5	4	3	5	5	4	5	5	3	4	5	5	5	4	4	3	5	4	3	3			
14	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	5	5	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	2	3			
15	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	4	3	3	3	2	1	3	1	2	5	3	3	3	2	2	2			
16	5	4	5	4	4	5	4	5	5	5	3	5	5	4	5	4	3	3	5	5	5	4	5	4	5	4	3	3			
17	6	4	4	5	5	5	4	4	5	5	3	5	5	3	3	4	3	3	5	3	3	5	3	3	3	4	2	3			
18	7	3	3	3	3	2	3	2	3	5	2	2	2	1	1	3	1	1	2	1	1	4	3	2	3	3	1	2			
19	8	3	2	4	4	1	2	2	5	4	2	3	4	3	2	2	2	1	1	1	1	4	3	2	2	2	1	2			
20	9	2	2	2	2	3	2	1	2	2	1	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	3	4	4	2	2	1	1			
21	10	4	4	3	4	5	5	4	5	5	3	3	3	4	5	3	2	4	4	4	4	5	4	3	3	4	3	3			
22	11	4	4	3	4	4	3	5	3	4	3	2	4	3	3	4	2	4	3	3	3	3	4	4	2	4	2	2			
23	12	3	4	3	2	3	4	3	4	4	2	3	3	2	4	2	2	2	3	4	3	2	5	4	3	4	2	2			
24	13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2			
25	14	5	4	3	3	3	3	4	4	4	2	3	4	4	3	4	2	3	3	3	3	4	2	3	3	3	2	2			
26	15	5	4	4	4	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	1	1	1	1	1	4	4	3	4	3	2	2			
27	16	3	3	3	3	2	3	2	4	3	2	2	1	3	3	4	2	3	3	2	3	4	2	2	3	3	2	2			
28	17	1	2	3	3	1	2	3	5	3	2	4	2	3	2	3	2	1	1	2	4	2	3	3	4	2	2	2			
29	18	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	3	2	2	2	3	1	1			
30	19	3	4	4	3	5	3	2	3	4	2	2	1	2	2	2	1	4	4	4	5	2	3	3	4	2	2				
31	20	4	1	3	3	3	3	3	3	4	2	4	4	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	2	2			
32	21	4	4	4	3	4	3	3	4	4	2	4	4	3	2	4	2	3	4	2	3	4	2	2	2	2	2	2			
33	22	4	4	4	3	3	3	3	4	3	2	4	4	3	3	4	2	3	3	3	3	5	2	2	3	3	2	2			
34	23	3	4	5	4	4	4	3	3	3	2	2	3	3	4	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2			
35	24	4	4	4	2	3	3	3	2	2	2	4	4	3	2	5	2	4	4	3	3	3	2	2	2	3	2	2			
36	25	4	3	3	4	3	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2	2			
37	26	4	3	3	3	3	2	3	2	3	2	4	3	3	3	3	2	1	1	3	1	2	1	2	3	3	1	1			
38	27	3	2	2	3	2	3	2	3	4	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	4	2	2	2	1	2	1	1			
39	28	3	3	4	4	3	3	4	4	4	2	4	3	3	3	4	2	4	3	2	5	5	1	3	2	4	2	2			
40	29	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	3	2	1	1	1			
41	30	4	3	3	3	4	4	4	2	3	2	4	4	3	2	2	2	4	3	3	3	3	2	1	2	3	2	2			
42	31	3	3	3	3	3	4	3	2	4	2	3	2	2	3	3	2	4	3	2	2	3	2	4	4	3	2	2			
