

INSTITUTO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO DEL EJÉRCITO
ESCUELA DE POST GRADO
“GRAL DIV EDGARDO MERCADO JARRIN”



TESIS

**“Gestión hospitalaria y la calidad de atención en el
servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del
Ejercito – Lima 2018”**

Para optar el Grado Académico de:

DOCTOR

Presentado por:

Mag. Jorge Luis ARANCIBIA ALVARADO.

Asesor:

Dr. Juan Godoy Caso

Lima-Perú, 2018

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado a los señores docentes del Instituto Científico y Tecnológico del Ejército, por su gran apoyo y sustento para culminar con éxito esta fase de mi educación.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, hermanas e hijas, quienes me apoyaron incondicionalmente para el logro de mis objetivos.

ÍNDICE

TITULO: “Gestión hospitalaria y su relación con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército”

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
INDICE DE TABLAS	vii
INDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRAC	xii
INTRODUCCION	xiv
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	
1.1 Descripción de la realidad problemática.	1
1.2 Formulación del problema.	2
1.2.1 Problema principal	2
1.2.2 Problemas secundarios	2
1.3 Objetivos.	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación e Importancia de la investigación	4
1.4.1 Justificación Teórica	4
1.4.2 Justificación Práctica	4
1.4.3 Justificación Metodológica	4
1.4.4 Importancia de la investigación	5
1.5 Delimitación de la investigación	5
1.5.1 Delimitación Espacial	5

1.5.2	Delimitación Temporal	5
1.5.3	Delimitación Social	5
1.5.4	Delimitación Conceptual	6
1.6	Limitaciones	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO		
2.1	Antecedentes.	7
2.1.1	Antecedentes Internacionales	7
2.1.2	Antecedentes Nacionales	11
2.2	Marco Filosófico	17
2.3	Bases teóricas o teoría sustantiva.	26
2.4	Glosario de términos.	45
2.5	Formulación de las hipótesis	47
2.5.1	Hipótesis Principal	47
2.5.2	Hipótesis Específicas	47
2.6	Identificación y clasificación de las variables	48
2.7	Operacionalización de las variables	50
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		
3.1	Tipo y diseño de la investigación	52
3.2	Población y muestra	54
3.2.1	Población	54
3.2.2	Muestra	54
3.3	Técnicas e instrumentos de Recolección de datos.	56
3.4	Procesamiento de los datos	61
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACION RESULTADOS		
4.1	Presentación, análisis e interpretación de Resultados.	63

4.2	Contrastación de hipótesis.	96
4.3	Discusión de los resultados.	100
	CONCLUSIONES	104
	RECOMENDACIONES	108
	REFERENCIAS	110
	ANEXOS	
01	Matriz de Consistencia.	113
02	Instrumentos de recolección de datos.	118
03	Declaración Jurada de Autenticidad y No Plagio	124
04	Autorización para Tesis en el Repositorio del ICTE.	126
05	Validez y confiabilidad de los Instrumentos	129

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	54
Tabla N° 2	56
Tabla N° 3	60
Tabla N° 4	61
Tabla N° 5	62
Tabla N° 6	63
Tabla N° 7	65
Tabla N° 8	66
Tabla N° 9	67
Tabla N° 10	69
Tabla N° 11	71
Tabla N° 12	72
Tabla N° 13	73
Tabla N° 14	75
Tabla N° 15	77
Tabla N° 16	78
Tabla N° 17	79
Tabla N° 18	81
Tabla N° 19	83
Tabla N° 20	84
Tabla N° 21	86
Tabla N° 22	88
Tabla N° 23	89
Tabla N° 24	91
Tabla N° 25	92
Tabla N° 26	94
Tabla N° 27	95
Tabla N° 28	97
Tabla N° 29	97
Tabla N° 30	98
Tabla N° 31	98
Tabla N° 32	99
Tabla N° 33	99

INDICE DE FIGURAS

Figura N° 1	63
Figura N° 2	64
Figura N° 3	66
Figura N° 4	69
Figura N° 5	70
Figura N° 6	72
Figura N° 7	75
Figura N° 8	76
Figura N° 9	78
Figura N° 10	81
Figura N° 11	82
Figura N° 12	84
Figura N° 13	86
Figura N° 14	87
Figura N° 15	89
Figura N° 16	90
Figura N° 17	92
Figura N° 18	93

RESUMEN

En la presente investigación se desarrollaron aspectos importantes para conocer el objetivo de la investigación que es determinar como la gestión hospitalaria se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército; desde luego el estudio fue una investigación que busco presentar las estrategias necesarias para poder determinar de qué manera las estrategias de transformación, la gestión de unidades de apoyo y la gestión presupuestaria y financiamiento se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del Sistema nacional de Salud y asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias y expectativas de la población; el objetivo de esta regulación es que se disponga de un marco conceptual y operativo que defina la forma de regular la gestión hospitalaria por el Estado, a fin de contribuir a mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención a través de una gestión que genere condiciones para el desarrollo eficiente y seguro de los procesos clínicos y administrativos.

En ese orden de ideas el Hospital Militar Central del Ejército, se constituye en una organización que produce servicios de salud en el que se desarrollan procesos múltiples y complejos, sumado a la problemática que atraviesan actualmente los hospitales en el Perú, igualmente compleja, y a las importantes deficiencias que se procesan en la gestión de estos establecimientos de salud, se hace necesario generar acciones para fortalecer y mejorar estructuras y procesos gerenciales hospitalarios, con énfasis en el proceso de toma de decisiones y mejoras continuas de calidad.

Con la finalidad de uniformar criterios para la gestión en los hospitales y que en un determinado momento se encadena con la calidad de la atención es que se

parte de un análisis de la situación y ha desarrollado un Modelo de Gestión sobre la base de Lineamientos de Gestión Hospitalaria, definiendo un enfoque de descripción en una dimensión de tres niveles de gestión, Macro gestión, Meso gestión y Micro gestión hospitalaria, con el fin de tener coherencia integralidad y mayor impacto en las intervenciones.

En el marco de esos 03 niveles, el Modelo de Gestión Hospitalaria se define en 10 componentes, que vienen a ser las líneas de intervención necesarias para modificar los procesos de gestión en el hospital, y que, al parecer en el caso del Hospital Militar Central del Ejército, se ha quedado estancado.

La finalidad de la creación de un modelo técnico de gestión hospitalaria es la de contribuir a mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención a través de una gestión que genere condiciones para el desarrollo eficiente y seguro de los procesos clínicos y administrativos.

Palabras clave: Gestión hospitalaria, la calidad de atención, estrategias de transformación, la gestión de unidades de apoyo y la gestión presupuestaria y financiamiento.

ABSTRACT

In the present investigation be developed important aspects to know the objective of the investigation that is to determine how the Hospital Management is related to the quality of attention in the emergency service in the Army Central Military Hospital; of course the study was a research that sought to present the necessary strategies to determine how transformation strategies, the management of support units and budget management and financing is related to the quality of care in the emergency service in the Army Central Military Hospital.

The Ministry of Health has the non-delegable responsibility of guiding the development of the National Health System and ensuring its effective performance to respond to the health needs and expectations of the population; The goal of this regulation is to have a conceptual and operational framework that defines the way to regulate hospital management by the State, in order to help improve the quality of care in health facilities of the second and third level of care through a management that generates conditions for the efficient and safe development of clinical and administrative processes.

In that order of ideas, the Army Central Military Hospital, is constituted in an organization that produces health services in which multiple and complex processes are developed, in addition to the problems that hospitals in Peru are currently facing, which is also complex, and important deficiencies that are processed in the management of these health facilities, it is necessary to generate actions to strengthen and improve hospital management structures and processes, with emphasis on the decision-making process and continuous improvements in quality.

In order to standardize criteria for management in hospitals and that at a certain moment is linked to the quality of care, it is based on an analysis of the situation and has developed a Management Model based on Management Guidelines. Hospital, defining a description approach in a dimension of three levels of

management, Macro management, Meso management and Micro hospital management, in order to have comprehensive coherence and greater impact on interventions.

Within the framework of these 03 levels, the Hospital Management Model is defined in 10 components, which become the lines of intervention necessary to modify the management processes in the hospital, and which apparently in the case of the Central Military Hospital of the Hospital. Army, it has remained stagnant.

The purpose of the creation of a technical model of hospital management is to contribute to improving the quality of care in health facilities of the second and third level of care through a management that generates conditions for the efficient and safe development of health services. Clinical and administrative processes.

Keywords: Hospital management, quality of care, transformation strategies, management of support units and budget management and financing.

INTRODUCCION

En la tesis de investigación se emplearon aspectos importantes sobre la Gestión hospitalaria y la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Para lo cual se ejecutó las variables (gestión hospitalaria y la calidad de atención), los mismos que se desarrollaron con el apoyo de especialistas en la problemática, los cuales la realizaron de forma clara y coherente en todos estos aspectos.

De igual modo, la investigación se dividió en cuatro capítulos, los mismos que a continuación se detallan:

En el primer capítulo, titulado Planteamiento del Problema, el mismo que abarcó desde la definición del problema, punto donde se describió la realidad problemática, delimitación de la investigación, problema principal que dice ¿En qué medida la Gestión hospitalaria se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército? y los específicos que indican: ¿En qué medida las estrategias de transformación se relacionan con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército? , ¿En qué medida la Gestión de unidades de apoyo se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército? y ¿En qué medida la Gestión presupuestaria y financiamiento se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército?, justificación, limitación y por último, el objetivos general que indica: Determinar como la Gestión hospitalaria se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército y específicos que indican: Determinar la relación entre las estrategias de transformación con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército. Determinar la relación entre la gestión de unidades de apoyo con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército y determinar la relacione entre la Gestión presupuestaria y financiamiento con

la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Luego en el Segundo capítulo: Marco Teórico, estuvo conformado por los antecedentes, bases teóricas relacionados con la investigación donde se desarrolló con la ayuda de especialistas las dos variables: Gestión hospitalaria y la calidad de atención; también se definieron los términos; asimismo abarcó la hipótesis principal y específicas, así como las variables e indicadores.

Mientras que en el Tercer capítulo: Método, estuvo conformado por el tipo y diseño de investigación, población y muestra, así como las técnicas y el plan de procesamiento de la información.

Por último, en el Cuarto capítulo: Resultado y Discusión, está conformado por los Resultados donde se realizaron las tablas y gráficos con sus respectivas interpretaciones de cada una de las interrogantes, asimismo se realizó la discusión de los resultados.

Finalmente, están las Conclusiones, Recomendaciones, las Referencias Bibliográficas y los anexos correspondientes.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El Ministerio de Salud según estipula la Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud, es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural

El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del Sistema nacional de Salud y asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias y expectativas de la población; el objetivo de esta regulación es que se disponga de un marco conceptual y operativo que defina la forma de regular la gestión hospitalaria por el Estado, a fin de contribuir a mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención a través de una gestión que genere condiciones para el desarrollo eficiente y seguro de los procesos clínicos y administrativos.

En ese orden de ideas el Hospital Militar Central del Ejército, se constituye en una organización que produce servicios de salud en el que se desarrollan procesos múltiples y complejos, sumado a la problemática que atraviesan actualmente los hospitales en el Perú, igualmente compleja, y a las importantes deficiencias que se procesan en la gestión de estos establecimientos de salud, se hace necesario generar acciones para fortalecer y mejorar estructuras y procesos gerenciales hospitalarios, con énfasis en el proceso de toma de decisiones y mejoras continuas de calidad.

Con la finalidad de uniformar criterios para la gestión en los hospitales y que en un determinado momento se encadena con la calidad de la

atención es que se parte de un análisis de la situación y ha desarrollado un Modelo de Gestión sobre la base de Lineamientos de Gestión Hospitalaria, definiendo un enfoque de descripción en una dimensión de tres niveles de gestión, Macro gestión, Meso gestión y Micro gestión hospitalaria, con el fin de tener coherencia integralidad y mayor impacto en las intervenciones.

En el marco de esos 03 niveles, el Modelo de Gestión Hospitalaria se define en 10 componentes, que vienen a ser las líneas de intervención necesarias para modificar los procesos de gestión en el hospital, y que, al parecer en el caso del Hospital Militar Central del Ejército, se ha quedado estancado.

La finalidad de la creación de un modelo técnico de gestión hospitalaria es la de contribuir a mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención a través de una gestión que genere condiciones para el desarrollo eficiente y seguro de los procesos clínicos y administrativos.

De este modo, se plantea la siguiente interrogante: ¿En qué medida la gestión hospitalaria se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema Principal

¿De qué manera la gestión hospitalaria se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército?

1.2.2 Problema Secundarios

- a. ¿De qué manera las estrategias de transformación se relacionan con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército?
- b. ¿De qué manera la gestión de unidades de apoyo se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército?
- c. ¿De qué manera la gestión presupuestaria y financiamiento se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la Gestión hospitalaria y la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a. Determinar la relación entre las estrategias de transformación y la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.
- b. Determinar la relación entre la gestión de unidades de apoyo y la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.
- c. Determinar la relación entre la gestión presupuestaria y financiamiento con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Desde el punto de vista Teórico

La investigación propuesta mediante la aplicación de conceptos y dentro del ámbito de la gestión hospitalaria, busco encontrar explicaciones para contribuir con calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército. Por ello se hizo necesario desarrollar un marco teórico y conceptual revisando el material bibliográfico existente, contrastando las diversas corriente y posiciones, y a partir de ella comprobar su validez.

1.4.2 Desde el punto de vista práctico

De acuerdo con los objetivos de estudio, la investigación nos permitió determinar como la Gestión hospitalaria se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército, lo cual nos permitió proponer soluciones concretas al problema; es, por tanto, que esta investigación viene a representar una oportunidad importante para la institución.

1.4.3 Desde el punto de vista Metodológico

La presente investigación se realizó teniendo en cuenta los lineamientos del proceso de investigación científica la cual incluyo el planteamiento de interrogantes y objetivos, a fin de establecer un conocimiento probable acerca del desarrollo de la gestión hospitalaria; así mismo, la presente investigación tuvo un valor científico porque tomó en cuenta la observación como punto de partida para solución del problema, lo que permitió proponer hipótesis para corroborar la existencia del problema enunciado.

1.4.4 Importancia

El análisis de la situación de salud fue una herramienta fundamental para la planificación y la gestión de los servicios de salud, para la priorización de los principales problemas, así como para la definición de estrategias institucionales que vulneren estos daños priorizados.

Su importancia fue indudable dentro del Hospital Militar Central de Lima, pues necesitan estar dirigidos y gestionados en forma efectiva. La escasez o falencia de recursos, oblige a los responsables a dirigirlos y gestionarlos en forma eficaz y eficiente, es decir al cumplimiento de las funciones, actividades, metas, objetivos y misión encargada tal como establece Terry (1990).

La gestión administrativa efectiva permite planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar los recursos humanos, materiales y financieros para el desarrollo de los servicios de salud; tal como deja entrever Koontz & O'Donnell (2003).

1.5 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

1.5.1 Delimitación Espacial

El presente estudio se realizó en el Hospital Militar Central – Emergencias.

1.5.2 Delimitación Temporal

El presente estudio se realizó entre los meses de agosto a diciembre de 2018.

1.5.3 Delimitación Social

La población en estudio estuvo conformada por el personal médico, técnico, administrativo y los pacientes de emergencias del Hospital Militar Central.

1.5.4 Delimitación Conceptual

La delimitación conceptual estuvo dada por las variables Gestión Hospitalaria y la calidad de servicio de la atención.

1.6 Limitaciones

1.6.1 Limitación de tiempo

Dentro de las limitaciones de tiempo, determinamos que el tiempo disponible no fue el suficiente sin embargo se hizo los reajustes necesarios para cumplir con los plazos establecidos.

1.6.2 Limitaciones de acceso a la información

Dentro de las limitaciones de acceso a la información, observamos que existen pocas bibliotecas con libros referentes al tema de investigación.

Otra de las limitaciones de acceso a la información, no encontramos mayormente bibliografía virtual.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Internacionales

Silva (2013): *“Aplicación de gestión por procesos, como herramienta de apoyo al mejoramiento del hospital Dr. Eduardo Pereira”* tesis de investigación en la Universidad de Chile nos indica, El presente trabajo tiene por objetivo apoyar el desarrollo organizacional del hospital Dr. Eduardo Pereira, aplicando la gestión por procesos, y así aportar una visión y herramientas con las que se puede tomar decisiones eficientes y orientadas a la satisfacción de los clientes, generando valor y ventajas comparativas en el tiempo para esta institución.

Para ello se aplica una metodología que identifica los procesos generales del hospital, generando una herramienta visual que refleja su quehacer organizacional. Posteriormente, basándose en los objetivos estratégicos institucionales; se identificaron los procesos claves dentro de los cuales se seleccionó un grupo para ser profundizados y extraer propuestas de mejora para su gestión. Todo lo anterior fue desarrollado, en base a técnicas propias de la gestión por procesos.

A partir del trabajo con el hospital, se logró obtener el mapa de procesos generales, reflejando la realidad institucional. También se obtuvo la identificación de procesos claves en base a las líneas estratégicas y la exploración de los procesos claves que fueron priorizados, extrayendo una serie de propuestas de mejora para la gestión interna.

Con dicho trabajo, el hospital logra identificar sus procesos como primer paso en el camino de mejoramiento continuo y excelencia en la gestión. La metodología planteada, es un aporte para identificar potenciales de mejora a fin de conseguir los objetivos estratégicos.

Dentro de los trabajos futuros se propone que la metodología puede ser aplicada en otras instituciones de salud, que deseen ir tras la consecución de sus objetivos estratégicos basándose en la gestión por procesos.

García (2007): *“Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales”* trabajo de investigación de la Universidad de Cádiz, indica que, como consecuencia de nuestra participación en diferentes proyectos de investigación relacionados con modelos de acreditación sanitarios, decidimos continuar nuestras investigaciones en esta línea, presentando la tesis denominada *“Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales”*.

La misma, está estructurada en los apartados convencionales que cualquier trabajo de investigación debe contener, es decir, introducción y justificación, hipótesis y objetivos, análisis teórico, método, resultados, discusión y conclusiones. Finalmente, hemos adjuntado el apartado de bibliografía y diferentes anexos que posteriormente comentaremos.

En la introducción se pone de manifiesto las razones que llevaron inicialmente a la primera formulación histórica sobre criterios de acreditación de hospitales y que no fue otra, que la de regular la práctica en un sector que, como el sanitario, estaba en proceso de expansión y necesitaba mecanismos que garantizaran altos niveles de calidad en la atención a los pacientes. Además, en la misma se argumenta como la puesta en marcha de un sistema estatal de acreditación de hospitales en España representaría, sin lugar a dudas, un procedimiento muy efectivo para la mejora de la calidad asistencial ofrecida a la población, razón suficientemente importante por sí sola como para justificar su implantación y desarrollo.

Basándonos en las afirmaciones realizadas en el apartado anterior, fijamos como objetivo general de este trabajo el de diseñar una

herramienta en base a indicadores de calidad que permitiera la evaluación de la calidad total en los servicios hospitalarios. Para ello, y en el apartado de método, se describe cómo fueron priorizados y confeccionados los indicadores de calidad que componen el modelo y como fue utilizada la estructura de nueve criterios que propone la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (European Foundation for Quality Management).

Posteriormente, en el apartado de marco teórico se analizan los contenidos teóricos de los principales modelos de evaluación o acreditación aplicables al sector salud: modelo de la EFQM, modelo de acreditación de la JCIA/JCAHO, el modelo de acreditación / certificación mediante las normas UNE-EN-ISO 9000:2000, el modelo de acreditación del Canadian Council on Health Services Accreditation CCHSA, el modelo de acreditación del Health Quality Service y el programa de acreditación de centros de la agencia de calidad sanitaria de la Consejería de Salud de Andalucía.

En el apartado de resultado, reflejamos los datos de los diferentes indicadores de calidad que propone el modelo. De los indicadores que con carácter general son medidos en los hospitales andaluces presentamos los datos para el conjunto de la Comunidad autónoma. En los casos de indicadores que no son medidos de manera sistemática en los centros, se presentan los datos referidos a los cinco hospitales de la provincia de Cádiz.

En el apartado de discusión, se pone de manifiesto que el modelo de la EFQM es un marco de trabajo oportuno y válido ya que las experiencias nacionales e internacionales de su utilización en el sector sanitario así lo avalan. La concordancia, de todas las propuestas revisadas y citadas en esta discusión, con nuestro modelo de indicadores para medir la calidad, nos hace pensar que presentamos una herramienta válida, factible y operativa. Además, la inclusión de indicadores de liderazgo, de

planificación estratégica, gestión de procesos, satisfacción de profesionales e impacto en la sociedad representa una propuesta novedosa que aporta nuevos enfoques a la hora de transitar por el camino de la mejora de la calidad en los hospitales. Por último, tras el apartado de bibliografía, se presentan diferentes anexos que hacen referencia a cuadros resumen de la estructura de los principales modelos de evaluación o acreditación tanto nacional como internacional.

En encuadernación separada, se presenta el compendio de indicadores para medir la calidad asistencial en hospitales.

Mejía y Amaya (2011): *“Evaluación de calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe en el período de abril a junio 2011.”* En la Universidad de el Salvador, La presente investigación trata sobre, la evaluación de la calidad de la atención en el servicio de emergencia del Hospital nacional de Nueva Guadalupe en el periodo abril a junio 2011, con este se pretende Analizar la capacidad instalada para brindar servicios del área de emergencia del Hospital, así como Valorar el proceso de la calidad de la atención de los servicios que brinda y determinar la eficacia de los servicios de emergencia del nosocomio.

Se realizó un estudio de carácter descriptivo, evaluativo porque el objetivo es evaluar la calidad de atención a partir de la percepción que los usuarios tienen de la atención brindada en la Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, evaluando la estructura, los procesos y los resultados obtenidos cada vez que solicitan atención médica. Simultáneamente se evaluó la percepción de los empleados como prestadores y usuarios del sistema.

Se entrevistó a 80 pacientes que consultaron la emergencia del hospital y a sus familiares y los 28 trabajadores del área de emergencia en horarios diurnos, nocturnos y fines de semana.

Al analizar las encuestas se pudo determinar que la unidad de emergencia del Hospital de Nueva Guadalupe, no cuenta con la capacidad instalada para brindar atención de calidad, pero sus servicios son accesibles a la población.

En relación a la calidad técnica existe un cumplimiento de los protocolos y guías de manejo, en un buen porcentaje de pacientes, lo que hace que consulten constantemente.

La dimensión de la continuidad de los servicios brindados, se ha visto alterada por las relaciones interpersonales no apropiadas de los trabajadores lo que se dificulta en la atención.

