



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN ADMINISTRACIÓN

Calidad asistencial y dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada –

Lima, 2019

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Doctor en Administración

AUTOR:

Mtro. Romero Romero, Alexis Hernan (ORCID: 0000-0002-2674-4687)

ASESORA:

Dra. Uribe Hernández, Yrene Cecilia (ORCID: 0000-0001-5893-9262)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gerencias funcionales

LIMA – PERÚ

2020

Dedicatoria

A mi padre que está en el cielo, quien continúa guiando mis pensamientos, a mi madre que sigue siendo la piedra angular de la familia y a mis colegas que están en la primera línea de acción luchando contra el COVID-19.

Agradecimiento

A mi esposa e hijos quienes cada día me motivan para seguir alcanzando mis metas. A la institución donde laboro y que la considero como mi segundo hogar, dedicando mucha parte de mi tiempo y esfuerzo por llevarla adelante.

PÁGINA DEL JURADO

Declaratoria de autenticidad

Yo, Alexis Hernan Romero Romero, estudiante de la Escuela de Posgrado, del programa Doctorado en Administración, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; presento mi trabajo académico titulado: “Calidad asistencial y dirección estratégica en los trabajadores de una clínica privada de Lima 2019, en 76 folios para la obtención del grado académico de Doctor en Administración, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

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

Lima, 26 de junio de 2020



ALEXIS ROMERO ROMERO

.....
El autor

Índice

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice	vi
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	viii
Resumen	x
Abstract	xi
Sommario	xii
I. Introducción	1
II. Método	16
2.1. Tipo y diseño de investigación	16
2.2. Operacionalización	17
2.3. Población, muestra y muestreo	18
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	19
2.5. Procedimiento	21
2.6. Métodos de análisis de datos	21
2.7. Aspectos éticos	21
III. Resultados	23
IV. Discusión	32
V. Conclusiones	36
VI. Recomendaciones	37
VII. Propuesta	38
Referencias	40
Anexos	
Anexo 1: Matriz de consistencia	49
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	51

Anexo 3: Certificados de validación de los instrumentos	53
Anexo 4: Matriz de datos (Excel)	65
Anexo 5: Carta de Autorización	67

Índice de tablas	Página.
Tabla 1: Operacionalización de la variable calidad asistencial	17
Tabla 2: Operacionalización de la variable dirección estratégica	17
Tabla 3: Población de trabajadores de la Clínica Privada, Lima, 2019	18
Tabla 4: Ficha técnica del instrumento para medir la variable calidad asistencial	19
Tabla 5: Ficha técnica del instrumento para medir la variable dirección estratégica	19
Tabla 6: Resultado de validez del instrumento calidad asistencial	20
Tabla 7: Resultado de validez del instrumento dirección estratégica	20
Tabla 8: Estadística de fiabilidad del Instrumento	21
Tabla 9: Niveles de Calidad Asistencial, Lima, 2019	23
Tabla 10: Nivel de Calidad Asistencial, según dimensión Técnica, Lima, 2019	23
Tabla 11: Niveles de Calidad Asistencial, según dimensión Personal, Lima, 2019	24
Tabla 12: Niveles de Calidad Asistencial, según dimensión Correspondiente al Entorno, 2019	24
Tabla 13: Niveles de Dirección Estratégica, Lima, 2019	25
Tabla 14: Nivel de Dirección Estratégica, según la dimensión Durabilidad, Lima, 2019	26

Tabla 15: Nivel de Dirección Estratégica, según dimensión Transparencia, Lima, 2019	26
Tabla 16: Nivel de Dirección Estratégica, según dimensión Transferibilidad, Lima, 2019	27
Tabla 17: Niveles de Dirección Estratégica, según dimensión Replicabilidad, Lima, 2019	27
Tabla 18: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	28
Tabla 19: Medidas simétricas para la hipótesis general	29
Tabla 20: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	29
Tabla 21: Medidas simétricas para la hipótesis específica 1	30
Tabla 22: Medidas simétricas para la hipótesis específica 2	30
Tabla 23: Medidas simétricas para la hipótesis específica 3	31