43	32	2	3	2	2	3	4	2	2	3	2	3	4	4	5	4	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	2	2			
44	33	2	2	2	1	1	3	3	2	2	1	4	3	2	2	3	2	4	3	3	2	1	1	2	2	3	1	1			
45	34	3	4	4	4	5	3	3	3	3	2	5	3	4	3	3	2	2	3	4	4	3	1	1	1	3	2	2			
46	35	3	3	3	3	2	2	3	4	3	2	4	3	3	4	5	2	4	5	3	5	3	4	2	3	2	2	2			
47	36	4	4	4	5	5	4	4	5	4	3	3	2	2	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3			
48	37	3	3	2	2	3	3	2	4	3	2	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2			
49	38	3	1	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	2	1	3	4	4	2	1	1	3	3	3	2	2			
50	39	2	2	2	3	2	3	3	4	2	2	3	3	2	1	1	1	4	4	1	1	2	2	3	2	5	2	2			
51	40	3	4	4	4	3	3	4	4	4	2	4	3	3	3	3	2	3	5	3	3	2	2	2	2	3	2	2			
52	41	3	4	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3	4	4	4	2	4	2	1	1	3	4	2	4	4	2	2			
53	42	4	5	5	4	4	4	4	4	5	3	5	5	5	4	5	3	5	4	4	5	5	4	3	5	5	3	3			
54	43	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	2			
55	44	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3			
56	45	4	3	3	4	3	3	3	3	4	2	3	4	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2			
57	46	4	5	5	4	4	3	5	4	4	3	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	3	4	3	3	3	2	3			
58	47	4	4	4	2	2	3	4	3	3	2	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	3	4	3	3	3	2	2			
59	48	2	3	1	3	4	4	1	2	5	2	4	4	2	3	3	2	3	1	4	2	2	2	2	3	5	2	2			
60	49	3	3	4	4	2	3	4	2	3	2	3	4	4	3	4	2	3	3	3	2	4	2	2	4	4	2	2			
61	50	3	3	4	4	4	4	4	4	5	3	4	4	4	5	4	3	4	5	4	4	4	5	4	4	4	3	3			
62	51	4	4	5	4	4	4	4	5	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	5	4	5	4	3	3			
63	52	4	4	4	3	3	3	3	1	4	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	5	4	4	4	3	2	2			
64	53	4	4	5	4	4	4	4	4	5	3	4	4	4	3	5	3	3	4	4	4	5	4	4	4	4	3	3			
65	54	4	4	4	4	3	3	3	3	4	2	4	4	3	3	3	2	4	4	3	3	5	4	3	5	3	3	2			
66	55	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	3	3	4	4	3	2	3	3	3	4	4	3	2	2	3	2	2			
67	56	4	3	4	4	3	4	4	3	4	2	3	4	3	3	2	2	3	4	2	3	2	3	3	3	3	2	2			
68	57	4	3	2	2	3	2	4	3	2	2	4	2	4	3	3	2	3	4	4	5	5	4	3	3	4	3	2			
69	58	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	4	4	4	4	2	4	4	4	3	3	4	4	4	3	2	2			
70	59	4	3	4	3	3	4	2	4	4	2	4	3	4	3	3	2	2	3	3	4	4	3	3	3	3	2	2			
71	60	1	2																												