Los usuarios internos y externos expresan que la infraestructura es mala y la demora de tiempo de espera de los usuarios, es mayor para recibir la atención del médico y el complemento de los tratamientos, lo que genera muchas veces abandono y atraso en el proceso asistencial. Por lo que se realizan recomendaciones al MINSAL y a autoridades del Hospital Nacional Nueva Guadalupe, así como una propuesta de mejora la cual consiste en Mejorar los servicios de atención en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, enfocado en la capacitación al personal de salud para la mejora de las relaciones interpersonales y de los procesos de atención lo que favorecerá la atención de calidad del hospital en mención hacia la población a la cual atienden.

2.1.2 Nacionales

Ore (2017): *“Gestión y desempeño en un hospital de ESSALUD, Cañete, Lima, 2017”*, para optar el grado de Magister en Gestión Pública en la Universidad del Pacífico, el objetivo de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre la variable prácticas de gestión de la calidad y la variable desempeño organizacional en el Hospital Essalud de Cañete. Se diseñó una investigación no experimental y transversal. La muestra estuvo constituida por 33 médicos y 10 directivos del hospital a quienes se aplicó una encuesta para medir las dos variables de

estudio: prácticas de gestión de la calidad en sus dimensiones liderazgo, planificación estratégica, orientación hacia el paciente y la salud pública, información y análisis, orientación a los recursos humanos y la dimensión gestión de procesos, así como la variable desempeño organizacional del hospital en sus dimensiones: resultados del desempeño, eficiencia y efectividad, continuidad, y empleo de recursos. Cada una de las dimensiones que es resultado de la suma de las puntuaciones de varios ítems ha sido calificada en una escala de tres categorías: mala, regular y buena.

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

médicos y directivos. Muy pocos la califican como de buen desempeño (9,3%). La percepción de médicos y directivos de la variable desempeño organizacional es proporcionalmente casi similar en las tres calificaciones, mala regular y buena, predominando la calificación de regular seguida de mala y buena.

Estos resultados se explicarían por las bajas competencias o perfil para el cargo, registradas por los médicos y directivos del hospital sobre sus gestores, ya que se analizaron variables de gestión pública como son: liderazgo, planificación estratégica, orientación hacia el paciente y la salud pública, información y análisis, orientación a los recursos humanos y gestión de procesos. El desempeño organizacional global del Hospital EsSalud Cañete fue calificado como de nivel regular y malo (90%), según percepción de los médicos y directivos al analizar las variables: resultado del desempeño, eficiencia y efectividad, continuidad de los procesos, y empleo de recursos; ello se explicaría por la escasez de recursos e insumos para cubrir la atención en salud de la población asegurada asignada al Hospital Essalud Cañete, que ocasionaría conflictos entre la población demandante de salud y los médicos que dan la cara a diario en la atención de los pacientes. Asimismo, la escasez de recursos e insumos médicos traban los procesos, el flujo y la calidad de atención hospitalaria. “Que la sección Quejas del hospital no puede solucionar”. Se concluye que en la dimensión liderazgo en la gestión existe una percepción de los directivos calificada como regular en el 80% y por los médicos 66,7 %, y como mala es calificada entre el 18% y el 20%, respectivamente.

En la práctica, estos niveles se reflejan en las escasas estrategias operacionales de dirección orientadas a priorizar la atención al paciente, a pesar de ser el discurso o lenguaje frecuente: la atención de salud enfocada a los pacientes, empleado con frecuencia en diversos eventos del hospital; no se espera que la práctica actual en la dimensión liderazgo en la gestión hospitalaria tenga un impacto más significativo en

el desempeño de la organización hospitalaria. Por lo que se recomienda implementar una evaluación permanente de mejora de procesos y servicios hospitalarios para mejorar el desempeño en la atención de los pacientes mediante la aplicación y ejecución de los procesos de gestión: planificación, ejecución, dirección, control y mejora continua.

Gonzales (2015): "*Gestión de camas hospitalarias en el servicio de obstetricia de alto riesgo Hospital Nacional Guillermo Almenara 2014*", para optar el grado de Magister en la Universidad San Martín de Porras, dice, el objetivo general de la presente investigación fue evaluar la eficiencia de la gestión de camas hospitalarias en el servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, para el periodo 2014 y además, determinar el porcentaje de ocupación de camas, promedio de estancia hospitalaria, índice de rotación e intervalo de sustitución. Estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal y descriptivo, con recojo de información retrospectiva. Se revisó una muestra aleatoria simple de 239 hospitalizaciones de 4829 egresos en el año 2014. Se recolectaron variables como edad, edad gestacional, procedencia, control prenatal, cesáreo anterior, hora y día de ingreso y antigüedad del responsable de la admisión. Se aplicó el Protocolo de Evaluación de la Adecuación Versión Obstétrica (AEPO). Los resultados se expresaron en distribución de frecuencias absolutas y relativas. Las variables fueron analizadas mediante la prueba del chi cuadrado y se aplicó la regresión logística binaria para comprobar relaciones causales.

El porcentaje de ocupación de camas fue 93%, el promedio de estancia 4,22; el índice de rotación de 8,5 y el intervalo de sustitución de 0,3. El 35% de las hospitalizaciones realizadas fueron inadecuadas y la causa mayor (57%) fue la admisión de pacientes en un nivel de atención que no les correspondía. No se hallaron diferencias significativas entre las variables estudiadas. La gestión de camas en el SOAR del HNGAI de

EsSalud en el año 2014, no fue eficiente. El AEPO es un instrumento útil para identificar y cuantificar la inadecuación de las hospitalizaciones.

Tola (2015): *“Influencia de la gestión administrativa en los servicios de salud de los hospitales III de ESSALUD de la Región Puno -2012”* para optar el grado de Magister en la Universidad Andina del Perú, manifiesta que “La gestión hospitalaria por el Estado, a través de un conjunto de políticas, sistemas, componentes, procesos e instrumentos que al operar coherentemente establecen la forma de prestación de los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención y dirigir su organización, permitiendo una gestión para el logro de los objetivos sanitarios y económicos en el marco de una red de servicios de salud. Y del estudio realizado, 27% manifiesta tener conocimiento en forma clara y transparente de las políticas del hospital, entiende que la gestión administrativa del hospital debe lograr desarrollar actividades que tiendan a mejorar los resultados clínicos, aumentar el impacto social de éstos y hacer el mejor uso de los recursos humanos y económicos; 21% opina que no se da la búsqueda de la excelencia institucional y no se exige a los profesionales de la salud participen en la gestión administrativa”.

“En lo referente a la capacitación especializada, 36% juzga, se da poca importancia a la capacitación por competencias, es decir los directores de los hospitales III de Essalud no generan lineamientos que promuevan la alta especialización de los servidores de salud. Así mismo la gestión para equipos médicos, medicinas e insumos, en los hospitales III de Essalud de la Región Puno, los responsables de áreas especializadas en ingeniería biomédica deberían asistir a la resolución de la problemática sobre gestión de equipo médico, medicinas e insumos, de manera que los equipos médicos cumplan con su cometido de influir en los servicios de salud”.

Las tecnologías en salud han experimentado una gran evolución, hoy en día los hospitales se han convertido en un complejo espacio donde se utiliza alta tecnología; si se busca responder a las necesidades de salud de la población, se precisa de una óptima gestión de las tecnologías en salud en los hospitales III de Essalud de la Región Puno, 37% opina que la gestión de tecnologías de salud no guarda relación con el concepto del ciclo de aplicación tecnológica. Así mismo, 32% establece que los directivos no enfocan la gestión como uno basado en competencias, lo cual no permite que sus recursos humanos desarrollen su talento humano y transforme su cultura en una organización de alto desempeño. Los directores y jefes de áreas de salud de los hospitales III de Essalud de la Región Puno no implementan cambios y rediseños de procesos, mediante el colaborativo de mejoramiento; donde 44% no concibe la diferencia a los colaborativos de mejoramiento de otros métodos de calidad; es decir no están actualizados en la tecnología del colaborativo de mejoramiento; 21% opina que los hospitales probablemente no cuenten con planes de colaborativo de mejoramiento como instrumento para una gestión administrativa eficiente. Finalmente, la satisfacción del asegurado, 40% revela que los hospitales III de Essalud de la Región Puno no cuentan con sistemas de seguimiento de los pacientes asegurados, sobre todo de pacientes con enfermedades crónicas.

Mosquera (2007): *“Análisis, diseño e implementación de un sistema de información integral de gestión hospitalaria para un establecimiento de salud público”* para optar el grado de Magister en la Universidad Católica del Perú, nos indica que “La misión de los establecimientos de salud públicos es la de prestar servicios de salud especializados con criterios de equidad, eficacia, eficiencia y calidad; con un enfoque integral en la atención de salud de la población demandante”.

El trabajo de tesis consiste en realizar un análisis y diseño de los sistemas de información del Hospital Nacional Cayetano Heredia del

Perú identificando sus elementos críticos. El análisis se ha realizado teniendo en cuenta las áreas de: la dirección de Estadística e Informática, la dirección de Medicina y la oficina Ejecutiva de Apoyo Administrativo y el diseño se ha basado en la metodología “The Simplified Method” [SIM2004].

También consiste en la implementación de los módulos que son base importante de los procesos con los que se cuenta en el hospital, estos módulos son: Auditoría médica, Programación médica, Gestión de proveedores de equipos médicos e insumos, los cuales serán desarrollados por Willy Mestanza. Además también se implementarán los módulos de Seguridad y Hospitalización, los cuales serán desarrollados por Javier Mosquera.

Estos retos se alinean estratégicamente al logro de esta misión, si bien es cierto no se implementan todos los módulos pertenecientes al hospital, se deja el análisis y diseño que son base fundamental para futuros desarrollos.

En consecuencia la tesis presenta información relacionada a la metodología y las etapas del desarrollo de un sistema orientado a los procesos de los establecimientos de salud públicos. El producto final es el análisis y diseño de todas las áreas involucradas y la implementación de los módulos mencionados.

2.2 MARCO FILOSÓFICO

Según Garrison (1966) en la “*Historia de la Medicina*”, Cuarta Edición, Editorial Interamericana, México DF, 1966, dice. “Así como los hebreos llegaron a adquirir un papel sobresaliente entre los pueblos orientales en los problemas de la higiene, así los ANTIGUOS HINDÚES excedían a todas las naciones de su época en la cirugía operatoria. En los documentos sánscritos más antiguos, el Rig Veda (1500 AC) y en el Atharva-Veda, la medicina es enteramente teúrgica, y el tratamiento

consiste en los encantamientos versificados en contra de los demonios de la enfermedad o de los agentes humanos, brujas y brujos. En el período brahamánico (de 800 AC a 1000 DC), la medicina quedó enteramente en manos de los sacerdotes y letrados brahamánicos, y el centro de la educación médica era Benarés. En una inscripción hecha en una roca en la India, el rey Asoka (cerca de 226 AC) registra la erección de los hospitales fundados por él, y los archivos cingaleses indican la existencia de hospitales en Ceilán [actual Sri Lanka] en 437 y 137 AC. Los hospitales hindúes y ceilaneses existían ya para la época del año 368 DC”.

LOS PRIMEROS HOSPITALES HINDÚES Y EGIPCIOS

Según MacEachern (1962) en el libro “*Hospital Organization and Management*” Physicians’ Record Company, Berwyn, Illinois, USA, 1962, 1316 páginas, Capítulo 1 dice: “Dos antiguas civilizaciones, India y Egipto, tuvieron hospitales toscos. La literatura hindú relata que en el siglo sexto antes de Cristo, Buda nombró un médico por cada diez aldeas y construyó hospitales para los inválidos y los pobres; que su hijo, Upatiso, construyó refugios para los enfermos y las mujeres embarazadas. Estos ejemplos probablemente movieron a los devotos de Buda a erigir hospitales similares, aunque los registros de ellos sean escasos. Es sabido que existían hospitales en Ceilán tan temprano como en el 437 AC. El más destacado de los primitivos hospitales en India fueron 18 instituciones construidas por el Rey Asoka (273-232 AC). Estos son históricamente significativos porque tenían características similares al hospital moderno. Los encargados tenían órdenes de dar trato amable al enfermo, proveerle a él con frutas frescas y vegetales, preparar medicinas, darle masajes y cuidar que sus propias personas estuvieran limpias. Los médicos hindúes, incidentalmente, fueron adeptos a la cirugía y, de acuerdo a Garrison, conocieron todos los procedimientos operatorios excepto el uso de la ligadura. Ellos les hacían tomar baños diarios, cuidar su cabello y mantener las uñas

cortas, vestir prendas blancas y prometer que respetarían la confidencialidad de sus pacientes.

HOSPITALES GRIEGOS Y ROMANOS

Según MacEachern (1962), M., en el libro "*Hospital Organization and Management*" Physicians' Record Company, Berwyn, Illinois, USA, 1962, 1316 páginas. Capítulo 1: manifiesta: "En los comienzos de la civilización de los griegos y romanos, los templos de los dioses eran también usados como hospitales. Estas casas de culto podían, sin embargo, caer algo lejos del concepto actual de hospitales, porque sus prácticas médicas eran abundantes con el misticismo y la superstición. Para ellos las serpientes eran sagradas y encerraban poderes mágicos y así jugaban un importante papel en el tratamiento del enfermo. Las lenguas de serpientes eran utilizadas por los médicos para limpiar úlceras. Cada santuario tenía un altar sagrado ante el cual el paciente, vestido de blanco, debía presentar sus regalos y ofrecer plegarias. Si él era curado, la cura era atribuida a milagros y al favor divino. Si permanecía enfermo o fallecía, se le decía que había perdido la pureza y era indigno para vivir. La sugestión mental era enfatizada y solamente como un último recurso ellos recurrían a la cirugía. Sin embargo, los templos griegos fueron precursores del hospital moderno desde que proveían refugio para el enfermo. Uno de estos santuarios, dedicado a Esculapio, dios griego de la Medicina, se dice que ha existido tan temprano como en el 1134 AC en Titanes. Las ruinas todavía Aestimonian la existencia de otro, más famoso templo griego, construido varios siglos más tarde en el Hieron, o arboleda sagrada, en Epidauro". Aquí el enfermo era atendido en cuerpo y alma. Los medicamentos prescritos eran sal, miel, y agua obtenida de un manantial sagrado. Para acelerar la curación ellos tenían baños calientes y fríos. La Gimnasia comprendiendo a miles de personas era usada para terapia física. Igualmente grandes anfiteatros al aire libre provistos de entretenimientos. Importante en el tratamiento eran largas horas de exposición al sol y el aire de mar combinados con vistas agradables.

Había bibliotecas y habitaciones para visitantes, asistentes, sacerdotes, y médicos. Lo que podía ser descrito como los primeros registros médicos fueron las columnas de este templo en Epidauro, bajo las cuales estaban inscritos los nombres de los pacientes, con breves historias de sus casos, y comentarios como si fue o no curado.

LOS HOSPITALES DE LA TEMPRANA ERA CRISTIANA

Según Garrison (1962) Op. Cit., pp. 91: Aunque el impulso humanitario y el desarrollo de la ciencia eran vistos por muchos como los factores dominantes en la fundación de hospitales, los primeros hospitales fueron realmente creciendo de la religión más que de la medicina. Está demostrado que previo a la Era Cristiana los hospitales eran templos dedicados al dios de la medicina, en el que los cuidados del enfermo estaban siempre acompañados por ritos mágicos, místicos y religiosos. Mientras no sería correcto afirmar que la existencia de hospitales hoy es una resultancia directa del Cristianismo, sin embargo las doctrinas predicadas por Jesús, intensificaron las emociones de amor y compasión, dando ímpetu al establecimiento de hospitales, que, con el avance del Cristianismo, se transformaron en partes integrantes de la institución Iglesia. Estos hospitales cristianos remplazaron aquellos de Grecia y Roma. Dedicados enteramente al cuidado del enfermo, ellos acomodaron los pacientes en edificaciones fuera de la propia iglesia.

LOS HOSPITALES MUSULMANES

Según MacEachern (1962). en el libro *"Hospital Organization and Management"*; Physicians' Record Company, Berwyn, Illinois, USA, 1962, 1316 páginas, dice: "Los Musulmanes fueron casi tan celosos, si no lo fueron un poco más que los Cristianos, en el cuidado de los enfermos. En Bagdad, El Cairo, Damasco, Córdoba, y muchas otras ciudades bajo su control, ellos proveyeron amplias, y frecuentemente lujosas, instalaciones hospitalarias. Harún al-Rashid, el sofisticado y seductor califa de Bagdad (786-809), estuvo interesado en la salud de su pueblo. Él construyó un gran sistema de hospitales, pagando él

mismo a los médicos. El cuidado médico en estos hospitales era gratuito. Alrededor de cuatro siglos más tarde, en 1160, un viajero judío informó que él había encontrado más de 60 dispensarios y enfermerías solamente en Bagdad, como mencionamos. El médico persa Rhazes, que vivió desde alrededor de 850 a 923 DC, fue muy calificado en cirugía. Él fue probablemente el primero en usar los intestinos de oveja para suturar [el moderno catgut], y todavía, más sorprendente, limpiaba las heridas con alcohol. Sus descripciones de la viruela y el sarampión son los primeros relatos racionales de estas enfermedades de las que se tiene registro”.

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN LA ALTA EDAD MEDIA

Según Laín Entralgo (1972) Op. Cit en el Tomo 3: *“Restos de la Medicina Clásica en el Occidente Medieval europeo”*. Por Juan R. Zaragoza: Dos fueron los principales tipos de médico que ejercieron durante la Alta Edad Media: el seglar y el clérigo. Podemos considerar que, a grandes rasgos, la medicina de los siglos VI y VII continúa bajo el influjo de los médicos seglares, mientras que a partir de la primera mitad del siglo VIII se iniciará – y luego se establecerá con preponderancia – la medicina clerical. De la existencia y atribuciones de los médicos seglares nos informan las disposiciones existentes en los diversos reinos bárbaros, por las que se regula su ejercicio profesional, así como su mención en diversos documentos históricos. Pero poco a poco es el monje quien va adquiriendo preponderancia en la asistencia: su preparación, el empleo de remedios propios – procedentes del huerto del monasterio y su espíritu caritativo, que le hizo no retroceder ante enfermos incurables o contagiosos, debieron ser factores importantes que contribuyeran al éxito de la asistencia monacal. Asistencia que no se limitaba a la atención de los enfermos confiados al monasterio, ya que al menos en un documento se alude a un monje realizando la visita domiciliaria a un encamado. Tanto los médicos seglares como los clérigos practicaron la medicina general y la cirugía, al menos hasta los límites habituales en la época sangrías, cataratas, drenaje de abscesos,

etc.; operaciones complicadas, tales como la cesárea realizada por Pablo de Mérida deben considerarse excepcionales, y por tanto, según sus contemporáneos, dignas de recuerdo histórico.

Una consideración de interés es que, al no existir en la Alta Edad Media una reglamentación precisa de los estudios o prácticas a realizar para ejercer la medicina, dejando su ejercicio al juicio de quien ha sido discípulo de un médico aventajado, la única defensa de la sociedad estriba en establecer fuertes penalidades a quienes, por ignorancia o malicia, se atrevieron a realizar actos médicos para los que no estuvieren suficientemente preparados. Tal medida es, en esencia, la misma que se aplica a otros profesionales los mercaderes, los arquitectos, etc. y no debe ser juzgada como muestra de excesiva dureza aunque en ocasiones pueda serlo sino como el único medio de garantizar la capacidad profesional de cualquier técnico, suponiendo que el castigo al que se expone puede bastar para suprimir las posibles temeridades que sin él se cometerían. Este es uno de los fundamentos de la RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, que ya había sido reconocida en el Código de Hammurabi, en Babilonia, cerca de 1750 AC.

HOSPITALES MEDIEVALES

Según MacEachern (1962) en *"Hospital Organization and Management; Physicians"* Record Company, Berwyn, Illinois, USA, 1962, 1316 páginas. Capítulo 1: dice: "La religión continuó siendo la influencia dominante en el establecimiento de hospitales durante la Edad Media. Ellos eran sin embargo eclesiásticos, no instituciones médicas. Los aislamientos físicos fueron cuidados para brindar alivio, pero había pequeños intentos para curar al enfermo. Tener abierto el cuerpo de un ser humano podría haber sido sacrilegio, porque el cuerpo del hombre fue creado a imagen de Dios. El alma, no el cuerpo, necesitaba socorro y era lo mejor que correspondía. Para proveer auxilio al alma torturada, sacerdotes, asistentes y médicos miraban de elevar y disciplinar el

carácter de acuerdo a las enseñanzas del Cristianismo. Esto lo cumplieron a través del amor y la fe, que para ellos era por lejos más importante que las habilidades y destrezas científicas. Se esforzaron para fortalecer el alma, para levantar el espíritu, tanto como pudiera ser propiamente preparado para el mundo del más allá. A pesar de lo concerniente al alma y hacer caso omiso del cuerpo, la religión continuó siendo el más importante factor durante este período en el establecimiento de hospitales. El cristianismo fue ganando renovado ardor en Europa y encontró expresión en un gran movimiento de hospitales que se originó en el siglo IX”.

Según Garrison (1962) en Op. Cit.; pp. 209-210, dice: “El primer hospital del Nuevo Mundo fue erigido por Hernán Cortés en la ciudad de México en 1524. En 1639 se estableció el Hôtel Dieu en el Canadá por la duquesa de Aguilón, y después estuvo localizado en Québec. El Hôtel Dieu de Montreal fue establecido en 1644, y el Hospital General de Québec en 1693. El primer hospital en lo que actualmente son los Estados Unidos de Norteamérica fue establecido en la isla de Manhattan en 1663”.

La elevación de la medicina moderna queda inseparablemente unida al nombre de Rudolf VIRCHOW (1821-1902), fundador de la PATOLOGÍA CELULAR. Originario de Schievelbein, Pomerania, Virchow se graduó en Berlín en 1843, y comenzó a trabajar como prosector de Froriep en la Charité en 1845, y como prosector de tiempo completo en 1846; en 1847 fundó el Archiv für pathologische Anatomie, conocido en todas partes con el nombre de Archivos de Virchow. En este periódico expuso la idea de que una hipótesis no demostrada, cualquiera que sea, es una base absolutamente falsa en medicina práctica, y afirmó que ningún hombre puede ser infalible en cuanto al juicio o al conocimiento. Es uno de los exponentes más vigorosos del espíritu moderno de la medicina reciente. En 1848, Virchow fue comisionado por el gobierno prusiano para

investigar la epidemia de tifus o “fiebre del hambre” que hacía estragos entre los tejedores de la Silesia Superior. El relato de lo que vio nos recuerda los horrores descritos en el drama social de Hauptmann, “El Tejedor”; sus recomendaciones no sólo incluían medidas higiénicas y una gran dosis de caridad para estos infelices, sino que se inclinaban abiertamente a favor de la democracia y la libertad. Tan atrevidas declaraciones, junto con las tendencias semipolíticas de su periódico *Die medizinische Reform* (1848-9), pronto enemistaron a Virchow con el gobierno, y en 1849 fue destituido de su puesto de prosector; sin embargo, gracias a los buenos oficios del partero Scanzoni, obtuvo la cátedra de anatomía patológica en Wurzburg. Siete años más tarde, después de una brillante carrera como conferenciante y profesor, se le pidió que regresara a Berlín en condiciones muy honorables, y en 1856 se le designó profesor de patología en la Universidad, y asumió la dirección del Instituto Patológico que había sido erigido para él.