Índice de figuras.	Página.
Figura 1: Diagrama de diseño correlacional	17
Figura 2: Niveles de calidad asistencial, Lima, 2019.	23
Figura 3: Niveles de calidad asistencial, según dimensión técnica, Lima, 2019	24
Figura 4: Niveles de calidad asistencial, según dimensión personal, Lima, 2019	24
Figura 5: Niveles de calidad asistencial, según dimensión del entorno, Lima, 2019	25
Figura 6: Niveles de dirección estratégica, Lima, 2019	25
Figura 7: Niveles de dirección estratégica, según dimensión durabilidad, Lima, 2019	26
Figura 8: Niveles de dirección estratégica, según dimensión transparencia, Lima, 2019	26
Figura 9: Niveles de dirección estratégica, según dimensión transferibilidad, Lima, 2019	27
Figura 10: Niveles de dirección estratégica, según dimensión replicabilidad, Lima, 2019	28

RESUMEN

A lo largo de los años se ha descrito decenas de definiciones, enfoques y cambios en los paradigmas sobre calidad en los servicios de salud, mostrándonos una realidad sobre lo complejo que es. El exigente mercado actual, hace que aumente la competitividad que existe entre las instituciones prestadoras de servicios de salud sobre todo privadas, y aunado a un déficit de adecuadas estrategias, hace que se priorice en algunos casos el factor económico, ofertando servicios de salud, sin tener en cuenta el tipo de atención brindada. Los múltiples factores que rodean y le brindan características especiales a la calidad en los servicios de salud, hace que su investigación sea multidimensional, y que no puede ser estudiada, evaluada o comparada con la calidad de otro tipo de servicio, ya que solo ven una arista y de manera genérica. Es así que la aplicación del conocimiento médico, la tecnología, la relación con el paciente y los principios éticos son tomados como teoría para esta investigación. Ante este reto, el objetivo del presente estudio se centra en establecer si existe relación significativa entre la calidad asistencial y la dirección estratégica, en los trabajadores de una clínica privada. La presente investigación fue de tipo cuantitativa, utilizando la técnica de la encuesta y como instrumento a cuestionarios por cada variable. Se tiene como resultado que la calidad asistencial se relaciona de manera significativa con la variable dirección estratégica. Se concluye que la percepción de los colaboradores referente a la calidad asistencial brindada por parte de la clínica es alta, así como el manejo de la dirección estratégica por parte de su equipo de gestión, un binomio que siempre deben ir de la mano.

Palabras claves: Calidad Asistencial, Dirección Estratégica, Servicios de Salud, Estrategia.

ABSTRACT

Over the years, dozens of definitions, approaches and changes in paradigms on quality in health services have been described, showing us a reality about how complex it is. The current demanding market, increases the competitiveness that exists among the institutions that provide health services, especially private ones, and together with a deficit of adequate strategies, in some cases prioritizes the economic factor, offering health services, without take into account the type of care provided. The multiple factors that surround and provide special characteristics to the quality of health services, makes their research multidimensional, and that cannot be studied, evaluated or compared with the quality of other types of services, since they only see one edge and in a generic way. Thus, the application of medical knowledge, technology, the relationship with the patient and ethical principles are taken as theory for this research. Faced with this challenge, the objective of the present study focuses on establishing whether there is a significant relationship between quality of care and strategic management in the workers of a private clinic. The present investigation was quantitative, using the survey technique and as an instrument to questionnaires for each variable. The result is that the quality of care is significantly related to the variable strategic direction. It is concluded that the perception of the collaborators regarding the quality of care provided by the clinic is high, as well as the management of the strategic direction by their management team, a combination that must always go hand in hand.

Keywords: Quality of Care, Strategic Direction, Health Services, Strategy.