73	62	3	3	3	2	5	4	4	2	3		2	2	4	3	3	3		2	5	4	3	4	5	4	2	3	4		3		2	
74	63	3	4	2	3	3	3	2	3	2		2	3	3	2	3	2		2	4	2	3	1	1	2	3	4	3		2		2	
75	64	2	2	3	4	2	2	4	4	3		2	1	2	2	1	1		1	4	3	4	3	4	3	3	5	4		2		2	
76	65	4	3	4	2	2	1	2	3	4		2	3	2	3	4	3		2	3	4	5	3	4	3	3	4	3		2		2	
77	66	5	5	3	3	4	3	3	4	5		3	2	2	2	3	3		1	3	3	3	4	4	3	4	3	5		2		2	
78	67	5	3	4	4	4	4	3	2	4		3	4	4	3	3	4		2	2	4	4	3	3	3	3	3		2		2		
79	68	3	4	3	5	5	5	4	4	3		3	3	4	2	3	4		2	3	4	4	3	2	3	2	4	4		2		2	
80	69	3	4	4	5	4	3	4	4	4		3	4	4	3	2	3		2	5	4	3	4	2	3	3	3	4		2		2	
81	70	4	3	4	3	4	3	3	3	3		2	5	4	3	3	3		2	2	4	5	3	2	3	3	3	3		2		2	
82	71	3	3	3	3	3	3	3	3	3		2	3	3	3	3	3		2	3	3	3	3	3	3	3	3	3		2		2	
83	72	5	4	3	3	3	3	4	4	4		2	3	4	4	3	4		2	3	3	3	3	4	2	3	3	3		2		2	
84	73	5	4	4	4	2	2	2	3	3		2	2	3	3	2	2		1	1	1	1	1	4	4	3	4	3		2		2	
85	74	3	3	3	3	2	3	2	4	3		2	2	1	3	3	4		2	3	3	2	3	4	2	2	3	3		2		2	
86	75	1	2	3	3	1	2	3	5	3		2	4	2	3	2	3		2	1	1	2	4	2	3	3	4	2		2		2	
87	76	2	3	3	2	3	3	2	2	3		2	1	1	1	2	2		1	2	2	1	1	3	2	2	2	3		1		1	
88	77	3	3	3	3	3	3	3	3	3		2	3	3	3	3	3		2	3	3	3	3	3	3	3	3	3		2		2	
89	78	5	4	3	3	3	3	4	4	4		2	3	4	4	3	4		2	3	3	3	3	4	2	3	3	3		2		2	
90	79	5	4	4	4	2	2	2	3	3		2	2	3	3	2	2		1	1	1	1	1	4	4	3	4	3		2		2	
91	80	3	3	3	3	2	3	2	4	3		2	2	1	3	3	4		2	3	3	2	3	4	2	2	3	3		2		2	
92	81	1	2	3	3	1	2	3	5	3		2	4	2	3	2	3		2	1	1	2	4	2	3	3	4	2		2		2	
93	82	2	3	3	2	3	3	2	2	3		2	1	1	1	2	2		1	2	2	1	1	3	2	2	2	3		1		1	
94	83	4	3	3	4	3	3	3	3	4		2	2	4	3	3	3		2	1	3	1	2	5	3	3	3	2		2		2	
95	84	4	5	4	4	5	4	5	5	5		3	5	5	4	5	4		3	3	5	5	5	4	5	4	5	4		3		3	
96	85	4	4	5	5	5	4	4	5	5		3	5	5	3	3	4		3	3	5	3	3	5	3	3	3	4		2		3	
97	86	3	3	3	3	2	3	2	3	5		2	2	2	1	1	3		1	1	2	1	1	4	3	2	3	3		1		2	
98	87	3	2	4	4	1	2	2	5	4		2	3	4	3	2	2		2	1	1	1	1	4	3	2	2	2		1		2	
99	88	2	2	2	2	3	2	1	2	2		1	2	2	3	2	1		1	1	1	1	3	4	4	2	2	2		1		1	
100	89	4	4	3	4	5	5	4	5	5		3	3	3	4	5	3		2	4	4	4	4	5	4	3	3	4		3		3	
101	90	3	3	3	2	5	4	4	2	3		2	2	4	3	3	3		2	5	4	3	4	5	4	2	3	4		3		2	
102	91	3	4	2	3	3	2	3	3	2		2	3	3	2	3	2		2	4	2	3	1	1	2	3	4	3		2		2	
103	92	2	2	3	4	2	2	4	4	3		2	1	2	2	1	1		1	4	3	4	3	4	3	5	4		2		2		
104	93	4	3	4	2	2	1	2	3	4		2	3	2	3	4	3		2	3	4	5	3	4	3	3	4	3		2		2	