LAS DIFERENTES CONCEPCIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL HOSPITAL MODERNO

En 1916 se establecieron la Escuela de Higiene y Salud Pública (dotada por la Fundación Rockefeller) en la Universidad Johns Hopkins bajo la dirección de William H. Welch (1916-26) y de William H. Howell (1926). Cooperó con las escuelas de medicina y de ingeniería. De los muchos admirables HOSPITALES construidos en el período moderno, el sistema de pabellones alcanzó un alto grado de desarrollo en el Hospital Johns Hopkins, planeado por J. S. Billings e inaugurado en 1889, y el Hospital de Pabellones de Hamburgo-Eppendorf abierto en el mismo año. En ventajas higiénicas y en la economía administrativa estas estructuras marcaron un gran progreso sobre los enormes edificios de muchos pisos (hospitales en bloque) del pasado. El Hospital Peter Bent Brigham de Boston (1913), también originalmente planeado por Billings, sigue la misma idea. Con la apertura del Hospital Rudolf Virchow en Berlín (1906), se introdujo una nueva idea: la de una comunidad de pabellones separados, pero como unidades hospitalarias independientes, y sobre

este plan están basados hospitales como el nuevo Allgemeines Krankenhaus de Viena, el Hospital General de Toronto, el Hospital Barnes de San Luis Missouri, el Hospital General de Cincinnati. Más adelante, la tendencia, aún en Alemania, ha sido la de combatir la extrema descentralización llegando a una solución intermedia entre los sistemas de pabellones y el sistema de hospitales en bloque; la ventaja sería mayor economía de espacio, de excavaciones, de obras de ingeniería sanitaria, así como la economía y la centralización de la administración. Ejemplos de esta clase pueden encontrarse en el nuevo Hospital del Condado de Cook (Chicago), la Clínica Psiquiátrica Henry Phipps y la Urológica de Brady (Baltimore), y los nuevos edificios de Bellevue (Nueva York). Al señalar la tendencia reciente para alejarse de la idea de los hospitales del tipo de unidades dispersas hacia los edificios hospitalarios concentrados del tipo de rascacielos, Goldwater señala que son una característica inevitable de las grandes ciudades modernas sobrepobladas, y que cualesquier errores cometidos al planearlos y al construirlos son resultado inevitable de las condiciones económicas o locales en que se producen estos hospitales.

INSTITUCIONES EN TRANSFORMACIÓN

Según Laín (1971) en la *"Historia Universal de la Medicina"*, Tomo 7: Historia y futuro de la Medicina. El Futuro de la Medicina. Instituciones en Transformación, la medicina ha llegado a ser un factor institucional en la vida pública de nuestro tiempo; gravita con peso creciente sobre el producto social bruto de los países desarrollados y despierta un interés creciente en los pueblos en desarrollo. Nos limitaremos a reseñar aquí algunos de los campos que en las últimas décadas se han visto en todo el mundo sometidos a un dramático cambio de estructura: la práctica médica, el concepto de hospital y, ante todo, la suerte de la Facultad de Medicina. Las Facultades de Medicina. Lo que en el siglo XIX pudo parecer tan descomunadamente progresivo – la exuberante estructuración de las diversas especialidades en un abanico cada vez más variado – se nos muestra hoy, al declinar el siglo XX, como un no menos impotente e

indestructible bloque que pesa sobre nosotros. Por entonces, no obstante el vertiginoso ritmo, todas las partes de ese bloque mantenían su propia consistencia: la medicina interna y la cirugía, y tras ellas todo el cortejo de especialidades, ginecología, neurología, oftalmología, otorrinolaringología, odontología, dermatología y venereología. Había en el curriculum médico de entonces algo que podía parecer una base educativa intemporalmente válida: el conjunto de la anatomía, la fisiología y la bioquímica. Tan juvenil y progresiva era esta base, que el antiguo Philosophicum llegó a ser sustituido por un Physicum.

BASES TEÓRICAS

2.2.1 Gestión Hospitalaria

2.2.1.1 El antiguo modelo de gestión hospitalaria

Citado de la revista “Tendencias de cambio en los modelos de atención y en la gestión del hospital. “La Transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe”. OPS 2001: Bajo el influjo de las ideas y conceptos del desarrollo industrial, con los aportes de Fayol y Taylor, los sistemas de salud se organizaron en niveles jerárquicos, con responsabilidades y competencias definidas para cada nivel. Este modelo reproducía por lo demás la más antigua tradición hospitalaria desde su concepción al alero de las fuerzas militares o religiosas del renacimiento.

Por otra parte, los sistemas de salud, se fueron desarrollando en base de una organización piramidal de servicios con baja complejidad y alta cobertura. Al otro extremo, en la cúspide de la pirámide asistencial del sistema de salud, se encontraba el hospital, definido como entidad de alta complejidad y baja cobertura.

Citado Id 5: A su vez, el componente hospitalario de los sistemas de salud presentaba establecimientos con diferentes niveles de complejidad, desde los hospitales básicos o generales, muchos de ellos rurales, hasta los hospitales de referencia nacional y/o institutos de especialidad (Neurología, Traumatología, Oncología, etc.) en el vértice de la pirámide de atención hospitalaria.

Resulta fácil entender que la organización interna del hospital, nuevamente, reprodujera el paradigma burocrático weberiano predominante⁵. En la cúspide de la organización se ubicaba el Médico Director mientras que la base de la pirámide hospitalaria estaba constituida por los operadores de los servicios clínicos que se brindaba a los pacientes.

2.2.1.2 Definición de modelo de gestión: Redes de atención según Documento Modelo Integral de Atención en Salud, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2005:

Modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones de una institución.

Con el fin de sustentar el modelo de atención integral, se instala un Modelo de Gestión en Red que incorpora a todos los actores (establecimientos que interactúan en una red territorial) como responsables de los resultados sanitarios de su población.

Una red es un conjunto de personas u organizaciones, formales o informales, con su propia identidad, que independiente de su tamaño, régimen de propiedad y nivel de complejidad, comparten objetivos comunes, una misión explícita y generan actividades suficientemente definidas, diferenciadas y complementadas entre sí, que se entrelazan e interconectan con

una multiplicidad de otras redes formales e informales en pro de objetivos también compartidos.

Una red puede poseer un territorio o población determinada, una estructura funcional y/o administrativa semejante a un sistema abierto y los componentes relacionarse entre sí de diversos modos: horizontal, voluntario, complementario y flexible. Desarrolla o adopta capacidad de coordinación, comunicación y gestión de la información y procedimientos para acreditar y reconocer a sus unidades, definiendo las características generales de ellas y sus propias normas de funcionamiento.

2.2.1.3 Organización hospitalaria y gestión estratégica

Un establecimiento hospitalario es una organización con algunas particularidades. Hoy día se acepta que una organización cualquiera es el conjunto de personas que la conforman, que interactúan para el logro de determinados objetivos, que se expresan en resultados. Esta definición no es menor puesto que hasta hace algunos años, se identificaba la organización con la estructura más que con las personas que la constituyen. Hoy día avanzamos hacia organizaciones en las cuales su principal activo son las personas que la constituyen.

La interacción de las personas en la institución tiene básicamente tres componentes, las declaraciones fundamentales, la estructura y la práctica real.

Las declaraciones fundamentales se sitúan en el plano estratégico de la institución, o dicho de otro modo en la capacidad de la organización de pensar estratégicamente, estableciendo las condiciones esenciales que dan sentido a los vínculos y al trabajo que las personas efectúan y originando identidad y resultados coherentes con dicha identidad. Dichas declaraciones, diferencian a la organización de su entorno, pero

también la relacionan con él. Cualquier organización es dependiente de su entorno, pero también lo influye.

2.2.1.4 Gestión estratégica y cambio institucional.

En el cambio institucional se implican valores, personas, cultura y capacidad gerencial; se recibe influencias de condicionantes internos y externos; se enfrenta resistencia y obstáculos; ante tal complejidad, para definir el hospital del mañana se requiere de: (i) un proceso permanente de escucha (información) y reflexión (retroalimentación); (ii) un pensamiento y propuesta estratégica compartida (sentido o razón de ser); (iii) un liderazgo que conduzca el cambio; (iv) un plan compartido (participación organizada y corresponsable); y (v) una nueva competencia en la organización para «aprender a cambiar o aprender a aprender» (cultura de aprendizaje institucional).

Los elementos de complejidad planteados se integran y abordan mediante el pensamiento estratégico que es la tarea intencionada por medio de la cual la organización llega a las definiciones de nivel superior o «marco» que la guiarán hacia sus objetivos, en la forma en que intentará relacionarse con el ambiente y asignar los recursos para su acción. Para que los cambios se produzcan, junto a una visión de futuro, se requiere de personas capaces de orientar, catalizar y sistematizar dichos cambios. En los establecimientos públicos, se ha identificado como básico contar con los conocimientos y habilidades, con el apoyo político, con la capacidad de comunicar, comprometer, hacer responsable y evaluar el proceso por parte de los líderes de la organización.

Los establecimientos deben desarrollar una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman el entorno de la organización, sepan identificar y proyectarse a las

necesidades de la red y sus usuarios, quienes exigen respuestas crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes.

2.2.1.5 Gerencia pública y liderazgo en los establecimientos hospitalarios

El concepto de gerencia pública, que tiene una legislación específica y una entidad a cargo el Servicio Civil, en el contexto de la modernización del estado, plantea nuevos desafíos a la alta dirección de establecimientos de salud, los cuales son sinérgicos con el proceso de reforma sectorial.

En primer lugar, cuando se habla de gerencia hospitalaria en términos de una función pública (gerencia pública), debemos hablar de liderazgo y tener debida conciencia de estar viviendo un cambio paradigmático respecto de estas materias. El liderazgo y la gerencia ya no son lo que eran en las décadas pasadas: formas de conducción principalmente carismático, ligado a la concepción de que se nace líder, que no se aprende a serlo y por tanto es ejercido sólo por personalidades excepcionales.

El liderazgo se entiende como capacidad de influencia transformadora de la conducta organizacional. Hoy se le concibe más bien como un estilo de dirección, un conjunto de atributos o un perfil que es posible aprender. Esta concepción ha ayudado a superar la discusión de si el líder o gerente hospitalario debe ser un médico o un profesional de las ciencias económicas o administrativas, pues el énfasis se coloca en las habilidades y el conjunto de valores que una persona y su equipo deben poseer para cumplir con los objetivos que hoy la sociedad pide a los establecimientos hospitalarios.

El liderazgo implica aspectos relativos a la ética en la gestión, este concepto es mucho más amplio que el que abarcan los comités de ética y se escapa del objetivo fundamental de este documento, pero es importante recordar que existe una ética de

las empresas que el gestor y su equipo debe considerar al tomar cada una de sus decisiones.

2.2.1.6 La gestión del recurso humano y el cambio de cultura

No es posible pensar en un establecimiento hospitalario que sea armónico con el nuevo modelo de gestión y que permita aprovechar todas las potencialidades que ofrece el nuevo marco legal si no se desarrolla, a través de la gestión del recurso humano, una capacidad estratégica permanente para promover el cambio institucional.

Los elementos constitutivos de la nueva cultura que debe servir como referencia al cambio en los establecimientos públicos son: principios de responsabilidad social; productividad; orientación de servicio al usuario; compromiso con el proceso global de desarrollo y por la excelencia institucional; sentido corporativo del riesgo y de la misión; participación e innovación; transparencia y rendición de cuentas; orientación al trabajo cooperativo en red. Todos éstos, son elementos que habrá que socializar en la construcción de una nueva cultura del establecimiento para el mañana.

2.2.1.7 Gestión participativa

El apelar a la motivación de las personas y por tanto a que éstas estén disponibles a buscar objetivos comunes, modificando conductas si fuera necesario, requiere de un particular estilo de gestión y liderazgo, denominado gestión participativa. Este estilo viene a romper con el antiguo paradigma de comando y control o modo autoritario de ejercer el liderazgo. El modelo piramidal o jerárquico autoritario, parte del paradigma que sólo unos pocos saben lo que hay que hacer y al resto sólo le cabe obedecer. En dicho modelo, los “mandados” sólo cumplen con lo señalado

mientras el supervisor está presente, lo que resultó potenciado con el antiguo paradigma del funcionario público que no tiene incentivos para trabajar mejor.

Actualmente en los establecimientos el conocimiento está repartido en muchos, y la necesidad de autonomía es gravitante en la toma de decisiones. Por otra parte, la mejoría continua de los procesos requiere de personas motivadas y comprometidas, dispuestas a contribuir con su inteligencia y conocimiento al perfeccionamiento de los procesos en los que está involucrada. Así mismo, hoy las personas comprenden a su trabajo como un medio para sus propios desarrollos personales. Por tanto, hoy los líderes tienden a ser más facilitadores que “jefes” en el sentido clásico.

2.2.1.8 Gestión clínica.

La gestión clínica busca unir de modo virtuoso al paradigma asistencial con el administrativo, bajo un marco valórico común. La ética de la práctica clínica es lo que permite esta integración. La concepción médica tradicional de la ética está relacionada con la búsqueda del mayor beneficio posible para el enfermo: hacer el mayor bien y evitar causar daño. Esta visión tiende a percibirse incompatible con la visión del mundo «económico» que pareciera «no tener ética ni moral». El problema se plantea cuando el recurso sanitario es crecientemente escaso (por su progresivo encarecimiento) frente a demandas crecientes, particularmente aquellas relacionadas con la equidad (por las necesidades de la población con mayor daño y los grupos postergados).

Al dilema ético que siempre ha tenido la gerencia sanitaria de buscar la excelencia clínica y la gestión eficiente de los recursos, se suman los principios de la ética médica de no hacer daño y producir beneficio, y el de respetar la opinión, autonomía y

derechos del paciente como protagonista de la atención y responsable de su propia salud. Además, es necesario considerar los requerimientos de ética social de que los recursos disponibles en la sociedad sean asignados y usados con la racionalidad de contribuir eficazmente a la justicia y la equidad. Lo anterior obliga a una mayor conciencia de los diferentes aspectos éticos de la gestión hospitalaria, pasando a ser problema de orden ético importante la utilización racional de los recursos. Si quienes trabajan en un establecimiento no gestionan bien los recursos que la sociedad ha puesto en sus manos, si ahorran cuando no deben hacerlo o dilapidan sin justificación, entonces están faltando gravemente a la confianza que el paciente y la sociedad depositaron en su institución.

2.2.1.9 Gestión de la organización

El desafío hospitalario actual es una transformación de cultura de la mayor magnitud y difícil de implementar. Un requisito básico para dar viabilidad a los cambios es la profesionalización de la gestión, de manera que efectivamente se vaya construyendo una inteligencia gestora que permanezca en el tiempo y permita al establecimiento irse beneficiando en forma progresiva de los esfuerzos de optimización.

La tendencia actual, es a juntar cada vez más lo “asistencial” y lo “administrativo”. Es así que los organigramas estáticos, han dado paso a formas cada vez más dinámicas, horizontales y matriciales de organización. La nueva legislación da amplias facultades a los equipos directivos de los hospitales - particularmente a los de autogestión en red- para darse su propia forma. Así como en el área de la producción asistencial hay un subdirector médico o cargo equivalente (función de gerencia de producción), bajo el cual se ordenan todos los servicios o centros de responsabilidad que generan productos intermedios y finales, está la Subdirección Administrativa o cargo

equivalente (gerencia de apoyo a la producción), donde se ordenan las funciones relacionadas con el apoyo a dichos procesos productivos.

2.2.1.10 Mejoría continúa de la calidad

En los últimos años se hace evidente un gran auge del tema de calidad y de diferentes métodos para conseguirla. El Dr. Avedis Donabedian, la define como “lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos”. La Dra. Heather Palmer de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard la define como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.”, y el Dr. Vicente Falconí como “atender perfectamente, de manera confiable, de manera accesible, de manera segura, y en el tiempo exacto las necesidades de un usuario”.

2.2.1.11 La gestión de la atención y satisfacción de los usuarios.

La gestión de la atención al usuario está relacionada con ámbitos muy diversos que deben estar concatenados: la gestión de la agenda asistencial, la gestión de la ficha clínica, gestión de la hospitalización, gestión de la satisfacción y gestión de los deberes y derechos del usuario.

En la gestión pública chilena se están haciendo esfuerzos por dar un enfoque común en todas las reparticiones públicas a los puntos de resolución de las solicitudes de las personas, lo que se ha traducido en estandarización de las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), que cuentan con normativas extensas y explícitas que el establecimiento hospitalario debe respetar e integrar en su plan institucional. A menudo estas unidades están dispersas en distintas personas y

unidades del hospital. Por ello, es relevante coordinar y unificar sus objetivos y profesionalizar su gestión.

2.2.1.12 Centros ambulatorios de especialidad

La creciente complejización de los hospitales, el cambio epidemiológico y el desarrollo de tecnología sanitaria condujeron a la creación de centros de especialidades médicas para la atención ambulatoria de pacientes. En la nomenclatura tradicional de la organización de salud chilena, esto corresponde a lo que se llama Nivel Secundario y que se ubica como un nivel resolutivo intermedio entre el nivel primario y el nivel de atención hospitalaria. Estas funciones, adjuntas a los hospitales, se han desarrollado en los Consultorios Adosados de Especialidad o Centros de Especialidades Médicas.

2.2.1.13 Urgencia – Emergencia

Existen, al menos, dos visiones desde las cuales se puede abordar la atención de urgencia. Desde la perspectiva de la demanda, existen ciertas necesidades de atención que las personas valoran subjetivamente como impostergables y que las motivan a buscar atención con mayor premura que frente a otros problemas de salud. Por otro lado, desde la perspectiva de la oferta, también existen ciertas condiciones que son evaluadas por los equipos de salud como requirentes de atención impostergable. Ambas visiones son complementarias, aunque no necesariamente idénticas. La primera, conocida como Atención de Urgencia propiamente tal, se construye desde la subjetividad del usuario, o de quienes se encuentran cerca de él, en el momento de necesidad. En el segundo caso, nos encontramos con una valoración normativa del equipo profesional a partir de la aplicación de criterios clínicos. En este caso se habla de Atención de Emergencia.

2.2.1.14 Atención pre hospitalaria

Desde un punto de vista sanitario global, el objetivo de la atención pre-hospitalaria es brindar atención al usuario en el lugar donde se produce la emergencia, en el menor tiempo posible, así como trasladarlo en las condiciones de estabilización que requiera hasta el centro asistencial más adecuado a su situación específica. En el continuo de atención, el sistema pre-hospitalario concluye con la entrega del usuario en el establecimiento asistencial, donde seguirá su atención de acuerdo a sus condiciones específicas de salud y a los protocolos que se hayan establecido. Por la naturaleza de esta actividad, ésta se instala prioritariamente en grandes ciudades y en carreteras con alta tasa de accidentabilidad.

La organización de sistemas de atención de urgencia pre-hospitalaria, desde que se genera la alarma de atención, involucra una serie de procedimientos que incluyen la recepción de la llamada en un centro especialmente habilitado para ello, la evaluación de la necesidad de la persona demandante de atención por parte de personal adiestrado, la decisión respecto al tipo de intervención requerido y su implementación en terreno, así como la evaluación, estabilización y el transporte del usuario hacia el centro asistencial en adecuadas condiciones.

2.2.1.15 Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH)

Es el dispositivo de entrada de las urgencias y emergencias de mayor complejidad en un establecimiento hospitalario; atiende las especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas, contando con los recursos para resolver situaciones de emergencia vital, estabilizar personas, intervenir quirúrgicamente si es necesario, acceder a la hospitalización de acuerdo a la complejidad y expectativas del usuario e iniciar tratamientos Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios o estabilizar a aquellos usuarios que pueden resolver su problema o ser derivados a

atención ambulatoria. También colabora con procedimientos médico legales en situaciones de violencia en la comunidad o accidentes de diferentes tipos.

Por su naturaleza, las UEH deben permanecer abiertas y accesibles todos los días y a toda hora, ya sea que reciban usuarios derivados o consulta espontánea.

La atención debe organizarse por prioridad sanitaria, es decir, en esta unidad es legítimo que el criterio clínico de emergencia predomine sobre el orden de llegada para recibir atención; el jefe de turno debe contar con acceso a procedimientos, a decidir el uso de las camas del establecimiento al que se asocia o pertenece la unidad, y a conseguir los medios para tratar o compensar al usuario; por ejemplo, a conseguir cama en una unidad de paciente crítico de la red o ajena a ésta si fuese necesario.

2.2.1.16 Hospital organizado por cuidados progresivos de pacientes

La Atención Progresiva es una forma de organizar la atención de las personas enfermas, de acuerdo a sus necesidades. En forma restringida se aplica a los hospitalizados; pero en su concepción más amplia abarca la atención a la salud de un determinado grupo de población en el cual hay sanos y enfermos y se utiliza para definir tres o cuatro niveles de complejidad.

Inicialmente algunos autores la definieron como “la confección a medida de los servicios hospitalarios para satisfacer las necesidades del enfermo” y también como “el enfermo preciso, en la cama precisa, con los servicios precisos, en el momento preciso”. Este proceso se inició con la tendencia a unificar unidades intensivas e intermedias y la eliminación progresiva de camas en los servicios de urgencia.

2.2.1.16 La Gestión de las Unidades de Apoyo

Las unidades de apoyo clínico y administrativo no son un elemento aislado y ajeno a la atención directa del paciente y, por lo tanto, constituyen uno de los elementos integrantes de la funcionalidad y la calidad del establecimiento hospitalario contemporáneo. Estos establecimientos, como empresas sociales de gran complejidad y de uso intensivo de recurso humano cada vez más calificado, afrontan decisiones estratégicas de creciente dificultad en torno a la definición de sus áreas principales de producción. En este sentido, surge la necesidad de obtener productos intermedios con ganancias en eficiencia y calidad. Por ello, es clave decidir dónde, cómo y con quién obtenerlos. Por otra parte, surge la necesidad también estratégica de crear o reforzar unidades especializadas de apoyo en servicios poco destacados con anterioridad, como la atención al usuario o la coordinación de pacientes en red.

En este contexto, las unidades administrativas clásicas dependientes de las direcciones administrativas de los hospitales (servicios generales, abastecimiento, recursos humanos, recursos financieros, entre otros) se constituyen en apoyos estratégicos para el conjunto de procesos productivos.