SOMMARIO

Nel corso degli anni sono state descritte decine di definizioni, approcci e cambiamenti nei paradigmi sulla qualità nei servizi sanitari, mostrandoci una realtà su quanto sia complessa. L'attuale mercato esigente aumenta la competitività esistente tra le istituzioni che forniscono servizi sanitari, in particolare quelli privati, e insieme a un deficit di strategie adeguate, in alcuni casi dà la priorità al fattore economico, offrendo servizi sanitari, senza tenere conto del tipo di assistenza fornita. I molteplici fattori che circondano e forniscono caratteristiche speciali alla qualità dei servizi sanitari, rendono la loro ricerca multidimensionale e che non possono essere studiati, valutati o confrontati con la qualità di altri tipi di servizi, dal momento che ne vedono solo uno bordo e in modo generico. Pertanto, l'applicazione della conoscenza medica, la tecnologia, il rapporto con il paziente e i principi etici sono considerati come teoria per questa ricerca. Di fronte a questa sfida, l'obiettivo del presente studio si concentra sullo stabilire se esiste una relazione significativa tra qualità delle cure e gestione strategica nei lavoratori di una clinica privata. La presente indagine era di tipo quantitativo, usando la tecnica di indagine e come strumento per questionari per ciascuna variabile. Il risultato è che la qualità dell'assistenza è significativamente correlata alla direzione strategica variabile. Si è concluso che la percezione dei collaboratori in merito alla qualità delle cure fornite dalla clinica è elevata, così come la gestione della direzione strategica da parte del loro team di gestione, una combinazione che deve sempre andare di pari passo.

Parole chiave: Qualità delle cure, Direzione strategica, Servizi sanitari, Strategia.

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud – OMS (2017), respecto a la calidad de atención en los servicios de salud, refiere que, en las definiciones y enfoques, descritas a lo largo de los años, no brindan, una realidad sobre lo complejo que es la calidad sanitaria. Asimismo, añade, que la movilización de los servicios sanitarios y por ende el aumento de la demanda, de estos, está dado por la percepción de la calidad y no por indicadores clínicos, abriendo una brecha entre los que brindan el servicio y los que lo reciben, y que, a lo largo del tiempo, aún es una constante lucha. El brindar una atención de calidad, implica detrás, un sustento económico financiero, que son dos problemas principales que aquejan a nivel mundial a los sistemas de salud, sobre todo a los países en vías de desarrollo. Es así, que, en la actualidad, la tendencia a nivel internacional, es evidenciar la calidad asistencial, a través de organizaciones que certifiquen y acrediten, que los servicios brindados sean competitivos, no solo en sus mercados locales, sino que vaya más allá de sus fronteras, teniendo de esta manera un impacto positivo en su economía, tal como lo demuestran estudios en Latinoamérica, a empresas de salud, en donde ya apuestan por las certificaciones internacionales, para brindar un servicio de calidad, como lo evidencia Martínez et al (2018), en un estudio en empresas colombianas, que tienen una certificación ISO 9001, el 95% de las empresas cumplen con los criterios de evaluación, y que la mejora continua, es el criterio de mayor impacto, y el de menor, es no generar proyectos de innovación, con el 13%; y también lo afirma Osorio, Cruz y Romero (2016) en un trabajo en clínicas de colombianas, que la implementación de una certificación de calidad, tiene un impacto positivo en sus indicadores. Hay un término usado desde hace 20 años, pero que aún no alcanza su máximo esplendor ya que vive bajo la sombra de la norma ISO, denominado Gestión de la Calidad Total (GCT), y que Perdomo (2009), a través del Método Juran, destaca sus principios básicos, que, son el ciclo de la mejora, la planeación y el control, que luego se inserta a la gerencia de la calidad para brindar la parte estadística, y brindar los instrumentos necesarios para el control de la calidad en las organizaciones. Este mismo término fue usado en Cuba, a través de una estrategia denominada Gestión de la Calidad en el Sistema Nacional de Salud, con el cumplimiento estricto de su política de turno, impulsando la mejora continua, y perfeccionándola con cada periodo, en bienestar de la población atendida, según Sánchez, Suárez y Vidal (2017).

La atención en los servicios de salud, también están enmarcados en la gran competitividad, que hay, sobre todo, en el sector privado, ya que unos de sus principales