105	94	5	5	3	3	4	3	3	4	5		3	2	2	2	3	3		1	3	3	3	4	4	3	4	3	5		2		2	
106	95	5	3	4	4	4	4	3	2	4		2	4	4	3	3	4		2	2	4	4	3	3	3	3	3		2		2		
107	96	3	4	3	5	5	5	4	4	3		3	3	4	2	3	4		2	3	4	4	3	2	3	2	4	4		2		2	
108	97	3	4	4	5	4	3	4	4	4		3	4	4	3	2	3		2	5	4	3	4	2	3	3	3	4		2		2	
109	98	4	3	4	3	4	3	3	3	3		2	5	4	3	3	3		2	2	4	5	3	2	3	3	3		2		2		
110	99	3	3	3	3	3	3	3	3	3		2	3	3	3	3	3		2	3	3	3	3	3	3	3	3		2		2		
111	100	5	4	3	3	3	3	4	4	4		2	3	4	4	3	4		2	3	3	3	3	4	2	3	3		2		2		
112	101	5	4	4	4	2	2	2	3	3		2	2	3	3	2	2		1	1	1	1	1	4	4	3	4	3		2		2	
113	102	2	2	3	3	2	3	3	5	3		2	2	2	2	2	1		1	1	2	2	1	3	4	4	1	4		2		2	
114	103	2	2	2	3	2	3	3	4	2		2	3	3	2	1	1		1	4	4	1	1	2	2	3	2	5		2		2	
115	104	3	4	4	4	3	3	4	4	4		2	4	3	3	3	3		2	3	5	3	3	2	2	2	2	3		2		2	
116	105	3	4	2	2	3	3	2	2	3		2	3	3	4	4	4		2	4	2	1	1	3	2	2	4	4		2		2	
117	106	2	3	3	2	3	3	2	2	3		2	1	1	1	2	2		1	2	2	1	1	3	2	2	2	3		1		1	
118	107	3	4	4	3	5	3	2	3	4		2	2	1	2	2	2		1	4	4	4	5	2	3	3	4	2		1		1	
119	108	3	2	2	3	2	3	2	3	4		2	2	1	1	2	1		1	2	2	2	4	2	2	2	1	2		2		1	
120	109	3	3	4	4	3	3	4	4	4		2	4	3	3	3	4		2	2	3	2	5	5	1	3	2	4		2		2	
121	110	5	4	3	3	3	3	4	4	4		2	3	4	4	3	4		2	3	3	3	3	4	2	3	3	3		2		2	
122	111	5	4	4	4	2	2	2	3	3		2	2	3	3	2	2		1	1	1	1	1	4	4	3	4	3		2		2	
123	112	3	3	3	3	2	3	2	4	3		2	2	1	3	3	4		2	3	3	2	3	4	2	2	3	3		2		2	
124	113	1	2	3	3	1	2	3	5	3		2	4	2	3	2	3		2	1	1	2	4	2	3	3	4	2		2		2	
125	114	5	3	4	4	4	4	3	2	4		2	4	4	3	3	4		2	2	4	4	3	3	3	3	3		2		2		2
126	115	3	4	3	5	5	5	4	4	3		3	3	4	2	3	4		2	3	4	4	3	2	3	2	4	4		2		2	
127	116	3	4	4	5	4	3	4	4	4		3	4	4	3	2	3		2	5	4	3	4	2	3	3	3	4		2		2	
128	117	4	3	4	3	4	3	3	3	3		2	5	4	3	3	3		2	2	4	5	3	2	3	3	3	3		2		2	
129	118	4	3	3	3	4	4	4	2	3		2	4	4	3	2	2		2	4	3	3	3	3	2	1	2	3		2		2	
130	119	3	3	3	3	3	4	3	2	4		2	3	2	2	3	3		2	4	3	2	2	3	2	4	4	3		2		2	
131	120	2	3	2	2	3	4	2	2	3		2	3	4	4	5	4		3	2	3	2	3	3	2	2	2	3		2		2	
132	121	2	2	2	1	1	3	3	2	2		1	4	3	2	2	3		2	4	3	3	2	1	1	2	2	3		1		1	
133	122	3	4	4	4	5	3	3	3	3		2	5	3	4	3	3		2	2	3	4	4	3	1	1	1	3		2		2	
134	123	3	3	3	3	2	2	3	4	3		2	4	3	3	4	5		2	4	5	3	5	3	4	2	3	2		2		2	
135	124	4	4	4	5	5	4	4	5	4		3	3	2	2	3</																	