2.2.1.17 La gestión de las unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico

- **Banco de sangre**

Hasta hace unos años, la aspiración de todo establecimiento hospitalario era contar con su propio banco de sangre; hoy se considera más apropiado participar de un banco de sangre centralizado de tipo regional y reservarse sólo las funciones de control transfusional. Esto no sólo responde al objetivo de reducir los costos de operación asegurar la calidad y mejorar el uso de los equipos, sino también a las crecientes dificultades para obtener donaciones de sangre, a que se requieren mayores márgenes de seguridad para usar los hemoderivados y a que la

utilización de sub derivados asciende y es preciso aumentar la eficiencia en el uso integral de la sangre.

- **Laboratorio clínico**

Hoy, producto de la veloz innovación tecnológica y de la necesidad de los fabricantes de instalar sus equipos, surgen modalidades que permiten tener y renovar equipos con una frecuencia acorde a la Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios velocidad de cambio tecnológico, por la vía de establecer comodatos que se pagan incluidos en la compra de insumos. La nueva tecnología automatizada permite generar economías de escala por volumen de exploraciones; en ese contexto, se deberá estudiar si resulta más conveniente establecer alianzas para contar con laboratorios centrales que sirvan a varios establecimientos, logrando economías de escala y mejoras de calidad con relación a los costos.

- **Pabellones quirúrgicos**

Los pabellones quirúrgicos suelen ser una de las áreas más críticas del hospital moderno. En ellos intervienen centenares de procesos, entre los cuales destaca la gestión de la tabla quirúrgica, la gestión del recurso humano, la infraestructura, la tecnología asociada, el requerimiento de camas críticas, la gestión de anestesia, el cuidado postoperatorio, los insumos. Los flujos de personas e insumos deben ser programados y exactos.

El pabellón establece relaciones funcionales y formales con diversos equipos, personas y unidades, todos ellos estratégicos y encadenados con otras: pabellón y anestesiología, pos operado y cuidados intensivos, banco de sangre, laboratorios, esterilización, farmacia, urgencia, servicios de hospitalización. No es de extrañar que se estén explorando diversos

instrumentos de gestión y de la información para facilitar dichos procesos.

2.2.1.18 Gestión de la información

La información es un aspecto estratégico de la organización. Hoy no se puede entender una gestión eficiente sin contar con un sistema adecuado que provea la información que se precisa para la toma de decisiones. La información guarda relación con lo que se produce en términos cuantitativos (cantidad y costos) como cualitativos (calidad) y con relación a quién lo produce (centros de responsabilidad, profesionales). En el proceso de la autogestión en red, es clave contar con sistemas de información para la gestión hospitalaria, los que a su vez deben comunicarse fluidamente con la red asistencial.

La información producida en los establecimientos de una red asistencial debe ser compatible, coherente y complementaria, de modo que pueda ser agregada o desagregada, dependiendo del usuario de ésta. La información debe servir al interior de un establecimiento, en la red y en los niveles nacionales.

2.2.1.19 La gestión del equipamiento

El establecimiento debe contar con políticas y planes de gestión del equipamiento que contemplen inversiones, mantenimiento preventivo y sistema eficiente de reparaciones.

Esta área de gestión requiere de decisiones estratégicas que deben estar contempladas en las planificaciones del establecimiento. Dichas decisiones tienen que ver con los ámbitos de la profesionalización de la gestión de esta área, y de la configuración del presupuesto del establecimiento.

2.2.1.20 La gestión de la infraestructura

Un ámbito de gran importancia en el apoyo a las labores hospitalarias y cuyas deficiencias producen gran frustración y

molestias en las personas, tiene que ver con la infraestructura del establecimiento, incluyendo el mantenimiento general y de aspectos como reparaciones menores, pintura, iluminación, vidrios, gasfitería, mobiliario. Al igual que en los casos anteriores, el hospital puede organizar el mantenimiento interno o contratarlo externamente.

2.2.1.21 La gestión Presupuestaria

Las políticas de inversión y de financiamiento a las redes y establecimientos, y su expresión en mecanismos de pago corresponden a la autoridad. Es por tanto responsabilidad de ésta las decisiones que implicarán incentivos para la consecución de metas sanitarias, la equidad, la calidad y la productividad. Que sea responsabilidad de la autoridad, no exime al gestor del establecimiento y al equipo de salud de tener una mirada de sistema y, particularmente, de red, a la hora de proponer sus propios presupuestos y planes de inversión. Para estos efectos no debe olvidarse la frase de “pensar globalmente y actuar localmente”. Sólo así se podrá optimizar resultados con la lógica de red que nuestro modelo pide.

2.2.1.22 La Gestión Económica y Financiera

La gestión económica y financiera de los establecimientos debe buscar crear condiciones favorables para que los recursos que la sociedad invierte en atención de salud tengan los mayores beneficios posibles para la población. Un resultado evidente de la eficiencia con que se administre un establecimiento hospitalario es su grado de equilibrio financiero en relación con la producción y los ingresos percibidos. Por otra parte, la ineficiencia se traduce en pérdidas de calidad, de eficacia y equidad.

2.2.2 Calidad de la atención

Definición Calidad

La calidad engloba diversos aspectos desde las cosas intangibles hasta lo tangible, es por ello que algunos autores consideran que: La calidad o eficiencia en las organizaciones no solo se refiere a crear un producto un ofrecer un servicio y que estas vayan de acorde con el precio, pues en la actualidad la calidad hace referencia a crear productos y servicios cada veces mejores, y que estas cada vez sean más competitivas (Estrada, 2007, p. 229) De tal manera que siendo vital, la calidad de atención es en el aspecto de salud, porque está en juego la vida de seres humanos, y esta debe ser regulada por alguna entidad para mejor funcionamiento, ya que sería de gran importancia para que los pacientes del establecimiento de salud se sientan satisfechos con el servicio, y no tengan ninguna duda en acudir al centro de salud más cercano.

Definición Atención

La atención es el modo de influenciar en las personas para lograr su satisfacción, casi siempre se ofrecen los productos mas no se atiende adecuadamente, y para ello es necesario centrarse en diferentes factores como es escuchar, observar y hablar, pues si se desea brindar una buena atención es importante conocer las necesidades y características del servicio que se ofrece así mismo al tipo de usuarios al que este va dirigido (Rodríguez, 2009, p. 97).

Calidad de atención

La calidad de atención es básicamente el servicio que se brinda ante la salud de cualquier usuario, siendo así que implica ante todo cumplir con las políticas que cada hospital tiene, tanto en las públicas como en privadas. Por otro lado la calidad de atención en

todos los hospitales son evaluados para destacar la forma en la que atienden a los usuarios internos hospitalizados, siendo así que garantiza todo el beneficio y la seguridad, brindando confianza para satisfacer sus necesidades de cada persona. El hecho de que exista un abordaje hegemónico sobre la calidad (como atributo de un producto o servicio ofrecido por un proveedor a un cliente, paradigma que recoge y se nutre de la experiencia industrial/manufacturera llevada al ámbito de la oferta de servicios) no descarta la presencia de otros abordajes conceptuales, de otras prácticas y representaciones sobre el tema, como parte de un proceso dinámico de expresiones de la diversidad social (Susana, 2008, p. 293).

Dimensiones de la calidad de atención en salud

Existen varios modelos que sirven para comprender mejor qué es la calidad en el servicio de atención y cuáles son sus componentes. Estos modelos también sirven de base para diseñar los instrumentos de medición o cuestionarios, los cuales permiten a los responsables del centro de salud efectuar un seguimiento periódico y, en caso necesario, diseñar y emprender acciones correctivas que permitan evitar desviaciones y mejorar el desempeño.

Elementos tangibles

Estos componentes son considerados como el “exterior que percibe el usuario de las instalaciones hospitalarias, las cuales intervienen en la eficiente atención de los mismos” (Urriago, 2012, p. 42).

Estado físico de instalaciones: las instalaciones deben presentar buenas condiciones para que el paciente se sienta seguro en el ambiente que se encuentra.

Limpieza de las instalaciones y elementos físicos: Las instalaciones también deben presentar limpieza y orden, pues demuestra un buen aspecto.

Presentación personal de enfermeros: Así mismo el personal de enfermería y doctores deben presentar las indumentarias requeridas para su puesto. Comodidad de camas y silletería:

La comodidad un aspecto esencial para los pacientes, pues hace más confortable su estancia.

Fiabilidad

Este componente hace referencia a la “actitud confiable y precisa que demuestra el enfermero, demostrando también prestar una atención de forma adecuada y cuidadosa. Tomando en consideración las siguientes características” (Urriago, 2012, p. 43).

Oportunidad de la atención de urgencias: El personal de enfermería y doctores deben tomar importancia a los casos de urgencia, pues son las que necesitan mayor apoyo.

Continuidad y orden lógico en la atención: Se debe respetar y ordenar adecuadamente la atención de los pacientes sin alterar el orden ya establecido. Interés en la resolución de problemas de los usuarios: El personal de enfermería demuestra interés en el paciente por socorrer a todos sus problemas.

Capacidad de respuesta

En este componente los enfermeros y doctores deben demostrar “prontitud y espíritu servicial en la atención, ya que al paciente le ofusca estar esperando, por lo que exigen una atención rápida” (Urriago, 2012, p. 43).

Por lo que perciben con facilidad las siguientes características:
Sencillez de los trámites para la atención: El paciente estar

contento si los trámites son de gran facilidad, y que no necesiten de mucho tiempo. Oportunidad en la asignación de citas médicas:

Las citas médicas deben ser oportunas, pues los pacientes necesitan ser atendidos de inmediato.

Disposición para atender preguntas: Las preguntas de los pacientes son importantes por ende estas deben ser atendidas con mayor facilidad. Agilidad del trabajo para atención más pronta: los pacientes siempre tienen el deseo que le atiendan de manera rápida y oportuna.

2.3 GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Área de Emergencia**

Es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.

- **Calidad**

La **calidad** es una herramienta básica e importante para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que la misma sea comparada con cualquier otra de su misma especie. La palabra calidad tiene múltiples significados. De forma básica, se refiere al conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. Por otro lado, la calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades. Por tanto, debe definirse en el contexto que se esté considerando, por ejemplo, la calidad del servicio postal, del servicio dental, del producto, de vida, etc.

- **Calidad de Servicio.**

Calidad de Servicio es un concepto que deriva de la propia definición de Calidad, entendida como satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente o, expresado en palabras de J. M. Juran, como aptitud de uso. Antes de abordar la definición de la Calidad de Servicio, es pertinente hacer algunas precisiones.

- **Gestión hospitalaria**

Un indicador es una medida de la condición de un proceso o evento en un momento determinado, que en conjunto pueden proporcionar una visión del panorama de la situación de un proceso, de una unidad estratégica dentro del hospital.

- **Gestión de los recursos**

La Gestión de Recursos se refiere a los procesos directivos de obtención, distribución y articulación de recursos humanos, financieros y materiales necesarios para alcanzar las metas de aprendizaje y desarrollo propuestas por el establecimiento.

- **Sala de Observación**

Área de hospitalización de corta estancia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un período que no debe exceder de 12 horas para los pacientes de prioridad I y de 24 horas para los de prioridad II.

- **Satisfacción del paciente**

Una cuestión diferente supone conocer por qué un paciente está satisfecho. Algunos autores, como Zastowny, Roghmann y Hengst, han determinado que los altos costos de los servicios de salud, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés en los problemas de salud del paciente y la

petición de un excesivo número de exámenes de laboratorio y servicios auxiliares de diagnóstico (rayos X, tomografías, resonancia magnética, etc.), son las principales causas de insatisfacción de los pacientes.

- **Satisfacción**

La satisfacción es un estado del cerebro producido por una mayor o menor optimización de la retroalimentación cerebral, en donde las diferentes regiones compensan su potencial energético, dando la sensación de plenitud e inapetencia extrema.

Cuando la satisfacción acompaña a la seguridad racional de haberse hecho lo que estaba dentro del alcance de nuestro poder, con cierto grado de éxito, esta dinámica contribuye a sostener un estado armonioso dentro de lo que es el funcionamiento mental.

2.4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis Principal.

La Gestión hospitalaria se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

2.4.2 Hipótesis Específicas.

a. Las estrategias de transformación se relacionan directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

b. La Gestión de unidades de apoyo se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

c. La Gestión presupuestaria y financiamiento se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

2.5 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable X

Gestión hospitalaria.

Variable Y

La calidad de atención.

2.6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología	Técnicas e Instrumentos
La Gestión hospitalaria.	Estrategias de transformación	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorización de la atención. - Urgencia-emergencia. - Organización de servicios y principales 	Tipo: Aplicada Nivel: Explicativa Método: Deductivo	Técnicas la observación y la encuesta
	Gestión de unidades de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - De apoyo diagnóstico. - De apoyo terapéutico. - Apoyo logístico 	Población: Personal médico, enfermeras, administrativo y pacientes en total 5450 (un trimestre)	Instrumentos de recolección de datos: aplicación de un cuestionario mediante preguntas cerradas y la guía de observación.
	Gestión presupuestaria y financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión económica. - Gestión financiera. - Ingresos propios. 	Muestra: Muestra probabilística de 94 entre personal médico, enfermeras, administrativo y pacientes del HMC.	

Calidad de atención	Elementos tangibles.	<ul style="list-style-type: none"> - Estado físico de las instalaciones - Limpieza de las instalaciones. - Presentación personal. 	<p>Tipo: Aplicada</p> <p>Nivel: Explicativa</p> <p>Método: Deductivo</p> <p>Población: Personal médico, enfermeras, administrativo y pacientes en total 5450 (un trimestre)</p> <p>Muestra: Muestra probabilística de 94 entre personal médico, enfermeras, administrativo y pacientes del HMC.</p>	<p>Técnicas la observación y la encuesta</p> <p>Instrumentos de recolección de datos: aplicación de un cuestionario mediante preguntas cerradas y la guía de observación.</p>
	Fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud confiable. - Atención oportuna. - Continuidad y orden lógico. 		
	Capacidad de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> - Prontitud. - Sencillez. - Atención de preguntas 		

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo diseño y nivel de la investigación

Tipo

Este fenómeno investigado se basó en un estudio de campo realizándose en un contexto de ambiente natural y en situaciones reales donde se hallaron las unidades de análisis del problema abordado en este trabajo investigativo.

El enfoque fue cuantitativo ya que se fundamentó en un esquema hipotético deductivo y lógico, busco formular preguntas de investigación e hipótesis para luego probarlas, se apoyara en la medición estandarizada y numérica, utilizó el análisis estadístico, fue reduccionista y pretendiendo generalizar los resultados mediante muestras representativas, siendo su alcance descriptivo y explicativo.

En cuanto a su grado de abstracción correspondió a una investigación aplicada y sustantiva, porque tuvo propósitos prácticos inmediatos bien definidos buscando actuar y producir cambios en un determinado sector de la realidad investigada. Además se dice que también fue sustantiva, porque se orientó a resolver un problema fáctico con un margen de generalización limitado y tuvo como propósito el dar respuesta objetiva a una interrogante planteada en un determinado fragmento del objeto de estudio y del conocimiento alcanzado con la perspectiva de contribuir en la estructuración y mejora de aspectos doctrinarios con base científica.

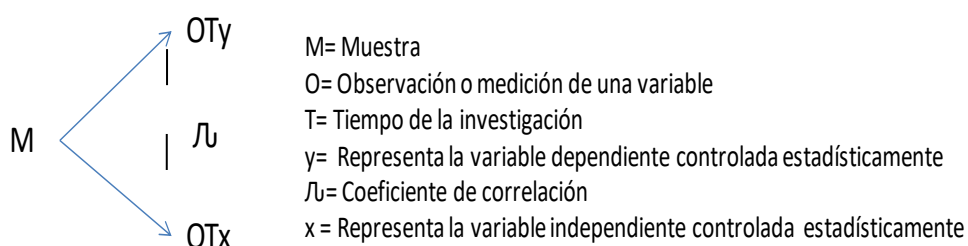
Por la naturaleza de los datos, esta investigación siguió una metodología cuantitativa, porque su objeto de estudio fue “externo” al sujeto que lo investiga tratando de lograr la máxima objetividad al emplear el análisis estadístico como característica resaltante. (Ñaupas, Mejía, Novoa y Villagómez, 2011, pp 66-74)

En lo que respecta al diseño fue no experimental, es decir, no se manipulo variable alguna sino que se observó el fenómeno tal y como se dio en su contexto natural en un momento determinado, para posteriormente evaluarlo y establecer la consistencia fundamental de llegar a saber las correlaciones entre las variables de estudio.

Según la temporalización, reunió las condiciones de método transversal porque describió las variables y analiza su incidencia en un momento determinado sin realizar un seguimiento prospectivo. Así mismo, el tiempo no interviene en el comportamiento de las variables y se tomara datos de un grupo de unidad de análisis simultáneamente en un momento dado.

Diseño

Desarrollo el diseño transversal descriptivo, porque indago la incidencia y los valores en que se manifiestan las variables que se investigan en un instante determinado de tiempo y sirvió como parte básica pero no suficiente, considerándose que sin la descripción previa no se puede explicar, es decir, sin el ¿Cómo es? No se puede explicar el ¿Por qué?, razón por la que se complementara con el diseño transversal correlacional, buscando de esta manera conocer las relaciones que vinculan situaciones problemáticas dentro del contexto social en estudio, interpretando cualitativamente, sobre una mutua relación para saber cómo se pueden comportar una variable al conocer el comportamiento de la otra variable correlacionado cuantitativamente, explicando finalmente los hechos y fenómenos en cuanto a lo que origina y sus consecuencias.



El método de investigación fue deductivo, ya que partió de datos generales aceptados como verdaderos previamente establecidos como principios generales, para luego deducir mediante el razonamiento lógico varias suposiciones y comprobar su validez

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Según Oseda, (2008:120), “La población es el conjunto de individuos que comparten por lo menos una característica, sea una ciudadanía o de una raza, la matrícula en una misma universidad, o similares”.

La población estuvo conformada por 5450 personas entre médicos, enfermeras, técnicos y pacientes del servicio de emergencia del Hospital Militar Central:

Tabla 1

Población del servicio emergencia HMC de un trimestre.

HMC Emergencia	Nº Personas
Médicos	10
Enfermeras	15
Técnicas	25
OO, Tcos y Sub oficiales	5400
TOTAL	5450

Fuente: Emergencias HMC.

3.2.2 Muestra

Se utilizó un diseño muestral probabilístico estratificado y aleatorio, primero se determinó el tamaño de la muestra:

Tamaño de la muestra.- Para la selección de la muestra se consideró el Muestreo estratificado Aleatorio Simple, además el tipo de variable es Cuantitativa y por lo tanto se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 PQN}{(N-1)e^2 + Z^2 PQ} \quad f = \frac{n}{N} > 0.05$$

Si el factor de corrección es mayor del 5% se aplica $n_o = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$

Resolviendo tenemos:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 5450}{(5450 - 1)0.05^2 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 358.85 = 359$$

$$n_o = \frac{100}{1 + \frac{359}{5450}} = 93.82 = 94$$

Dónde:

n_o = Tamaño de la muestra final siempre y cuando se exceda el 5%

n = Tamaño de la Muestra preliminar

N = Población ($N=5450$)

Z : Valor Asociado a un nivel de confianza. ($Z=1.96$ si es 95% de Confianza)

e = Margen de error (0.05)

P = Probabilidad de ocurrencia

Q = Probabilidad de no ocurrencia

Entonces teniendo un Nivel de Confianza del 95%, una Varianza de máxima (PQ = 0.25) y un error de muestreo del 5% ($e = 0.05$) y una Población de 5450, se obtiene una muestra de 359 y realizando el factor de corrección, la muestra final es de 94.

A continuación, se detalla la muestra estratificada, utilizando la asignación proporcional $k=n/N$ donde se obtiene $k = 94/5450 = 0,017$ y se obtiene la muestra por año que será escogida aleatoriamente utilizando una tabla de números aleatorios:

Tabla 2

HMC Emergencia	Nº Personas
Médicos	1
Enfermeras	1
Técnicas	1
OO, Tcos. Y Sub oficiales 91	
TOTAL	94

Fuente: emergencias HMC

3.3 Técnicas e instrumentos de Recolección de datos

Las técnicas seleccionadas y aplicadas en este estudio investigativo consistieron en la observación y la aplicación de una encuesta (cuestionario)

Para la observación de las unidades de análisis en situaciones de generalización empírica se utilizó una técnica mixta: participante y no participante, es decir, en algunos casos se observó directamente los hechos relacionados al nivel de la gestión hospitalaria y la calidad de atención de emergencia del HMC y en otros, se preguntó a una muestra representativa de ellos sobre la problemática derivada de las variables presentadas en la investigación, a fin de obtener datos conductuales sobre dicho aspecto, las que fueron anotados en un cuaderno de anotaciones por los propios investigadores. Los criterios

de construcción del instrumento de recogida de datos (observación) fueron los siguientes:

1. Se desarrolló una observación de campo, es decir, en el lugar natural de los hechos: Salas de emergencia, atención calidad del servicio.
2. Se aplicó una observación estructurada mediante la cual se registró diversas reacciones y comportamientos en cada unidad de observación o muestra.
3. Se estructurara una lista de cotejo para cuantificar: el qué se observará, el cómo y a través de qué medio.
4. Se desarrolló una observación colectiva participante, el investigador interactuó con las actividades específicas de las unidades de observación, tomando nota de las reacciones positivas y negativas, describiéndose como estructura del escenario todos los ambientes de emergencias HMC.
5. El tipo de observación que se ejecuto fue directa, el observador actuó independientemente, registrando diferentes aspectos observados.
6. Se tuvo en consideración los elementos fundamentales que comporta la observación:

El sujeto	El observador (propio investigador)
El sujeto - objeto	Gestión Hospitalaria y Calidad de la atención.
Los medios	Los sentidos humanos; especialmente vista y oído
Los instrumentos	Cuaderno de anotaciones, lista de cotejo, autoreporte
El marco teórico	El cuerpo teórico que sirve de guía

7. La validez científica de la técnica de observación empleada se basó en las normas siguientes:
 1. Objetivo de la investigación: el qué y el para qué se va a observar.
 2. Se definió y delimito el área de observación: población y muestra (médicos, enfermeras, técnicos y pacientes del servicio de emergencia del Hospital Militar Central).
 3. Se planifico y capacito al observador (investigador)
 4. Se definió operacionalmente las variables a ser observadas y cómo serían registradas, por lo que se confeccionara una guía de observación flexible.
 5. Se previeron los instrumentos siguientes para recoger los datos: cuaderno de anotaciones, formatos de registro, filmadora, etc.
 6. Todo registro de informaciones fue trabajado de inmediato, de modo objetivo y responsable.

Para los médicos, enfermeras, técnicos y pacientes del servicio de emergencia del Hospital Militar Central, participantes en la investigación, el instrumento empleado fue la encuesta, a través de la técnica del cuestionario auto aplicado, siendo este instrumento de recolección de datos semiestructurado y constituido por preguntas (cerradas), correlacionadas por cada indicador, la que tuvo por finalidad determinar como la gestión hospitalaria se relaciona con la calidad de atención en el HMC.