finés, como cualquier otra empresa, es generar algún tipo de utilidad, es decir, ponen mayor énfasis en la parte económica financiera, de cómo dar un mayor rendimiento, dejando muchas veces de lado la atención adecuada y oportuna de un servicio, y como toda empresa sino se adapta al cambio está condenada al fracaso, tal como lo refiere Miller, (1993), que el fracaso de algunas empresas que fueron exitosas, es porque, no se adaptaron a la variabilidad del tiempo, es decir no se renovaron ni exploraron nuevos cambios, y esto sucede en el mismo sector salud. Y, muy por el contrario, la otra cara de la moneda, es decir, la realidad, para el sector público, sobre todo en países Latinoamericanos, tiene aún muchas brechas que subsanar, siendo una de las principales, la pobre y limitada oferta de servicios, lo que conlleva a no garantizar una adecuada atención de calidad para esta población, a pesar de los denodados esfuerzos que puedan realizar los órganos de gobierno de turno de cada país. Un estudio realizado en un establecimiento de salud público, refiere Villalbi (2007), que no buscan rentabilidad, sino mejorar el presupuesto, o la generación de nuevos ingresos, integrando de esta manera al equipo de dirección y a toda la organización en sí, para que la estrategia implementada alcance el objetivo trazado. El sistema de salud peruano, no escapa de esta realidad, ya que, al ser segmentado y fragmentado, cada entidad pública o privada puede brindar servicios de salud, no teniendo las condiciones tecnológicas, profesionales, éticas y muchas veces una red integral deficiente, que pueda brindar servicios asistenciales adecuados y oportunos, ya que un servicio de salud a diferencia de otros, se trabaja con la vida de un ser humano. Frente a esta realidad, Wilson, Velásquez y Ponce (2009) y Barboza (2009), refieren que el Estado peruano, ha tomado cartas en el asunto, y uno de sus logros en sus políticas de estado, fue la promulgación de la Ley del Aseguramiento Universal de la Salud – AUS, que se dio en el 2009, con la creación del Sistema Integral de Salud – SIS, pero que desde sus inicios tuvo serios problemas económicos-financieros, y a pesar que en el año 2012, se triplicó su presupuesto, aun no puede coberturar lo ofrecido, no pudiendo satisfacer al usuario externo en cuanto a coberturas y calidad, metas que se deben cumplir y se encuentran descritas dentro del Plan Bicentenario – El Perú hacia el 2021 (2011). Es por eso, que la desconfianza de la población en los servicios de salud públicos, está cada vez peor y en aumento, problemas como la mala atención, las largas colas, las citas para después de meses, entre otras, hacen se esta gran población migre de una manera u otra hacia los establecimientos privados, en busca de soluciones, a pesar del alto costo que pueda acarrear en algunos casos ser atendidos en estos tipos de establecimiento, con el único fin de ser atendidos. El incremento de establecimientos de salud privados a nivel nacional, formales y

amparados por la Ley General de Sociedades y la Ley General de Salud, unido a los informales, de los cuales no se tiene una data actualizada; hace que la mayoría de estos establecimientos, se oferten precios atractivos, sacrificando una adecuada atención asistencial, ocasionando una competencia desleal entre ellas, en donde el de menor precio, es el más exitoso, creando de esta manera una falsa percepción por parte del usuario, como refiere Jara (2009), en donde las empresas aseguradoras buscan de cualquier forma una rentabilidad financiera, generando prácticas no éticas y conductas en contra del derecho a la salud y valores públicos. Una alternativa de solución a este caos, lo plantea, Forrellat (2014), quien refiere, que, si se trabaja en mejorar los procesos y todo el trabajo con calidad, se podrá bajar los costos, y no se refiere solo monetarios, sino de tiempo, humanos entre otros, dividendos que podrán ser reinvertidos en mejores prestaciones, generando la mejora continua de los procesos. El Ministerio de Salud (MINSAL, 2007) de Perú, ha elaborado el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, en donde enmarca los Lineamientos de Política del sector salud, fundamentándose en el reconocimiento del derecho a la salud y el principio de salud para todos, con el único objetivo de mejorar la calidad de atención y de la gestión. Dichas políticas están orientadas con relación a las personas, a los trabajadores, a las unidades prestadoras de salud, a la sociedad y al estado, fomentando esta última a la calidad como política de Estado; y el alcance son todas las organizaciones públicas y privadas del sector salud, que serán implementadas por etapa con la perspectiva de ir hacia un sistema nacional integral de gestión de la calidad en salud, dichos lineamientos se encuentran en el papel, pero que no se cumplen a cabalidad, siendo evidenciado en un estudio realizado por Pino (2015), sobre la situación de la calidad de los servicios de salud en el Perú, refiere que la calidad es la satisfacción del usuario, medido a través de encuestas, y el cumplimiento de estándares, medido a través de la autoevaluación. Dicho de esta manera se puede llegar a la conclusión que, en el Perú, la calidad en los servicios públicos de salud, es deficiente, evidencia que se refleja a través de una investigación realizada en un hospital nacional con los siguientes resultados: emergencia 78.7% insatisfechos, consulta externa 91,5% insatisfechos y finalmente hospitalización 72,2% insatisfechos. Lo mismo sucede en el primer nivel de atención no cumpliendo su labor preventivo promocional, llegando en ambos casos a niveles de corrupción para poder obtener una cita para un tratamiento lo más cercano posible. Pero también tenemos alternativas de solución para mejorar la calidad de los servicios de salud, como lo demuestra, Saco (2017), en un estudio en la ciudad del Cusco, concluye que la integración docente asistencial mejora notablemente la calidad asistencial y