Evidencias de análisis estadísticos Base de datos de Gestión de la Calidad

AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV				
1	Nunca	4	4 a 3	1	Malo	1	Nunca	3	3 a 7	1	Malo	1	Nunca	3	3 a 7	1	Nunca	2	2 a 5	1	Malo	12	12 a 28
2	A veces	6	10 a 14	2	Regular	2	A veces	6	8 a 11	2	Regular	2	A veces	6	8 a 11	2	A veces	4	6 a 8	2	Regular	24	23 a 44
3	Regulamente	12	15 a 20	3	Bueno	3	Regulamente	9	12 a 15	3	Bueno	3	Regulamente	12	15 a 20	3	Regulamente	9	9 a 10	3	Bueno	36	45 a 60
4	Casi siempre	16				4	Casi siempre	12		4	Casi siempre	12		4	Casi Siempre	8						48	
5	Siempre	20	5.33			5	Siempre	15	4		5	Siempre	15	4	5 Siempre	10	2.66					60	
Gestión de la Calidad																							
Planificación		Hacer					Verificar					Actuar											
P1	P2	P3	P4	Estándar	H5	H6	H7	Estándar	V8	V9	P10	Estándar	A11	A12	Estándar	Estándar							
2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	PE1					
5	4	4	5	3	3	4	4	5	3	3	3	3	2	3	2	3	2	PE2					
3	3	3	3	3	2	3	4	4	4	2	3	3	3	2	3	3	2	PE3					
3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	PE4					
4	4	3	5	3	3	3	4	4	2	3	3	3	2	4	3	2	2	PE5					
5	5	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	2	3	PE6					
2	2	3	2	1	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	2	1	1	PE7					
2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	PE8					
5	4	3	3	3	3	3	3	4	2	4	3	2	2	3	2	2	2	PE9					
4	3	1	3	2	3	3	5	2	2	3	4	3	2	4	2	2	2	PE10					
3	3	2	4	2	3	3	2	2	2	2	3	4	2	2	3	2	2	PE11					
3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	PE12					
3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	PE13					
4	4	3	4	3	4	3	2	2	2	4	3	2	2	3	2	3	2	PE14					
3	3	3	4	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	PE15					
3	2	2	3	2	2	2	2	3	1	3	3	2	2	3	2	2	2	PE16					
2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	PE17					
4	4	2	2	2	2	2	1	2	1	3	3	2	2	2	2	2	2	PE18					
3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	PE19					
3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	4	4	2	2	2	2	2	2	PE20					
3	3	3	3	3	2	4	4	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	PE21					
3	3	4	2	1	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	1	1	PE22					
3	2	2	2	3	2	2	2	1	1	2	3	2	1	3	2	2	1	PE23					
4	4	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	4	3	2	2	PE24					
2	2	2	2	1	2	2	3	2	1	2	2	3	1	2	1	2	1	PE25					
5	5	4	4	4	3	4	4	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	PE26					
4	4	3	3	3	2	3	4	2	4	4	4	3	4	3	4	3	2	PE27					
2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	PE28					
3	3	4	4	4	2	3	3	4	2	3	4	3	2	3	2	3	2	PE29					
3	3	3	4	4	2	2	2	3	1	3	3	3	2	3	2	3	2	PE30					
4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	PE31					
2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	PE32					
4	4	4	4	4	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	PE33					
3	3	3	3	3	2	3	3	2	1	4	4	3	2	4	3	2	2	PE34					
2	2	3	2	2	2	2	2	1	1	5	2	2	1	4	2	2	2	PE35					
4	4	4	3	3	2	4	4	4	3	2	4	2	4	3	2	4	3	PE36					
3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	PE37					
2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	4	5	3	2	2	2	2	1	PE38					
4	4	2	4	3	2	3	4	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	PE39					
1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	PE40					
3	3	4	5	4	3	3	3	2	5	5	3	2	3	3	4	2	3	PE41					
4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	5	4	3	5	4	3	5	4	PE42					
3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	PE43					
4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	5	4	3	5	4	3	5	4	PE44					
3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	PE45					
4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	4	4	3	2	5	5	3	3	PE46					
3	3	3	3	3	2	3	3	2	4	4	3	2	4	4	3	2	2	PE47					
4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	4	4	3	2	5	5	3	3	PE48					
3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	PE49					
2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	PE50					
4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	4	4	3	2	5	5	3	3	PE51					
3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	PE52					
4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	4	4	3	2	5	5	3	3	PE53					
3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	PE54					
2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	PE55					
4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	4	4	3	2	5	5	3	3	PE56					
3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	PE57					
2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	PE58					
4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	4	4	3	2	5	5	3	3	PE59					
3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	PE60					
2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	PE61					
4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	4	4	3	2	5	5	3	3	PE62					
3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	PE63					
2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	PE64					
4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	4	4	3	2	5	5	3	3	PE65					
3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	PE66					
2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	PE67					
4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	4	4	3	2	5	5	3	3						

AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW
4	4	3	3	2	4	4	4	3	3	2	4	2	4	3	2	2				
3	3	3	3	2	2	2	2	1	4	4	3	2	2	3	1	2				
2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	4	3	2	2				
2	1	1	1	1	1	2	1	1	4	5	3	3	2	2	1	1				
4	2	4	3	2	3	4	3	2	3	2	2	2	3	2	1	2				
1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1				
3	3	4	4	2	2	2	3	1	3	3	3	2	3	3	2	2				
4	4	4	4	3	3	4	4	2	4	4	3	2	5	5	3	3				
3	3	3	4	2	3	3	3	2	3	4	3	2	5	5	3	2				
4	4	5	5	3	4	4	5	3	4	4	4	3	3	3	2	3				

ANEXOS 9

PRUEBA DE NORMALIDAD

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Gestión_por_Procesos	,409	132	,000
Gestión_de_la_Calidad	,314	132	,000

Fuente: *Elaboración propia con base en la encuesta aplicada*

$p = 0,000 < 0,05$ los datos no se distribuyen normalmente

Anexo 10

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra.

Z= Nivel de confianza deseado 95%

p = Proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q = Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e = Nivel de error dispuesto a cometer 19 N = Tamaño de la población

Cálculo del tamaño de muestra

	Introducir valores:
Nivel de confianza deseado (Z) =	95%
	(ingrese número entre 90% y 99%)
Tamaño del universo (N) =	200
Proporción de población (p) =	0.5
Error deseado (e) = +/-	5%
	Resultado:
Muestra (n)=	132

Fuente: *Elaboración propia*