Los criterios de construcción del instrumento para la recolección de datos (cuestionario) fueron los siguientes:

1. El presente cuestionario solo incluyo preguntas cerradas, con lo cual se buscó reducir la ambigüedad de las respuestas y favorecer las comparaciones entre las respuestas.
2. Cada indicador de la variable fue medido a través de cuatro (03) preguntas justificadas por cada uno de los indicadores de la variable, con lo cual se le otorga mayor consistencia a la investigación.
3. Todas las preguntas serán precodificadas, siendo sus opciones de respuesta las siguientes:

En total desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3
De acuerdo	4
Total acuerdo	5
4. Todas las preguntas reflejaron lo señalado en el diseño de la investigación al ser descriptivas – correlacionales.
5. Las preguntas del cuestionario estuvieron agrupadas por los indicadores de la variable con lo cual se logra una secuencia y orden en la investigación.
6. En razón de lo señalado en los ítems 2 y 4, cada pregunta fue elaborada con claridad, precisión y comprensión por las unidades de análisis seleccionadas.
7. No se sacrificó la claridad por la concisión, por el contrario, dado el tema de investigación hay preguntas largas que facilitaron el recuerdo, proporcionando al encuestado más tiempo para reflexionar y favorecer una respuesta más articulada.

8. Las preguntas fueron formuladas con un léxico apropiado, simple, directo y que guardan relación con los criterios de inclusión de la muestra.
9. Para evitar confusión de cualquier índole, se referirán las preguntas a un aspecto o relación lógica enumerada como subtítulo y vinculadas al indicador de la variable X.

De manera general, en la elaboración del cuestionario se proveyó evitar, entre otros aspectos, inducir las respuestas, apoyarse en evidencias comprobadas, negar el tema que se interroga, así como el desorden investigativo.

La precodificación de las respuestas a las preguntas establecidas en el cuestionario se precisó en la siguiente tabla:

Tabla 3

Valoración de Encuesta – Cuestionario

Valor	Valoración
1	En total desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4	De acuerdo
5	Total acuerdo

Fuente: Elaboración propia

La utilización de preguntas cerradas tuvo como base evitar o reducir la ambigüedad de las respuestas y facilitar su comparación. Adjunto al cuestionario se colocó un glosario de términos especificando aquellos aspectos técnicos presentes en las preguntas determinadas. Además, las preguntas fueron formuladas empleando escalas de codificación para facilitar el procesamiento y análisis de los datos.

Respecto de la confiabilidad, en el presente estudio de investigación se utilizó el Índice de Consistencia Interna (Alfa de Cronbach), el que presenta valores entre 0 y 1. Los valores superiores a 0.8 son considerados aceptables; si su valor es cercano a la unidad se trató de un instrumento fiable y hace que sus mediciones sean estables y consistentes. Pero si su valor estuvo por debajo de 0.8, el instrumento que se estuvo evaluando presenta una variabilidad heterogénea en sus ítems y, por lo tanto, podría llevarnos a conclusiones equívocas

Tabla 4

Indicadores de fiabilidad

Valor	Interpretación
0	Nula fiabilidad
0.01 a 0.20	Insignificancia fiabilidad
0.21 a 0.40	Baja fiabilidad
0.41 a 0.60	Media fiabilidad
0.61 a 0.80	Alta fiabilidad
0.81 a 0.99	Significativa fiabilidad
1	Total fiabilidad

Fuente: Elaboración propia.

3.4 Procesamiento de los datos

Se contó con la autorización del director del Hospital Militar Central.

Para la aplicación de la observación de actividades de las unidades de análisis seleccionadas el investigador asistió indistintamente a cada una de las Instalaciones hospitalarias del área de emergencias.

La encuesta se realizó en febrero 2019, únicamente a la muestra determinada, en forma simultánea. El investigador realizó una explicación del objetivo de su aplicación, así como instruyó sobre su

solución, anonimato, transparencia en el manejo de los resultados, respetándose éticamente los principios que sustentan toda investigación. La aplicación de la encuesta tuvo una duración aproximada de una hora.

El procesamiento de las encuestas se realizó en el mes de febrero, utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 23 y aplicando como soporte estadístico la prueba del coeficiente de Pearson para los resultados alcanzados del cuestionario.

Los métodos que se utilizaron para el procesamiento de los resultados obtenidos a través de los diferentes instrumentos de recogida de datos, así como para su interpretación posterior, fueron el de análisis y síntesis, que permitió una mejor definición de los componentes individuales del fenómeno estudiado; y el de deducción-inducción, que permito comprobar a través de hipótesis determinadas el comportamiento de indicadores de la realidad estudiada.

Se empleó para la lectura cualitativa de los datos estadísticos alcanzados la matriz siguiente:

Tabla 5

Matriz de interpretación cualitativa de valores porcentuales de los resultados estadísticos alcanzados

N° porcentual	Interpretación cualitativa
100%	Unanimidad
80 % - 99%	Mayoría significativa
60% - 79%	Mayoría
50% - 59%	Mayoría no significativa
40% - 49%	Minoría significativa
20% - 39%	Minoría
1% - 19%	Minoría no significativa
0%	Desierto

Fuente: Elaboración propia.

CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 PRESENTACION ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Figura 1

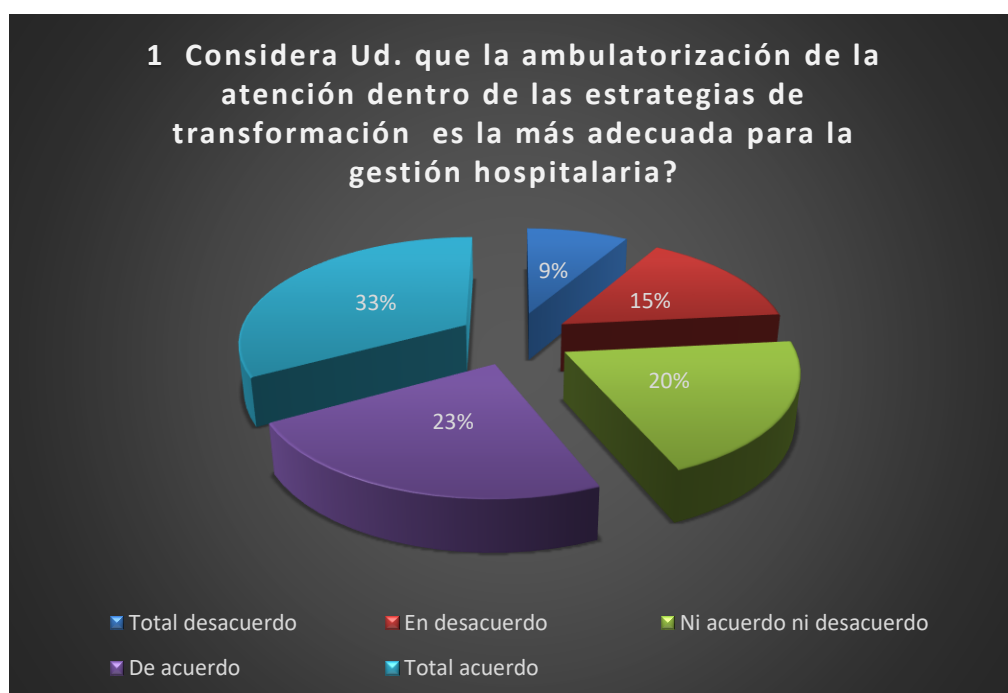


Tabla 6

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	8	9,0	9,0	9,0
En desacuerdo	14	15,0	15,0	24,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	19	20,0	20,0	44,0
De acuerdo	22	23,0	23,0	67,0
Total acuerdo	31	35,0	33,0	100,0

ANALISIS:

1. El 35% de los encuestados está en total acuerdo en que la ambulatorización de la atención dentro de las estrategias de

- transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
2. El 23% de los encuestados está de acuerdo en que la ambulatorización de la atención dentro de las estrategias de transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
 3. El 20% de los encuestados no está ni acuerdo ni desacuerdo en que la ambulatorización de la atención dentro de las estrategias de transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
 4. El 15% de los encuestados está en desacuerdo en que la ambulatorización de la atención dentro de las estrategias de transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
 5. El 9% de los encuestados está en total desacuerdo en que la ambulatorización de la atención dentro de las estrategias de transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Figura 2

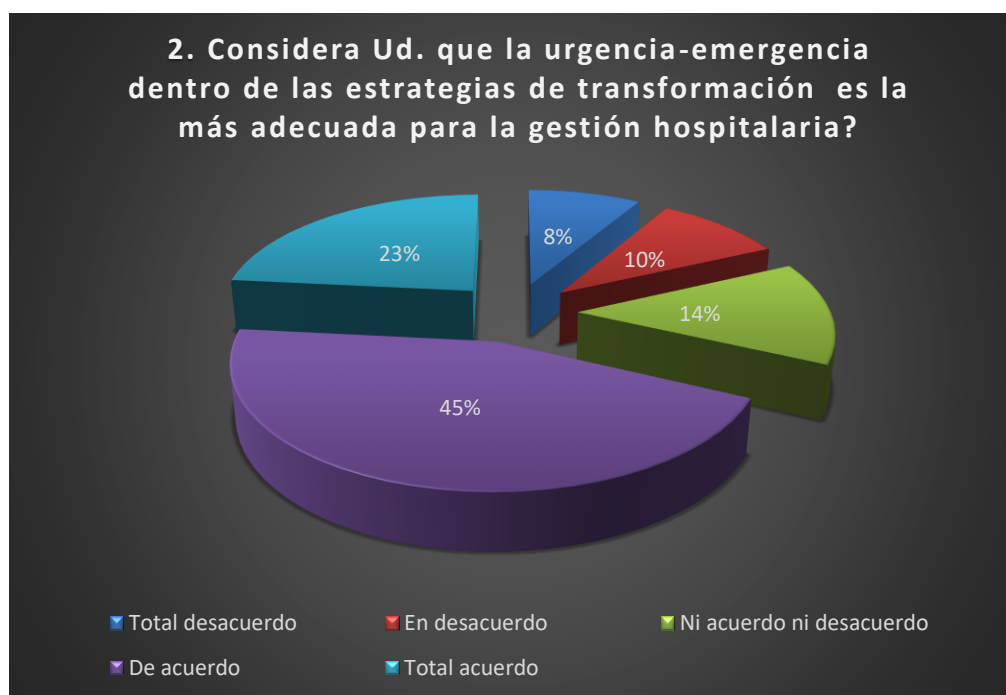


Tabla 7

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	8	8,0	8,0	8,0
En desacuerdo	9	10,0	10,0	18,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	13	14,0	14,0	32,0
De acuerdo	42	45,0	45,0	77,0
Total acuerdo	22	23,0	23,0	100,0

ANALISIS:

1. El 23% de los encuestados está en total acuerdo en que la urgencia-emergencia dentro de las estrategias de transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
2. El 45% de los encuestados está de en que la urgencia-emergencia dentro de las estrategias de transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
3. El 14% de los encuestados no está ni acuerdo ni desacuerdo en que la urgencia-emergencia dentro de las estrategias de transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
4. El 10% de los encuestados está en desacuerdo en que la urgencia-emergencia dentro de las estrategias de transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
5. El 8% de los encuestados está en total desacuerdo en que la urgencia-emergencia dentro de las estrategias de transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Figura 3

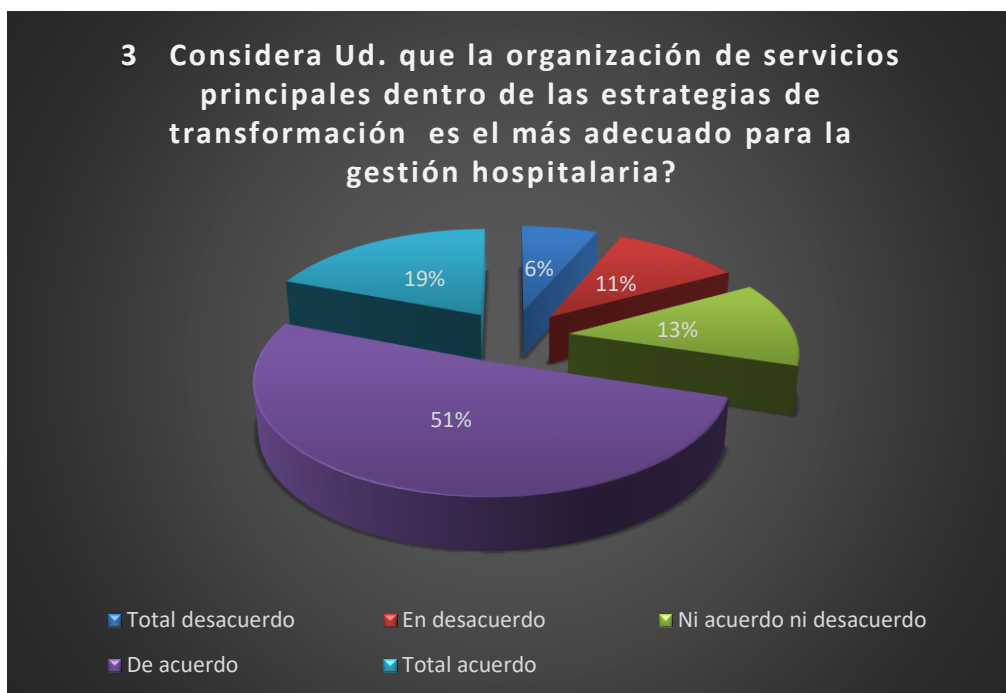


Tabla 8

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	6	6,0	6,0	6,0
En desacuerdo	10	11,0	11,0	17,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	12	13,0	13,0	30,0
De acuerdo	48	51,0	51,0	81,0
Total acuerdo	18	19,0	19,0	100,0

ANALISIS:

1. El 19% de los encuestados está en total acuerdo en que la organización de servicios principales dentro de las estrategias de transformación es el más adecuado para la gestión hospitalaria.
2. El 51% de los encuestados está de acuerdo en que la organización de servicios principales dentro de las estrategias de transformación es el

más adecuado para la gestión hospitalaria.

3. El 13% de los encuestados no está ni acuerdo ni desacuerdo en que la organización de servicios principales dentro de las estrategias de transformación es el más adecuado para la gestión hospitalaria.
4. El 11% de los encuestados está en desacuerdo en que la organización de servicios principales dentro de las estrategias de transformación es el más adecuado para la gestión hospitalaria.
5. El 6% de los encuestados está en total desacuerdo en que la organización de servicios principales dentro de las estrategias de transformación es el más adecuado para la gestión hospitalaria.

Tabla 9

X1	Estrategias de transformación	1	2	3	4	5	TOTAL
1	Considera Ud. que la ambulatorización de la atención dentro de las estrategias de transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	31	22	19	14	8	94
2	Considera Ud. que la urgencia-emergencia dentro de las estrategias de transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	22	42	13	9	8	94
3	Considera Ud. que la organización de servicios principales dentro de las estrategias de transformación es el más adecuado para la gestión hospitalaria?	18	48	12	10	6	94
TOTAL		71	112	44	33	22	282
%		25,17%	39,71%	15,60%	11,70%	7,80%	100,00%

4. 1.1 Análisis de la dimensión estrategias de planificación

Al hacer el análisis de la dimensión estrategias de planificación se encuentra que un 39,71 % de los encuestados está de acuerdo en que la ambulatorización de la atención, que la urgencia-emergencia y que la organización de servicios principales dentro de las estrategias de transformación es el más adecuado para la gestión hospitalaria, pero si se le adiciona los que están totalmente de acuerdo entonces se alcanza un 64.88 % contra un 15,60% de indecisos, un 11,70% que están en desacuerdo y un 7.80 % de encuestados que están en total desacuerdo.

A partir de los resultados obtenidos para las preguntas 01, 02 y 03, se llega a la conclusión que se ha comprobado la hipótesis específica 1, que plantea: Las estrategias de transformación se relacionan directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Esta comprobación se basa en que, en el análisis conjunto de las variables e indicadores para este problema, una mayoría no significativa (64.88 %) de los encuestados, está de acuerdo en que la ambulatorización de la atención, que la urgencia-emergencia y que la organización de servicios principales dentro de las estrategias de transformación es el más adecuado para la gestión hospitalaria.

Los resultados estadísticos obtenidos para la dimensión estrategias de planificación son ratificados y/o justificados por concepciones de la doctrina, por lo que, de una manera general la hipótesis específica en mención es comprobada fehacientemente.

Figura 4

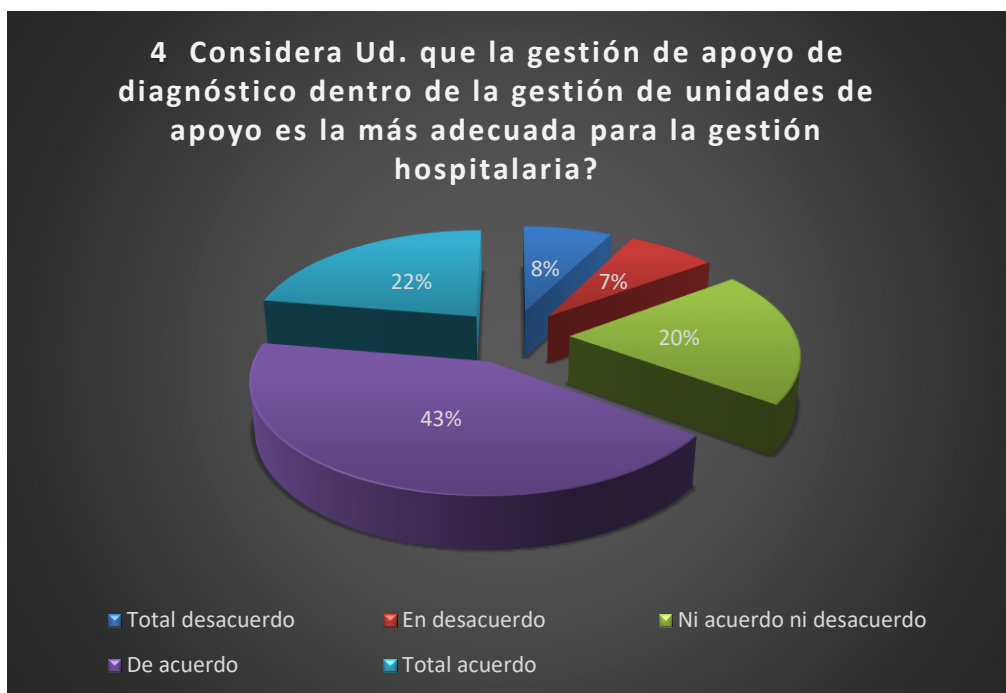


Tabla 10

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	7	8,0	8,0	8,0
En desacuerdo	7	7,0	8,0	16,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	19	20,0	20,0	36,0
De acuerdo	40	43,0	42,0	78,0
Total acuerdo	21	22,0	22,0	100,0

ANALISIS:

1. El 22% de los encuestados está en total acuerdo en que la gestión de apoyo de diagnóstico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
2. El 43% de los encuestados está de acuerdo en que la gestión de apoyo de diagnóstico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

3. El 20% de los encuestados no está ni acuerdo ni desacuerdo en que la gestión de apoyo de diagnóstico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
4. El 8% de los encuestados está en desacuerdo en que la gestión de apoyo de diagnóstico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
5. El 7% de los encuestados está en total desacuerdo en que la gestión de apoyo de diagnóstico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Figura 5

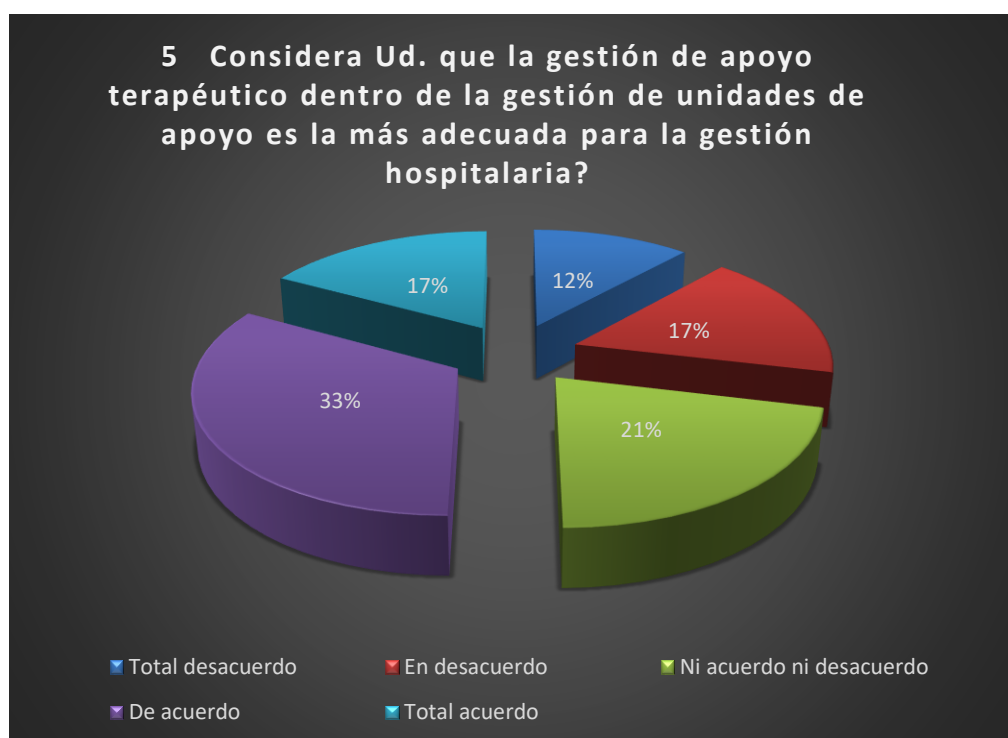


Tabla 11

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	11	12,0	12,0	12,0
En desacuerdo	16	17,0	17,0	29,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	20	21,0	21,0	50,0
De acuerdo	31	33,0	33,0	83,0
Total acuerdo	16	17,0	17,0	100,0

ANALISIS:

1. El 17% de los encuestados está en total acuerdo en que la gestión de apoyo terapéutico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
2. El 33% de los encuestados está de acuerdo en que la gestión de apoyo terapéutico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
3. El 21% de los encuestados no está ni acuerdo ni en desacuerdo en que la gestión de apoyo terapéutico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
4. El 17% de los encuestados está en desacuerdo en que la gestión de apoyo terapéutico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
5. El 12% de los encuestados está en total desacuerdo en que la gestión de apoyo terapéutico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Figura 6

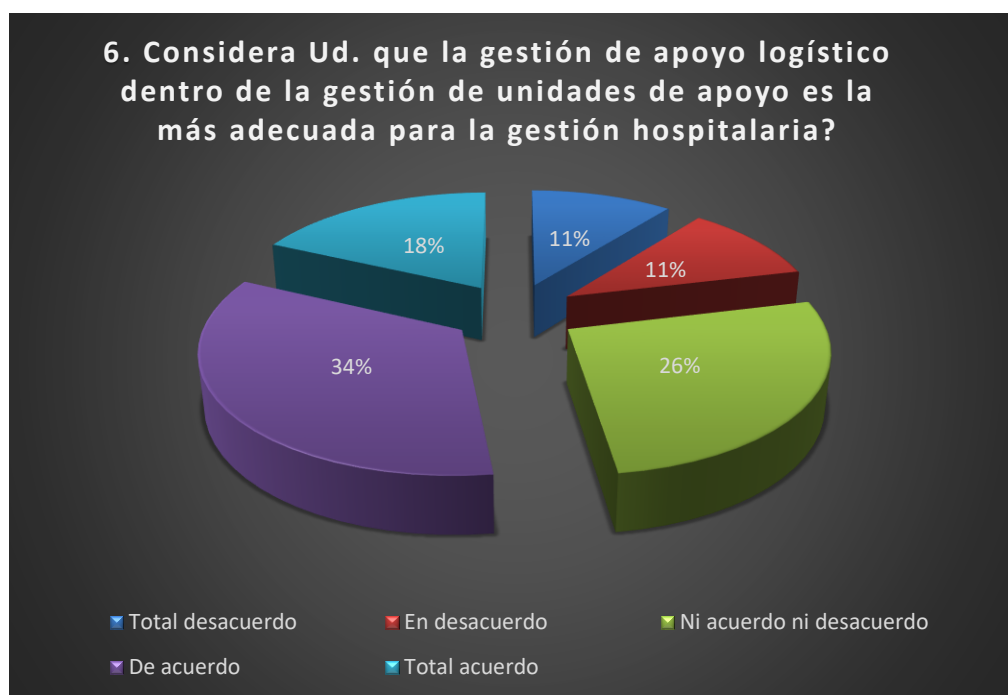


Tabla 12

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	10	11,0	11,0	11,0
En desacuerdo	10	11,0	11,0	22,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	25	26,0	26,0	48,0
De acuerdo	32	34,0	34,0	82,0
Total acuerdo	17	18,0	18,0	100,0

ANALISIS:

1. El 18% de los encuestados está en total acuerdo en que la gestión de apoyo logístico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
2. El 34% de los encuestados está de acuerdo en que la gestión de apoyo logístico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más

adecuada para la gestión hospitalaria.