la salud de las localidades intervenidas. La Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPRESS, denominada Clínica Santa Beatriz, lugar donde se realizó la investigación, se encuentra ubicada en la ciudad de Lima, en el distrito de Jesús María, es una Clínica abierta altamente especializada, con categoría II-E; en donde su principal actividad es el servicio de sala de operaciones y hospitalización, que brinda a los médicos de diferentes especialidades quirúrgicas.

En función a los estudios previos revisados para la presente investigación, podemos iniciar en el contexto internacional sobre la variable calidad asistencial, encontramos en la literatura española en un artículo de revisión, a través de San Norberto, García y Vaquero (2017), cuyo objetivo fue la de mejorar la cultura organizacional en las empresas de salud y de su adecuada participación, por lo que propusieron, que dentro de la elaboración del plan estratégico, se debe tener en cuenta dentro de sus estrategias, a la calidad, con la consiguiente elaboración de un plan de calidad, como modelo de gestión, y de conocimiento público por clientes y profesionales. Desde su diseño, debe estar liderado por el directorio, y con la participación de todos los profesionales, mandos y hasta los mismos clientes. Su implantación a través de una adecuada comunicación y compromiso como pilares del programa; y su evaluación a través de la elaboración de indicadores específicos, que permitan ver su cumplimiento y funcionamiento, viéndose reflejado en la mejora de la atención al paciente y en la cultura organizacional. Asimismo en Colombia en una revisión de artículos relevantes, realizado por Numpaque y Rocha (2016), cuyo objetivo fue comparar sobre los modelos para evaluar la calidad en los servicios de salud, entre dos conocidos modelos SERVQUAL y SERVHOSP, aplicados a usuarios, es decir pacientes, en donde concluyeron que el primero es más reconocido a nivel mundial pero tiene muchas brechas que subsanar en la parte de salud, y el segundo es el más usado en Colombia ya que incluye variables relacionadas a la parte subjetiva es decir en la dimensión personal como el trato, la información y comunicación otorgada, y, que la calidad asistencial es un factor concluyente para la adecuada gestión de los establecimientos de salud. Finalmente, Villagarcía et al (2016), en un artículo original, realizado en México, cuyo objetivo fue conocer la perspectiva de los asegurados sobre la calidad en el servicio de salud que brinda el seguro social de ese país (ISSEMyM), sobre todo en la dimensión técnica, como uno de los objetivos del gobierno en el sector salud, junto con la protección financiera y la equidad. En el presente estudio descriptivo se utilizó la escala ECALDER y las variables fueron primer contacto, personal médico, contacto secundario, confianza en la institución, y tramites, cuyo resultado