3. El 26% de los encuestados esta ni acuerdo ni en desacuerdo en que la gestión de apoyo logístico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
4. El 11% de los encuestados está en desacuerdo en que la gestión de apoyo logístico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
5. El 11% de los encuestados está en total desacuerdo en que la gestión de apoyo logístico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Tabla 13

X2	Gestión de unidades de apoyo	1	2	3	4	5	TOTAL
4	Considera Ud. que la gestión de apoyo de diagnóstico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	21	40	19	7	7	94
5	Considera Ud. que la gestión de apoyo terapéutico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	16	31	20	16	11	94
6	Considera Ud. que la gestión de apoyo logístico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	17	32	25	10	10	94
TOTAL		54	103	64	33	28	282
%		19,14%	36,52%	22,69%	11,70%	9,92%	100,00%

4.1.2 Análisis de la dimensión Gestión de unidades de apoyo

Al hacer el análisis de la dimensión gestión de unidades de apoyo se encuentra que un 36,52 % de los encuestados está de acuerdo en que la gestión de apoyo de diagnóstico, que la gestión de apoyo terapéutico y que la gestión de apoyo logístico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria, pero si se le adiciona los que están totalmente de acuerdo entonces se alcanza un 55,66% contra un 22,69% de indecisos, un 11.70 % que están en desacuerdo y un 9,92% de encuestados que están en total desacuerdo.

A partir de los resultados obtenidos para las preguntas 04, 05 y 06, se llega a la conclusión que se ha comprobado la hipótesis específica 2, que plantea: La Gestión de unidades de apoyo se relacionan directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Esta comprobación se basa en que, en el análisis conjunto de las variables e indicadores para este problema, una mayoría no significativa (55,66%) de los encuestados, está de acuerdo en que la gestión de apoyo de diagnóstico, que la gestión de apoyo terapéutico y que la gestión de apoyo logístico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Los resultados estadísticos obtenidos para la dimensión gestión de unidades de apoyo son ratificados y/o justificados por concepciones de la doctrina, por lo que, de una manera general la hipótesis específica en mención es comprobada fehacientemente.

Figura 7



Tabla 14

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	15	16,0	16,0	16,0
En desacuerdo	19	20,0	20,0	36,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	26	28,0	28,0	64,0
De acuerdo	20	21,0	21,0	85,0
Total acuerdo	14	15,0	15,0	100,0

ANALISIS:

1. El 15% de los encuestados está en total acuerdo en que la gestión económica dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
2. El 21% de los encuestados está de acuerdo en que la gestión económica dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

3. El 28% de los encuestados esta ni acuerdo ni en desacuerdo en que la gestión económica dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
4. El 20% de los encuestados está en desacuerdo en que la gestión económica dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
5. El 16% de los encuestados está en total desacuerdo en que la gestión económica dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Figura 8

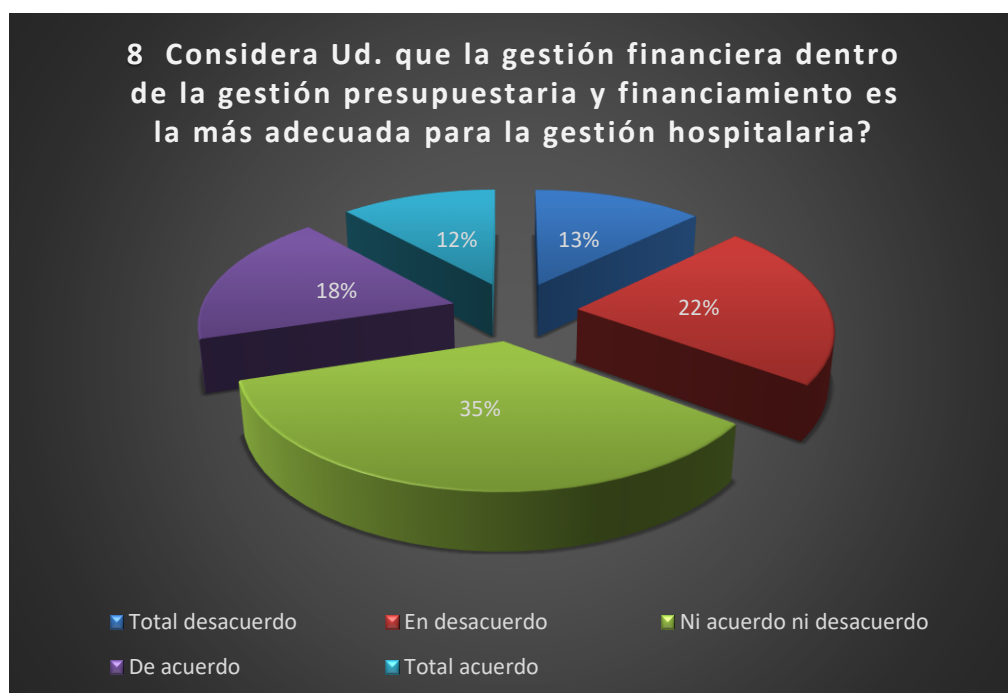


Tabla 15

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	12	13,0	13,0	13,0
En desacuerdo	21	22,0	22,0	35,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	33	35,0	35,0	70,0
De acuerdo	17	18,0	18,0	88,0
Total acuerdo	11	12,0	12,0	100,0

ANALISIS:

1. El 12% de los encuestados está en total acuerdo en que la gestión financiera dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
2. El 18% de los encuestados está de acuerdo en que la gestión financiera dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
3. El 35% de los encuestados esta ni acuerdo ni en desacuerdo en que la gestión financiera dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
4. El 22% de los encuestados está en desacuerdo en que la gestión financiera dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
5. El 13% de los encuestados está en total desacuerdo en que la gestión financiera dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Figura 9

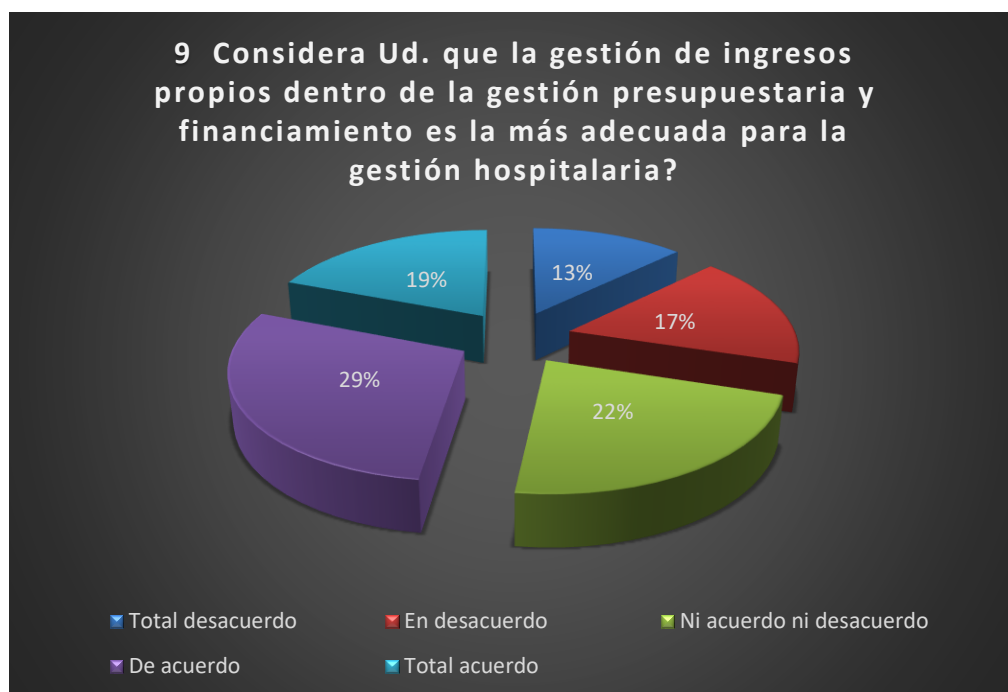


Tabla 16

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	12	13,0	13,0	13,0
En desacuerdo	16	17,0	17,0	30,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	21	22,0	22,0	52,0
De acuerdo	27	29,0	29,0	81,0
Total acuerdo	18	19,0	19,0	100,0

ANALISIS:

1. El 19% de los encuestados está en total acuerdo en que la gestión de ingresos propios dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
2. El 29% de los encuestados está de acuerdo en que la gestión de ingresos propios dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento

es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

3. El 22% de los encuestados esta ni acuerdo ni en desacuerdo en que la gestión de ingresos propios dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
4. El 17% de los encuestados está en desacuerdo en que la gestión de ingresos propios dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.
5. El 13% de los encuestados está en total desacuerdo en que la gestión de ingresos propios dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Tabla 17

X3 Gestión presupuestaria y financiamiento		1	2	3	4	5	TOTAL
7	Considera Ud. que la gestión económica dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	14	20	26	19	15	94
8	Considera Ud. que la gestión financiera dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	11	17	33	21	12	94
9	Considera Ud. que la gestión de ingresos propios dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	18	27	21	16	12	94
TOTAL		43	64	80	56	39	282
%		15,24%	22,69%	28,36%	19,85%	13,82%	100,00%

4.1.3 Análisis de la dimensión gestión presupuestaria y financiamiento

Al hacer el análisis de la dimensión gestión presupuestaria y financiamiento se encuentra que un 22,69 % de los encuestados está de acuerdo en que la gestión económica, que la gestión financiera y que la gestión de ingresos propios dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria pero si se le adiciona los que están totalmente de acuerdo entonces se alcanza un 37,93 % contra un 28,36% de indecisos, un 19,85 % que están en desacuerdo y un 13,82% de encuestados que están en total desacuerdo.

A partir de los resultados obtenidos para las preguntas 07, 08 y 09, se llega a la conclusión que se ha comprobado la hipótesis específica 3, que plantea: La Gestión presupuestaria y financiamiento se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Esta comprobación se basa en que, en el análisis conjunto de las variables e indicadores para este problema, una minoría (37,93 %) de los encuestados, está de acuerdo en que la gestión económica, que la gestión financiera y que la gestión de ingresos propios dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Los resultados estadísticos obtenidos para la dimensión gestión presupuestaria y financiamiento son ratificados y/o justificados por concepciones de la doctrina, por lo que, de una manera general la hipótesis específica en mención es comprobada fehacientemente.

Figura 10

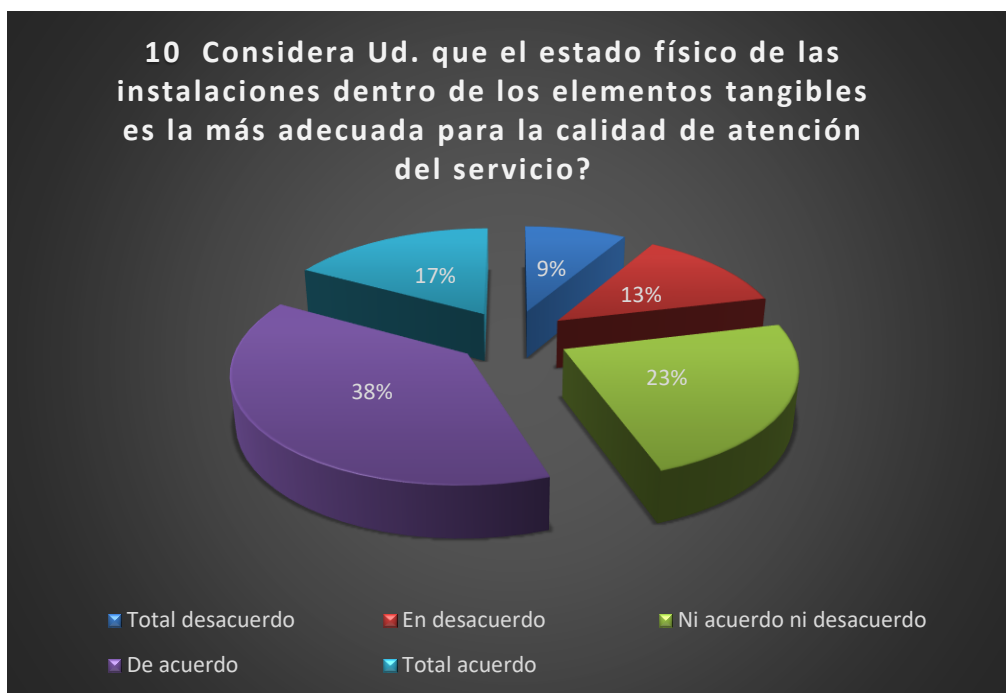


Tabla 18

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	8	9,0	9,0	9,0
En desacuerdo	12	13,0	13,0	22,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	22	23,0	23,0	45,0
De acuerdo	36	38,0	38,0	83,0
Total acuerdo	16	17,0	17,0	100

ANALISIS:

1. El 17% de los encuestados está en total acuerdo en que el estado físico de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
2. El 38% de los encuestados está de acuerdo en que el estado físico de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

3. El 23% de los encuestados está ni acuerdo ni en desacuerdo en que el estado físico de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
4. El 13% de los encuestados está en desacuerdo en que el estado físico de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
5. El 9% de los encuestados está en total desacuerdo en que el estado físico de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

Figura 11

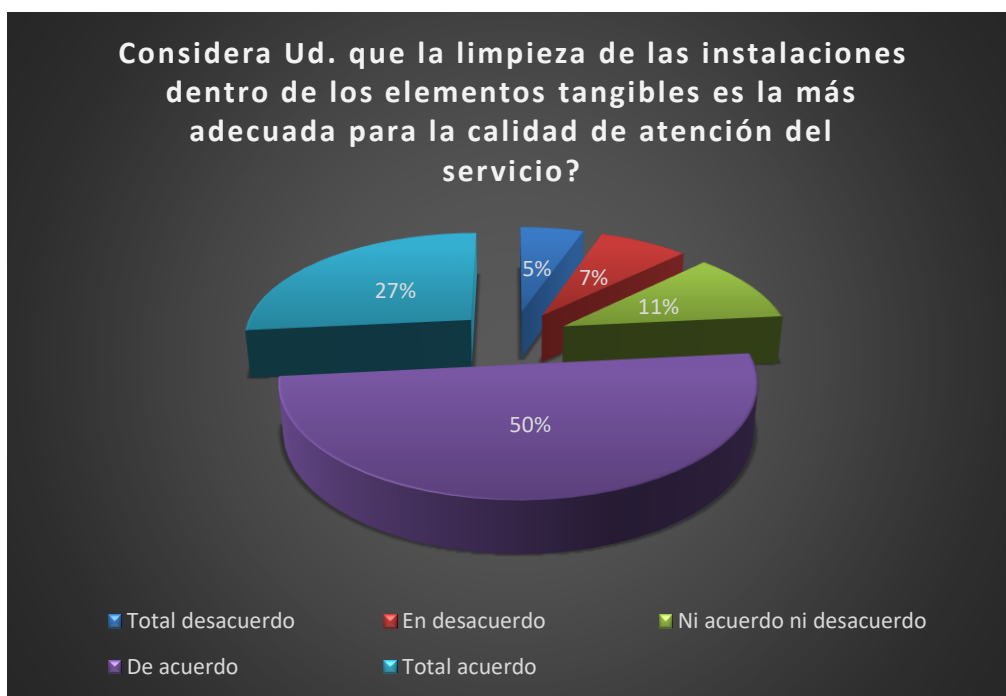


Tabla 19

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	5	5,0	5,0	5,0
En desacuerdo	7	7,0	7,0	12,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	10	11,0	11,0	23,0
De acuerdo	47	50,0	50,0	73,0
Total acuerdo	25	27,0	27,0	100

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	5	5.0	5.0	5.0
En desacuerdo	7	7.0	7.0	12.0
Ni acuerdo ni desacuerdo	10	11.0	11.0	23.0
De acuerdo	47	50.0	50.0	73.0
Total acuerdo	25	27.0	27.0	100

ANALISIS:

1. El 27% de los encuestados está en total acuerdo en que la limpieza de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
2. El 50% de los encuestados está de acuerdo en que la limpieza de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
3. El 11% de los encuestados esta ni acuerdo ni en desacuerdo en que la limpieza de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
4. El 7% de los encuestados está en desacuerdo en que la limpieza de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

5. El 5% de los encuestados está en total desacuerdo en que la limpieza de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

Figura 12

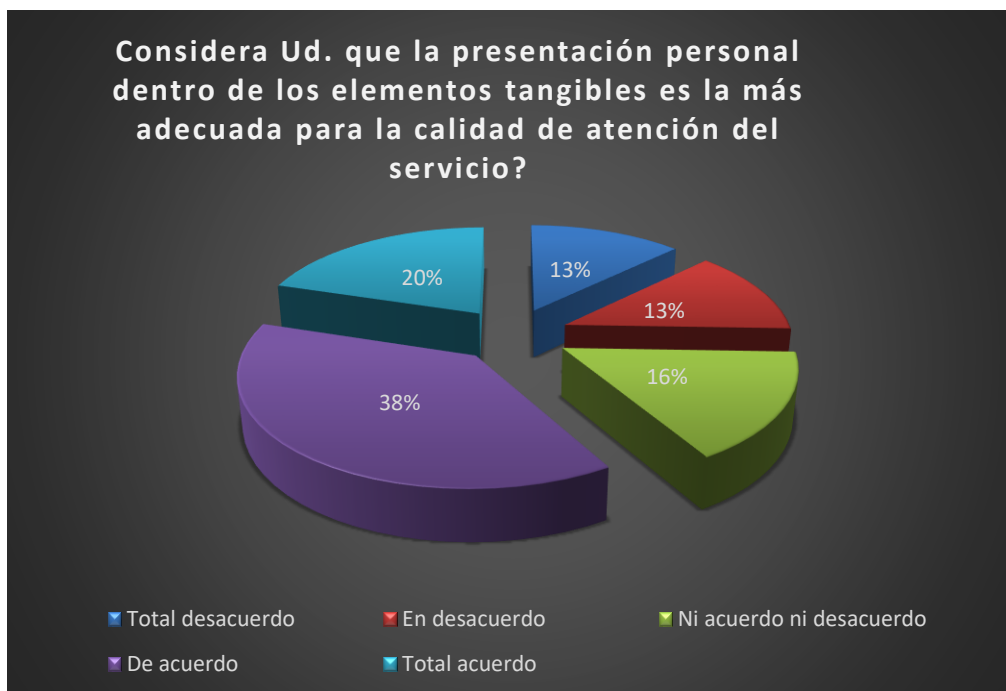


Tabla 20

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	12	13,0	13,0	13,0
En desacuerdo	12	13,0	13,0	26,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	15	16,0	16,0	42,0
De acuerdo	36	38,0	38,0	80,0
Total acuerdo	19	20,0	20,0	100

ANALISIS:

1. El 20% de los encuestados está en total acuerdo en que la presentación personal dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
2. El 38% de los encuestados está de acuerdo en que la presentación personal dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
3. El 16% de los encuestados esta ni de acuerdo ni desacuerdo en que la presentación personal dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
4. El 13% de los encuestados está en desacuerdo en que la presentación personal dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
5. El 13% de los encuestados está en total desacuerdo en que la presentación personal dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

Figura 13

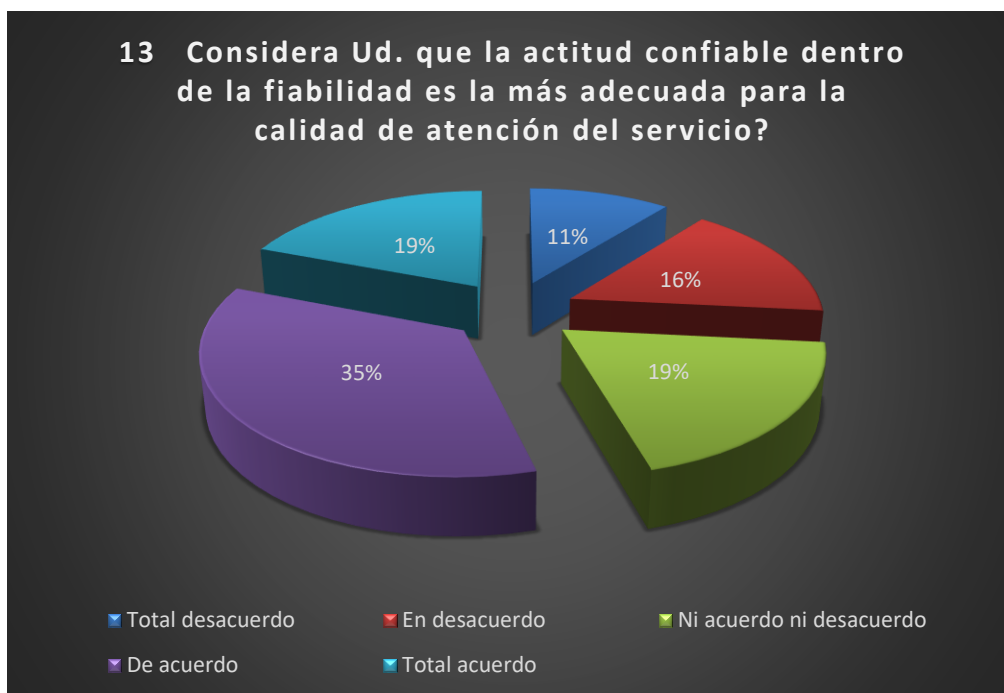


Tabla 21

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	10	11,0	11,0	11,0
En desacuerdo	15	16,0	16,0	27,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	18	19,0	19,0	46,0
De acuerdo	33	35,0	35,0	81,0
Total acuerdo	18	19,0	19,0	100

ANALISIS:

1. El 19% de los encuestados está en total acuerdo en que la actitud confiable dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
2. El 35% de los encuestados está de acuerdo en que la actitud confiable dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

3. El 19% de los encuestados esta ni acuerdo ni en desacuerdo en que la actitud confiable dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
4. El 16% de los encuestados está en desacuerdo en que la actitud confiable dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
5. El 11% de los encuestados está en total desacuerdo en que la actitud confiable dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

Figura 14

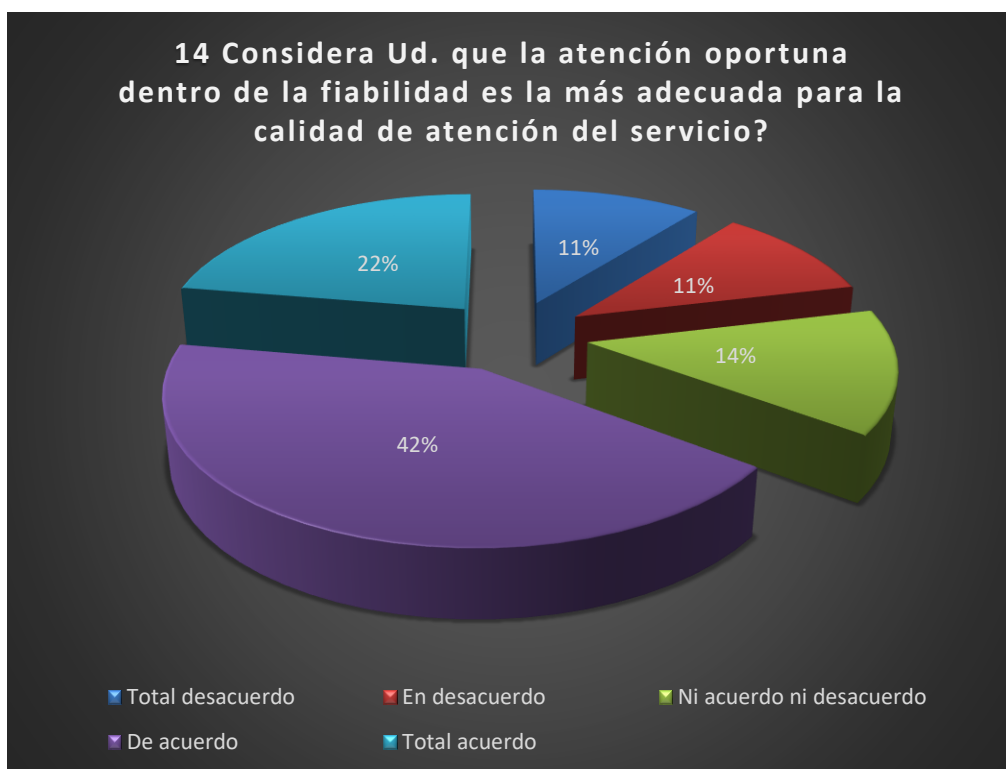


Tabla 22

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	10	11,0	11,0	11,0
En desacuerdo	10	11,0	11,0	22,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	13	14,0	14,0	36,0
De acuerdo	40	42,0	42,0	78,0
Total acuerdo	21	22,0	22,0	100

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	5	5.0	5.0	5.0
En desacuerdo	7	7.0	7.0	12.0
Ni acuerdo ni desacuerdo	10	11.0	11.0	23.0
De acuerdo	47	50.0	50.0	73.0
Total acuerdo	25	27.0	27.0	100

ANALISIS:

1. El 22% de los encuestados está en total acuerdo en que la atención oportuna dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
2. El 42% de los encuestados está de acuerdo en que la atención oportuna dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
3. El 14% de los encuestados esta ni acuerdo ni en desacuerdo en que la atención oportuna dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
4. El 11% de los encuestados está en desacuerdo en que la atención oportuna dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

5. El 11% de los encuestados está en total desacuerdo en que la atención oportuna dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

Figura 15

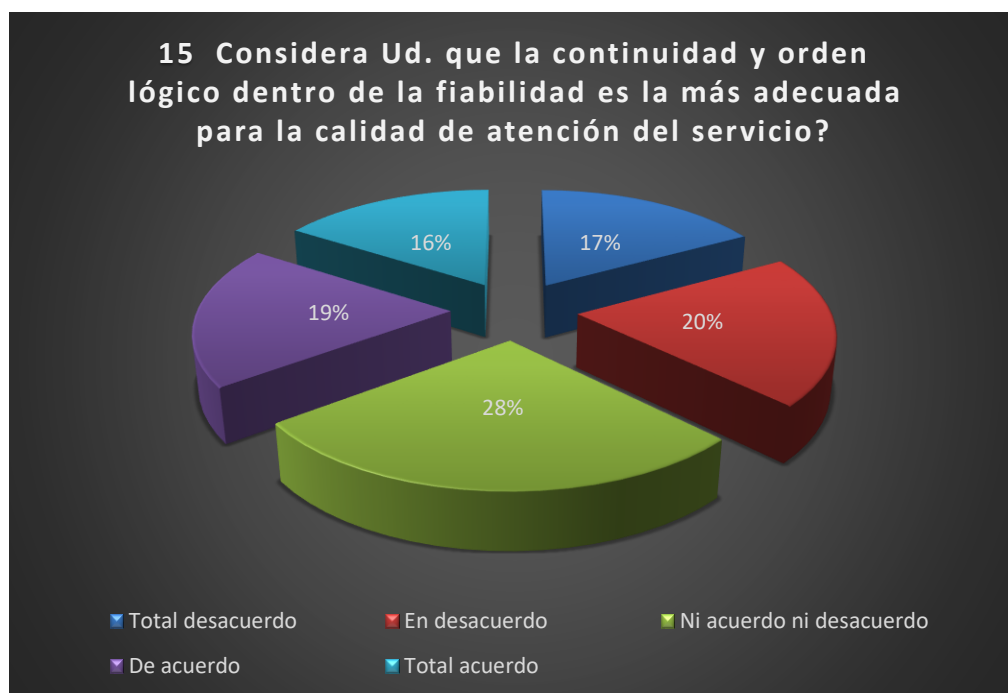


Tabla 23

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	16	17,0	17,0	17,0
En desacuerdo	19	20,0	20,0	37,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	26	28,0	28,0	65,0
De acuerdo	18	19,0	19,0	84,0
Total acuerdo	15	16,0	16,0	100

ANALISIS:

1. El 16% de los encuestados está en total acuerdo en que la continuidad y orden lógico dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la

calidad de atención del servicio.

2. El 19% de los encuestados está de acuerdo en que la continuidad y orden lógico dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
3. El 28% de los encuestados esta ni de acuerdo ni desacuerdo en que la continuidad y orden lógico dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
4. El 20% de los encuestados está en desacuerdo en que la continuidad y orden lógico dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
5. El 17% de los encuestados está en total desacuerdo en que la continuidad y orden lógico dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

Figura 16

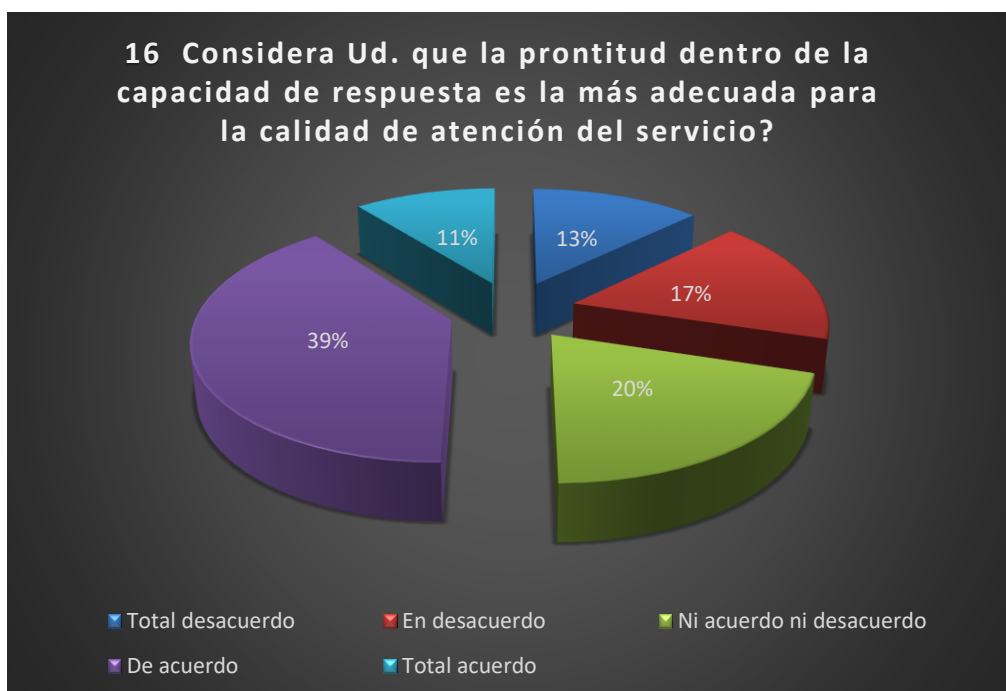


Tabla 24

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	12	13,0	13,0	13,0
En desacuerdo	16	17,0	17,0	30,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	19	20,0	20,0	50,0
De acuerdo	37	39,0	39,0	89,0
Total acuerdo	10	11,0	11,0	100

ANALISIS:

1. El 11% de los encuestados está en total acuerdo en que la prontitud dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
2. El 39% de los encuestados está de acuerdo en que la prontitud dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
3. El 20% de los encuestados esta ni acuerdo ni en desacuerdo en que la prontitud dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
4. El 17% de los encuestados está en desacuerdo en que la prontitud dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
5. El 13% de los encuestados está en total desacuerdo en que la prontitud dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

Figura 17

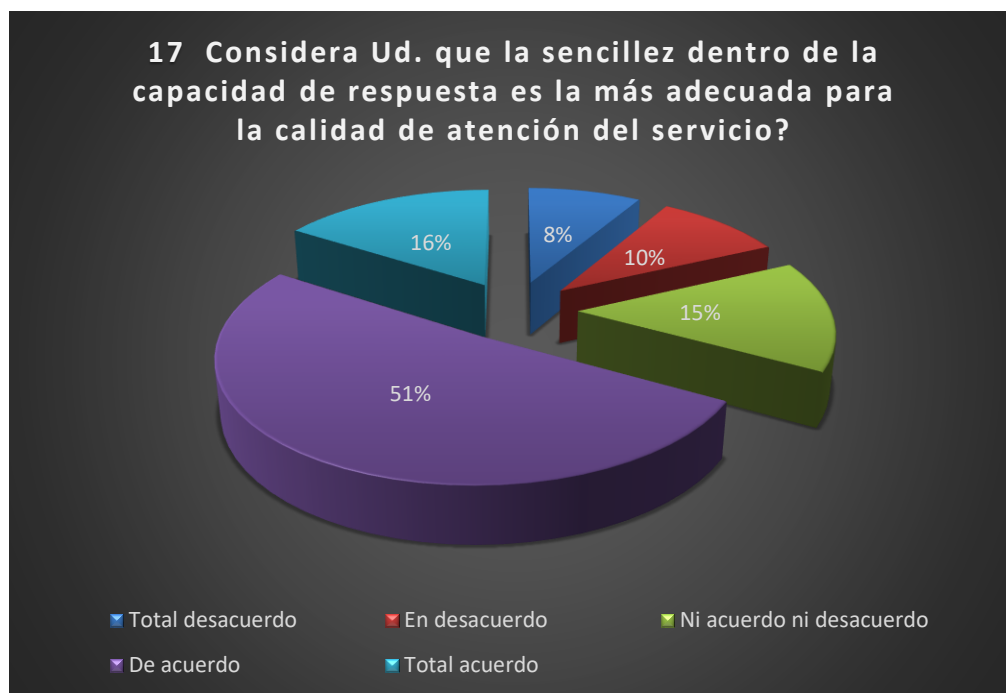


Tabla 25

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	8	8,0	8,0	8,0
En desacuerdo	9	10,0	10,0	18,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	14	15,0	15,0	33,0
De acuerdo	48	51,0	51,0	84,0
Total acuerdo	15	16,0	16,0	100

ANALISIS:

1. El 16% de los encuestados está en total acuerdo en que la sencillez dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

2. El 51% de los encuestados está de en que la sencillez dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
3. El 15% de los encuestados esta ni acuerdo ni en desacuerdo en que la sencillez dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
4. El 10% de los encuestados está en desacuerdo en que la sencillez dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
5. El 8% de los encuestados está en total desacuerdo en que la sencillez dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

Figura 18

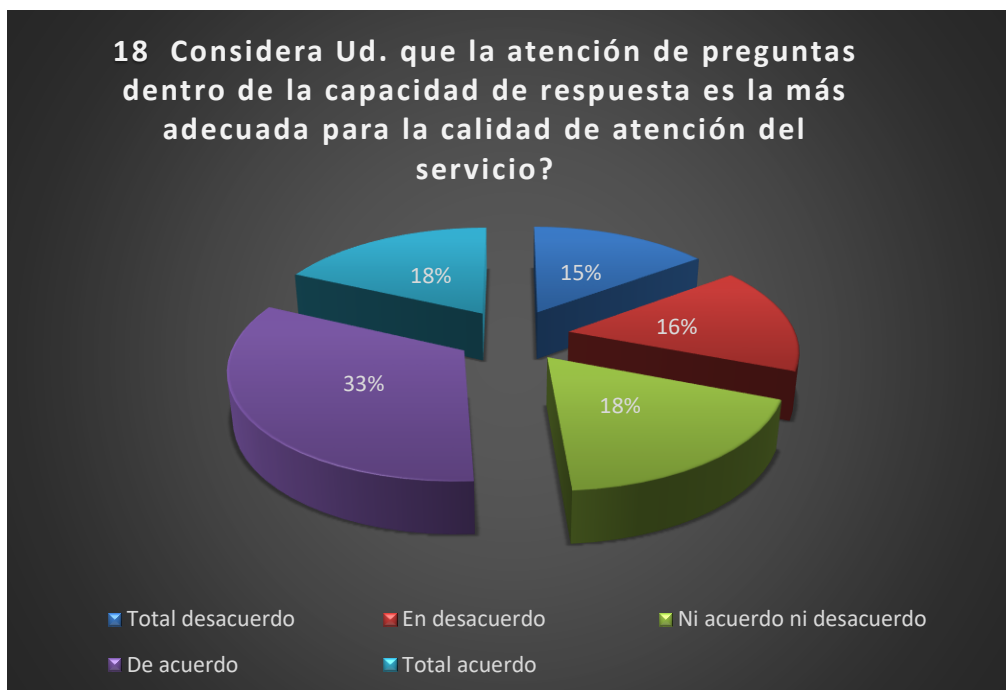


Tabla 26

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Total desacuerdo	14	15,0	15,0	15,0
En desacuerdo	15	16,0	16,0	31,0
Ni acuerdo ni desacuerdo	17	18,0	18,0	49,0
De acuerdo	31	33,0	33,0	82,0
Total acuerdo	17	18,0	18,0	100

ANALISIS:

1. El 18% de los encuestados está en total acuerdo en que la atención de preguntas dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
2. El 33% de los encuestados está de acuerdo en que la atención de preguntas dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
3. El 18% de los encuestados esta ni de acuerdo ni desacuerdo en que la atención de preguntas dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
4. El 16% de los encuestados está en desacuerdo en que la atención de preguntas dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.
5. El 15% de los encuestados está en total desacuerdo en que la atención de preguntas dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio.

Tabla 27

Y	Variable Y	1	2	3	4	5	TOTAL
10	Considera Ud. que el estado físico de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	16	36	22	12	8	94
11	Considera Ud. que la limpieza de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	25	47	10	7	5	94
12	Considera Ud. que la presentación personal dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	19	36	15	12	12	94
13	Considera Ud. que la actitud confiable dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	18	33	18	15	10	94
14	Considera Ud. que la atención oportuna dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	21	40	13	10	10	94
15	Considera Ud. que la continuidad y orden lógico dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	15	18	26	19	16	94
16	Considera Ud. que la prontitud dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	10	37	19	16	12	94
17	Considera Ud. que la sencillez dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	15	48	14	9	8	94
18	Considera Ud. que la atención de preguntas dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	17	31	17	15	14	94
TOTAL		156	326	154	115	95	846
%		18,43%	38,53%	18,20%	13,59%	11,22%	100,00%

4.1.4 Análisis de la variable Y

Al hacer el análisis de la variable Y se encuentra que un 38,53 % de los encuestados está de acuerdo en que el estado físico de las instalaciones, que la limpieza de las instalaciones, que la presentación personal, que la actitud confiable, que la atención oportuna, que la continuidad y orden lógico, que la prontitud, que la sencillez y que la atención de preguntas es la más adecuada para la calidad de atención del servicio pero si se le adiciona los que están totalmente de acuerdo entonces se alcanza un 56,96 % contra un 18,20% de indecisos, un 13,59 % que están en desacuerdo y un 11,22% de encuestados que están en total desacuerdo.

Esta comprobación se basa en que, en el análisis conjunto de las variables e indicadores para este problema, una mayoría no significativa (56.96 %) de los encuestados, está de acuerdo en que la calidad del servicio, la satisfacción del mismo y la demanda son los más adecuados.

Los resultados estadísticos obtenidos para la variable Y son ratificados y/o justificados por concepciones de la doctrina.

4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación 01

Las estrategias de transformación se relacionan directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército AF-2016.

Hipótesis Nula 01

Las estrategias de transformación no se relacionan directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Tabla 28**Resumen de procesamiento de casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Calidad de Atención * Estrategias de transformación	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

Tabla 29**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,032 ^a	16	,024
Razón de verosimilitud	33,560	16	,006
Asociación lineal por lineal	3,921	1	,048
N de casos válidos	94		

a. 20 casillas (95,0%) han esperado un recuento menor que 0,5

Como la probabilidad de ocurrencia de 0.024 Estadísticamente es menor que 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis de investigación H_1 : Las estrategias de transformación se relacionan directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Hipótesis de investigación 02

La Gestión de unidades de apoyo se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Hipótesis nula 02

La Gestión de unidades de apoyo no se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Tabla 30

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Calidad de Atención * Gestión de unidades de apoyo	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

Tabla 31

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,927 ^a	16	,024
Razón de verosimilitud	37,586	16	,002
Asociación lineal por lineal	2,038	1	,153
N de casos válidos	94		

a. 20 casillas (90,0%) han esperado un recuento menor que 5

Como la probabilidad de ocurrencia de 0.024 Estadísticamente es menor que 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula 02 y se acepta la hipótesis de investigación 02: La Gestión de unidades de apoyo se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Hipótesis de investigación 03

La Gestión presupuestaria y financiamiento se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Hipótesis Nula 03

La Gestión presupuestaria y financiamiento no se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Tabla 32

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Calidad de Atención * Gestión presupuestaria y financiamiento	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

Tabla 33

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,033 ^a	16	,037
Razón de verosimilitud	31,427	16	,012
Asociación lineal por lineal	4,630	1	,031
N de casos válidos	94		

a. 20 casillas (92,0%) han esperado un recuento menor que 5.

Como la probabilidad de ocurrencia de 0.037 Estadísticamente es menor que 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula 03 y se acepta la hipótesis de investigación 03: La Gestión presupuestaria y financiamiento se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

4.3 DISCUSIÓN

a. Estrategias de planificación

Al hacer el análisis de la dimensión estrategias de planificación se encuentra que un 39,71 % de los encuestados está de acuerdo en que la ambulatorización de la atención, que la urgencia-emergencia y que la organización de servicios principales dentro de las estrategias de transformación es el más adecuado para la gestión hospitalaria, pero si se le adiciona los que están totalmente de acuerdo entonces se alcanza un 64.88 % contra un 15,60% de indecisos, un 11,70% que están en desacuerdo y un 7.80 % de encuestados que están en total desacuerdo.

Esta comprobación se basa en que, en el análisis conjunto de las variables e indicadores para este problema, una mayoría no significativa (64.88 %) de los encuestados, está de acuerdo en que la ambulatorización de la atención, que la urgencia-emergencia y que la organización de servicios principales dentro de las estrategias de transformación es el más adecuado para la gestión hospitalaria.

Los resultados estadísticos obtenidos para la dimensión estrategias de planificación son ratificados y/o justificados por concepciones de la doctrina, por lo que, de una manera general la hipótesis específica en mención es comprobada fehacientemente.

Sin embargo se requiere continuar con el monitoreo para la adecuada toma de decisiones, ya que este proceso permanente de recolección y análisis de los datos sirve para evaluar el cumplimiento de los estándares, medir los logros y asegurar la sostenibilidad de las mejoras implementadas.

b. Gestión de unidades de apoyo

Al hacer el análisis de la dimensión gestión de unidades de apoyo se encuentra que un 36,52 % de los encuestados está de acuerdo en que la gestión de apoyo de diagnóstico, que la gestión de apoyo terapéutico y que la gestión de apoyo logístico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria, pero si se le adiciona los que están totalmente de acuerdo entonces se alcanza un 55,66% contra un 22,69% de indecisos, un 11.70 % que están en desacuerdo y un 9,92% de encuestados que están en total desacuerdo.

Esta comprobación se basa en que, en el análisis conjunto de las variable se indicadores para este problema, una mayoría no significativa (55,66%) de los encuestados, está de acuerdo en que la gestión de apoyo de diagnóstico, que la gestión de apoyo terapéutico y que la gestión de apoyo logístico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Los resultados estadísticos obtenidos para la dimensión gestión de unidades de apoyo son ratificados y/o justificados por concepciones de la doctrina, por lo que, de una manera general la hipótesis específica en mención es comprobada fehacientemente.

Sin embargo se requiere un estudio detallado para desarrollar un adecuado plan de mejora de la calidad de atención en la Unidad de Emergencia del Hospital, el cual estará centrado en la mejora de las

relaciones interpersonales, capacitación al personal de salud, para el análisis y propuestas de mejora de los procesos de atención.

c. Gestión presupuestaria y financiamiento

Al hacer el análisis de la dimensión gestión presupuestaria y financiamiento se encuentra que un 22,69 % de los encuestados está de acuerdo en que la gestión económica, que la gestión financiera y que la gestión de ingresos propios dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria pero si se le adiciona los que están totalmente de acuerdo entonces se alcanza un 37,93 % contra un 28,36% de indecisos, un 19,85 % que están en desacuerdo y un 13,82% de encuestados que están en total desacuerdo.

Esta comprobación se basa en que, en el análisis conjunto de las variables e indicadores para este problema, una minoría (37,93 %) de los encuestados, está de acuerdo en que la gestión económica, que la gestión financiera y que la gestión de ingresos propios dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Los resultados estadísticos obtenidos para la dimensión gestión presupuestaria y financiamiento son ratificados y/o justificados por concepciones de la doctrina, por lo que, de una manera general la hipótesis específica en mención es comprobada fehacientemente.

Sin embargo se requiere que se valore las necesidades de recurso, equipamiento y mejora de la infraestructura del Hospital Militar Central - Emergencias, para favorecer y mejorar la atención a la población adscrita al hospital.

d. Variable Y

Al hacer el análisis de la variable Y se encuentra que un 38,53 % de los encuestados está de acuerdo en que el estado físico de las instalaciones, que la limpieza de las instalaciones, que la presentación personal, que la actitud confiable, que la atención oportuna, que la continuidad y orden lógico, que la prontitud, que la sencillez y que la atención de preguntas es la más adecuada para la calidad de atención del servicio pero si se le adiciona los que están totalmente de acuerdo entonces se alcanza un 56,96 % contra un 18,20% de indecisos, un 13,59 % que están en desacuerdo y un 11,22% de encuestados que están en total desacuerdo.

Esta comprobación se basa en que, en el análisis conjunto de las variables e indicadores para este problema, una mayoría no significativa (56.96 %) de los encuestados, está de acuerdo en que la calidad del servicio, la satisfacción del mismo y la demanda son los más adecuados.

Los resultados estadísticos obtenidos para la variable Y son ratificados y/o justificados por concepciones de la doctrina.

CONCLUSIONES

La realización de este estudio ha brindado datos empíricos acerca de la gestión hospitalaria y la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

1. Teniendo en consideración la hipótesis específica “a” que señala: Las estrategias de transformación se relacionan directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército ha quedado demostrado que existe una relación directa entre ambas, contrastada con el rechazo de la hipótesis nula correspondiente se ha podido determinar que el grado de relación de las estrategias de transformación se relacionan directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército, observándose una influencia de mayoría vinculantemente aceptable caracterizada especialmente porque los contenidos factuales requieren comprender su significación.

La gestión hospitalaria se articula con la investigación porque es parte del mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Al hacer el análisis de la dimensión estrategias de planificación se encuentra que un 39,71 % de los encuestados está de acuerdo en que la ambulatorización de la atención, que la urgencia-emergencia y que la organización de servicios principales dentro de las estrategias de transformación es el más adecuado para la gestión hospitalaria, pero si se le adiciona los que están totalmente de acuerdo entonces se alcanza un 64.88 % contra un 15,60% de indecisos, un 11,70% que están en desacuerdo y un 7.80 % de encuestados que están en total desacuerdo.

Esta comprobación se basa en que, en el análisis conjunto de las variables e indicadores para este problema, una mayoría no significativa (64.88 %) de los encuestados, está de acuerdo en que la ambulatorización de la

atención, que la urgencia-emergencia y que la organización de servicios principales dentro de las estrategias de transformación es el más adecuado para la gestión hospitalaria.

Los resultados estadísticos obtenidos para la dimensión estrategias de planificación son ratificados y/o justificados por concepciones de la doctrina, por lo que, de una manera general la hipótesis específica en mención es comprobada fehacientemente.

2. Teniendo en consideración la hipótesis específica “b” que señala: La Gestión de unidades de apoyo se relacionan directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército: Por tanto existe una relación directa entre ambas, contrastada con el rechazo de la hipótesis nula correspondiente se ha podido determinar el grado de relación de la gestión de unidades de apoyo y la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército, observándose una influencia de mayoría vinculantemente aceptable caracterizada especialmente porque los contenidos factuales requieren comprender su significación.

La de unidades de apoyo se articula con la investigación porque es parte importante para lograr una adecuada mejora de la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Al hacer el análisis de la dimensión gestión de unidades de apoyo se encuentra que un 36,52 % de los encuestados está de acuerdo en que la gestión de apoyo de diagnóstico, que la gestión de apoyo terapéutico y que la gestión de apoyo logístico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria, pero si se le adiciona los que están totalmente de acuerdo entonces se alcanza un 55,66% contra un 22,69% de indecisos, un 11.70 % que están en desacuerdo y un 9,92% de encuestados que están en total desacuerdo.

Esta comprobación se basa en que, en el análisis conjunto de las variables e indicadores para este problema, una mayoría no significativa (55,66%) de los encuestados, está de acuerdo en que la gestión de apoyo de diagnóstico, que la gestión de apoyo terapéutico y que la gestión de apoyo logístico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Los resultados estadísticos obtenidos para la dimensión gestión de unidades de apoyo son ratificados y/o justificados por concepciones de la doctrina, por lo que, de una manera general la hipótesis específica en mención es comprobada fehacientemente.

3. Teniendo en consideración la hipótesis específica “c” que señala: La Gestión presupuestaria y financiamiento se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército: Por tanto existe una relación directa entre ambas, contrastada con el rechazo de la hipótesis nula correspondiente se ha podido determinar el grado de relación de la gestión presupuestaria y financiamiento y la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército, observándose una influencia de mayoría vinculantemente aceptable caracterizada especialmente porque los contenidos factuales requieren comprender su significación.

La Gestión presupuestaria y financiamiento se articula con la investigación porque es parte importante para lograr una adecuada mejora de la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Al hacer el análisis de la dimensión gestión presupuestaria y financiamiento se encuentra que un 22,69 % de los encuestados está de acuerdo en que la gestión económica, que la gestión financiera y que la gestión de ingresos propios dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria pero si se le adiciona los que están

totalmente de acuerdo entonces se alcanza un 37,93 % contra un 28,36% de indecisos, un 19,85 % que están en desacuerdo y un 13,82% de encuestados que están en total desacuerdo.

Esta comprobación se basa en que, en el análisis conjunto de las variables e indicadores para este problema, una minoría (37,93 %) de los encuestados, está de acuerdo en que la gestión económica, que la gestión financiera y que la gestión de ingresos propios dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria.

Los resultados estadísticos obtenidos para la dimensión gestión presupuestaria y financiamiento son ratificados y/o justificados por concepciones de la doctrina, por lo que, de una manera general la hipótesis específica en mención es comprobada fehacientemente.

4. Teniendo en consideración la hipótesis general que señala: La Gestión Hospitalaria se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército queda establecido que todas las hipótesis específicas se relacionan directamente con la Calidad de atención en el servicio de emergencia, esto en razón que en los incisos precedentes estadísticamente ha quedado demostrado.
5. Las hipótesis probadas nos dieron un grado de aceptabilidad a la hipótesis alternativa, y bajo el contexto COVID se produjo lo mismo, una falta de Gestión Hospitalaria y baja en la Calidad de atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central. En ese contexto mi investigación aplicaría igual, incluso la falta de una adecuada gestión hospitalaria se vería incrementada y se debe extremar la atención a pacientes con COVID 19. La carencia de una adecuada gestión hospitalaria recién se vio cuando apareció la pandemia lo que trajo consigo también la baja en la Calidad de Atención, pero no solo sucedió en el Hospital Militar, sino en todos los centros de salud.

RECOMENDACIONES

1. Continuar con el monitoreo para la adecuada toma de decisiones, ya que este proceso permanente de recolección y análisis de los datos sirve para evaluar el cumplimiento de los estándares, medir los logros y asegurar la sostenibilidad de las mejoras implementadas.
2. Desarrollar un Plan de mejora de la calidad de atención en la Unidad de Emergencia del Hospital, centrado en la mejora de las relaciones interpersonales, capacitación al personal de salud, para el análisis y propuestas de mejora de los procesos de atención. Así como el establecimiento de un Plan funcional y de readecuación del área de emergencia.
3. Valorar las necesidades de recursos, equipamiento y mejora de la infraestructura del Hospital Militar Central - Emergencias, para favorecer y mejorar la atención a la población adscrita al hospital.
4. Desde el punto de vista académico se deberán dictar normas a fin de que actualizar los documentos de instrucción tendientes a mejorar, mediante la capacitación constante a todos los estamentos que gestionan y/o generan los recursos adecuados y apropiados de manera tal que estos influyan en una correcta calidad de atención a todos los pacientes.
5. Desde el punto de vista social se espera que la relación directa entre la Gestión Hospitalaria y la Calidad de atención redunde en el bienestar general de todo el personal militar y civil que a diario acuden a las instalaciones del servicio de emergencia, esperando que la calidad de atención tan deshumanizada hoy en día se vea fortalecida.
6. Desde el punto de vista político se recomienda incrementar la importancia de planear y ejecutar buenas gestiones hospitalarias, las mismas que relacionadas directamente con la calidad de atención al paciente mantengan e incrementen el nivel de aceptación de todos los

titulares y derechohabientes y mantengan al Hospital Militar Central en el nivel en que se encuentra, o incrementarlo de ser posible.

7. Dentro de mi recomendación extrema A la falta de gestión hospitalaria a fin de mejorar la falencia de gestión hospitalaria y calidad de atención durante la pandemia, se recomienda poner en práctica los protocolos de bioseguridad y adecuar todos los procedimientos y normas que han sido emitidos por el MINSA y que actualmente están en vigencia para la atención al paciente, debiendo de mejorar con mayor prioridad esa calidad de atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central a pacientes NO COVID, ya que durante estos dos años solo se dio atención a pacientes con COVID 19.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alburqueque, C., Artaza, O., Antunes, E., **“La Transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe”**. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2001.

García, E., (2007). **“Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales”**. Trabajo de investigación de la Universidad de Cádiz

Gonzales, W., (2015). **“Gestión de camas hospitalarias en el servicio de obstetricia de alto riesgo Hospital Nacional Guillermo Almenara 2014”**. Trabajo de investigación para optar el grado de Magister en la Universidad San Martín de Porras.

Garrison, F., **“Historia de la Medicina, Cuarta Edición, Editorial Interamericana, México DF, 1966”**. Garrison, F., *H.: Op. Cit., pp. 91.*

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). **“Metodología de la investigación”**, 4 Ed. Bogotá. Mc Graw Hill.

Koontz & O’Donnell (2003). **“La Gestión Administrativa hospitalaria”**

Laín, Pedro., **“Retos de la Medicina Clásica en el Occidente Medieval europeo”**. Por Juan R. Zaragoza. Op. Cit. Tomo 3.

Laín, Pedro., **“Historia Universal de la Medicina, Tomo 7: Historia y futuro de la Medicina”**.

Mac Eachern, T., **“Hospital Organization and Management; Physicians’ Record Company”**, Berwyn, Illinois, USA, 1962, 1316 páginas, Capítulo 1

Mejía, Y. y Amaya, R. (2011) ***“Evaluación de calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe en el período de abril a junio 2011”***. Universidad de el Salvador.

Revista ***“Modelo Integral de Atención en Salud”***, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Primera edición, Santiago de Chile, 2005.

Mosquera, J., (2007). ***“Análisis, diseño e implementación de un sistema de información integral de gestión hospitalaria para un establecimiento de salud público”*** Tesis para optar el grado de Magister en la Universidad Católica del Perú.

Ore, A., (2017). ***“Gestión y desempeño en un hospital de ESSALUD, Cañete, Lima, 2017”***, Trabajo de investigación para optar el grado de Magister en Gestión Pública en la Universidad del Pacífico.

Ruales, J., (2004). ***“Panel: Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud”***. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 22, num. 99, marzo 2004 pp 33 – 39. Universidad de Antioquia, Colombia.

Silva, V., (2013). ***“Aplicación de gestión por procesos, como herramienta de apoyo al mejoramiento del hospital Dr. Eduardo Pereira”*** Tesis de investigación en la Universidad de Chile.

Tola, I., (2015). ***“Influencia de la gestión administrativa en los servicios de salud de los hospitales III de ESSALUD de la Región Puno -2012”***. Trabajo de investigación para optar el grado de Magister en la Universidad Andina del Perú.

ANEXO 1



MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: La Gestión hospitalaria y la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e instrumentos
Problema principal ¿De qué manera la Gestión hospitalaria se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército?	Objetivo general Determinar la relación entre la Gestión hospitalaria con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.	General La Gestión hospitalaria se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.	V1 X <i>X: La Gestión hospitalaria.</i>	X1: Estrategias de transformación X2: Gestión de unidades de apoyo. X3: Gestión presupuestaria y financiamiento.	Ambulatorización de la atención. Urgencia-emergencia. Organización de servicios y principales De apoyo diagnóstico. De apoyo terapéutico. Apoyo logístico. Gestión económica. Gestión financiera. Ingresos propios.	Tipo: Aplicada Nivel: Explicativa Método: Deductivo Población: Personal médico, enfermeras, administrativo y pacientes en total 5450 (un trimestre) Muestra: Muestra probabilística de 94 entre personal médico, enfermeras, administrativo y pacientes del HMC. Instrumentos. Cuestionario Guía Observación
Problemas específicos ¿De qué manera las	Objetivos específicos Determinar la relación	Hipótesis específicas Las estrategias de	V2 Y	Y1: Elementos tangibles.		

<p>estrategias de transformación se relacionan con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército?</p> <p>¿De qué manera la Gestión de unidades de apoyo se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército?</p> <p>¿De qué manera la Gestión presupuestaria y financiamiento se relaciona con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército?</p>	<p>entre las estrategias de transformación con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.</p> <p>Determinar la relación entre la Gestión de unidades de apoyo con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.</p> <p>Determinar la relación entre la Gestión presupuestaria y financiamiento con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.</p>	<p>transformación se relacionan directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.</p> <p>La Gestión de unidades de apoyo se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.</p> <p>La Gestión presupuestaria y financiamiento se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.</p>	<p><i>Y: Calidad de atención</i></p>	<p>Y2: Fiabilidad.</p> <p>Y3: Capacidad de respuesta.</p>	<p>Estado físico de las instalaciones Limpieza de las instalaciones. Presentación personal.</p> <p>Actitud confiable. Atención oportuna. Continuidad y orden lógico</p> <p>Prontitud. Sencillez. Atención de preguntas</p>	
--	--	--	--------------------------------------	---	--	--

ANEXO 2



TRABAJO DE CAMPO PROFESIONAL SOBRE GESTION HOSPITALARIA Y CALIDAD ATENCION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HMC

INTRODUCCIÓN

Buenos días (tardes):

Estamos trabajando en el estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca de la “La gestión hospitalaria y la calidad de atención al servicio de emergencias en el HMC”

Quisiéramos pedir tu ayuda para que contestes algunas preguntas que no llevarán mucho tiempo. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas, las conclusiones que se obtengan permitirán planificar las mejoras de la “La gestión hospitalaria y la calidad de atención al servicio de emergencias en el HMC.

El personal que serán seleccionados para el estudio no se eligió por su nombre sino de modo aleatorio.

Las opiniones de todos los encuestados serán sumados e incluidas en la tesis profesional, pero nunca se comunicarán datos individuales.

Te pedimos que contestes este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Lea las instrucciones cuidadosamente solo hay una sola opción de marcar cada pregunta.

Muchas gracias por tu colaboración.

INSTRUCCIONES

Emplee un bolígrafo de tinta negra para rellenar el cuestionario.

Al hacerlo piense en lo que sucede la mayoría de las veces de la “La gestión hospitalaria y la calidad de atención al servicio de emergencias en el HMC.

No hay respuestas buenas o malas. Estas simplemente reflejan su opinión personal.

Todas las preguntas tienen cinco (05) opciones de respuesta, elija lo que mejor describa lo que piensa usted. Solamente una alternativa.

Marque con claridad la opción elegida con un aspa (x), o bien, una “paloma” (símbolo de verificación).

Recuerde: no se deben marcar dos (02) opciones o más.

Marque así:



Si no puede contestar una pregunta o si la pregunta no tiene sentido para usted, por favor pregúntele a la persona que le entregó este cuestionario y le explicará la importancia de su participación.

Sus respuestas serán anónimas y absolutamente confidenciales.

Los cuestionarios serán procesados por personas externas (estadísticos), además, como usted puede ver, en ningún momento se le pide su nombre.

De antemano, ¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como objeto conocer su pensamiento sobre la “La gestión hospitalaria y la calidad de atención al servicio de emergencias en el HMC. Desde ya muy agradecido por su colaboración.

Marque solo una de las cinco alternativas por fila de acuerdo al siguiente detalle:

Total desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Total acuerdo
5	4	3	2	1

#	PREGUNTAS	1	2	3	4	5
X1	Estrategias de transformación					
1	Considera Ud. que la ambulatorización de la atención dentro de las estrategias de transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	1	2	3	4	5
2	Considera Ud. que la urgencia-emergencia dentro de las estrategias de transformación es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	1	2	3	4	5
3	Considera Ud. que la organización de servicios principales dentro de las estrategias de transformación es el más adecuado para la gestión hospitalaria?	1	2	3	4	5
X2	Gestión de unidades de apoyo					
4	Considera Ud. que la gestión de apoyo de diagnóstico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	1	2	3	4	5
5	Considera Ud. que la gestión de apoyo terapéutico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	1	2	3	4	5
6	Considera Ud. que la gestión de apoyo logístico dentro de la gestión de unidades de apoyo es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	1	2	3	4	5
X3	Gestión presupuestaria y financiamiento					
7	Considera Ud. que la gestión económica dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	1	2	3	4	5

8	Considera Ud. que la gestión financiera dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	1	2	3	4	5
9	Considera Ud. que la gestión de ingresos propios dentro de la gestión presupuestaria y financiamiento es la más adecuada para la gestión hospitalaria?	1	2	3	4	5

#	PREGUNTAS	1	2	3	4	5
Y1	Elementos tangibles					
10	Considera Ud. que el estado físico de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	1	2	3	4	5
11	Considera Ud. que la limpieza de las instalaciones dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	1	2	3	4	5
12	Considera Ud. que la presentación personal dentro de los elementos tangibles es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	1	2	3	4	5
Y2	Fiabilidad					
13	Considera Ud. que la actitud confiable dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	1	2	3	4	5
14	Considera Ud. que la atención oportuna dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	1	2	3	4	5
15	Considera Ud. que la continuidad y orden lógico dentro de la fiabilidad es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	1	2	3	4	5
Y3	Capacidad de respuesta					
16	Considera Ud. que la prontitud dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	1	2	3	4	5
17	Considera Ud. que la sencillez dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	1	2	3	4	5

18	Considera Ud. que la atención de preguntas dentro de la capacidad de respuesta es la más adecuada para la calidad de atención del servicio?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

ANEXO 3



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO

Mg Jorge Luis ARANCIBIA ALVARADO

Declaro que para optar el grado académico de Doctor en Administración a ser entregado en el ICTE, he elaborado íntegramente el trabajo de investigación titulado: “La Gestión hospitalaria y la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.”

Confirmando que este trabajo de investigación es auténtico y de mi total autoría, no existiendo plagio o copia de otro trabajo de investigación o material existente cuya autoría corresponda a un tercero.

Dejo expresa constancia que la propiedad intelectual de otros autores ha sido debidamente citada o identificada. Así mismo asumo la responsabilidad de todo lo dicho en el trabajo de investigación, así como de cualquier error u omisión en la misma.

Finalmente reconozco y acepto que en caso se compruebe lo contrario a lo expresado en este documento, me someto a las medidas establecidas para tal hecho por el ICTE.

Me afirmo y ratifico en lo expresado anteriormente, en señal de lo cual firmo el presente documento.

Surco, de del 2020

FIRMA: _____

POST FIRMA:

DNI:

ANEXO 4



AUTORIZACIÓN PARA TESIS EN EL REPOSITORIO DEL ICTE

AUTORIZACIÓN PARA INCLUSIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

“TÍTULO DE LA TESIS “La Gestión hospitalaria y la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército”.

EN EL REPOSITORIO DIGITAL DEL ICTE

Nombre: Jorge Luis ARANCIBIA ALVARADO

Título del trabajo de investigación:

“La Gestión hospitalaria y la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército”.

Nombre del asesor: Año de sustentación

Dr. Juan Godoy Caso 2020

Bajo los siguientes términos, autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Digital del Instituto Científico y Tecnológico del Ejército - ICTE. Escuela de Pre y Postgrado.

Con la autorización de publicación de mi Trabajo de Investigación, otorgo al ICTE una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público la tesis (incluido resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios provistos por el ICTE, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital

de Tesis del ICTE, Portal de Tesis de la SUNEDU, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y las veces que considera necesarias, y libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, el ICTE podrá reproducir mi Trabajo de Investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar; sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro asimismo que el Trabajo de Investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha tesis no infringen derechos de autor de terceras personas.

El ICTE consignará el nombre del autor del Trabajo de Investigación, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Surco, de del 2020

FIRMA: _____

POST FIRMA:

DNI:

ANEXO 5



VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Calidad de Atención * Estrategias de transformación	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,032 ^a	16	,024
Razón de verosimilitud	33,560	16	,006
Asociación lineal por lineal	3,921	1	,048
N de casos válidos	94		

a. 20 casillas (95,0%) han esperado un recuento menor que 0,5

Como la probabilidad de ocurrencia de 0.024 Estadísticamente es menor que 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis de investigación H_1 : Las estrategias de transformación se relacionan directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Calidad de Atención * Gestión de unidades de apoyo	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,927 ^a	16	,024
Razón de verosimilitud	37,586	16	,002
Asociación lineal por lineal	2,038	1	,153
N de casos válidos	94		

a. 20 casillas (90,0%) han esperado un recuento menor que 5

Como la probabilidad de ocurrencia de 0.024 Estadísticamente es menor que 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis de investigación H_1 : La Gestión de unidades de apoyo se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Calidad de Atención * Gestión presupuestaria y financiamiento	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,033 ^a	16	,037
Razón de verosimilitud	31,427	16	,012
Asociación lineal por lineal	4,630	1	,031
N de casos válidos	94		

a. 20 casillas (92,0%) han esperado un recuento menor que 5.

Como la probabilidad de ocurrencia de 0.037 Estadísticamente es menor que 0.05 entonces se rechaza la hipótesis nula 03 y se acepta la hipótesis de investigación 03: La Gestión presupuestaria y financiamiento se relaciona directamente con la calidad de atención en el servicio de emergencia en el Hospital Militar Central del Ejército.