de la investigación fue que la insatisfacción con la calidad fue baja, sobre todo con la variable tramites como el de mayor aceptación, seguido de la confianza en la institución, y el menos aceptado fue el segundo contacto en área de archivo, farmacia y laboratorio, concluyendo que aún hay satisfacción de los usuarios mexicanos con la atención recibida por parte del seguro social mexicano. En cuanto a los estudios previos a nivel nacional, tenemos a Risco et al (2015), que por medio de la aplicación de una encuesta a pacientes de la emergencia de un hospital, y cuyo objetivo fue determinar los factores sobre la calidad asistencial, se obtuvo como resultados, que la relación médico-paciente y el equipamiento, que son los puntos más importantes en la percepción del usuario externo, seguido de la limpieza, comodidad y capacidad de las enfermeras y brinda a manera de recomendación que los aspectos de personal no médico e información recibida es lo que debe mejorar para satisfacer a los pacientes. Asimismo, Arrunátegui (2019), en un estudio descriptivo, tuvo como objetivo conocer la satisfacción del paciente, en cuanto a calidad asistencial, en un hospital de Piura, en el área de emergencia, utilizando la escala SERVQUAL, tuvo como resultado una insatisfacción marcada con la calidad de atención, correspondiente al 55% de la población encuestada, a predominio de la dimensión empatía, siendo la dimensión capacidad de respuesta por parte del personal asistencial, la que si dio aprobación para la satisfacción de los pacientes y/o acompañantes. El compromiso que tiene el Perú, por llegar al Bicentenario de nuestra Independencia y poder cumplir con el ansiado Aseguramiento Universal en Salud -AUS, refiere Del Carmen (2019), que se debe de realizar una reestructuración del sistema de salud peruano, sobre todo rediseñando sus procesos de atención y estrategias, en la ética de los cuidados, en un personal idóneo, y sobre todo con la participación conjunta de la población, y de la mano de un líder en la gestión.

Respecto a la variable dirección estratégica tenemos como antecedentes en el contexto internacional, a Chile en un estudio realizado por Kukuljan (2017), refiere que dentro de la gestión del gobierno una de las estrategias para brindar una alta calidad de atención en los servicios de salud, debe estar de la mano con la educación, por lo que proponen la reasignación de campos clínicos, es decir que los mismo hospitales del estado decidan con que universidad trabajar, sustentado que en este tipo de ambientes asistenciales la educación médica se desarrolla adecuadamente, pero que este proceso debe ser gradual y sostenible. Asimismo, Morgan (2017), en un estudio de casos, en México, cuyo objetivo fue definir los elementos fundamentales en relación a la toma de decisiones, refiere que la opinión de los Stakeholders, es decir los grupos de interés, son importante para la plantear las

estrategias dentro de la dirección estratégica, no dejando de lado los entornos internos y externos de las organizaciones, llegando hacer un aspecto diferenciador de las educativas de nivel superior, opinión compartida con Pedraja y Rodríguez (2014). En el contexto nacional, estudios previos para la variable dirección estratégica, tenemos a Strauck y Guillén (2014), en un estudio de revisión, de carácter descriptivo, refiere como resultados, que la gestión de la comunicación, en las entidades publica obedece a leyes y al servicio de los ciudadanos, y debe estar a cargo de un comunicador responsable con estudios superiores, por lo tanto concluye que la gestión de la comunicación como estrategia dentro de la dirección estratégica requiere un trato especial para que el proceso en general se desarrolle adecuadamente, en los gobiernos locales. Asimismo, Ancasi, Jacinto y Tenazo (2018), en su tesis, presenta un plan estratégico de salud, en donde el paciente es considerado único en su atención, de la mano de procesos específicos, para de esta manera posicionar a la clínica, junto a un plan de marketing, creación de una gerencia de recursos humanos y un plan financiero. Y finalmente, Mejía et al (2018), en un estudio transversal analítico, refiere que siete de diez colaboradores que trabajan en Essalud de Huancayo, se sienten preparados para asumir un cargo y capacitarse en temas administrativo, teniendo de esta manera un profesional de la salud, que asuma con responsabilidad y capacidad para el éxito de su gestión.

Estudios complementarios para la variable calidad asistencial que ayudan al constructo teórico, tenemos a, Vargas, Valecillos y Hernández (2013) refieren que la calidad debe ser monitorizadas a través de indicadores de gestión y de un sistema de garantía, en aras de satisfacer a los clientes. García (2017) refiere que, para mejorar la calidad en los servicios de salud, el cambio cultural, está desde los mismos profesionales, instituciones, y gobiernos de turno, juntos como un verdadero trabajo en equipo, unido a una comunicación eficaz entre ellos, son los ejes principales para alcanzar este objetivo común. Similar resultado lo aportó Delgado (2015), en la provincia de Soria- España, y Aibar y Aranz. (2016), quienes vieron un modelo asistencial basado en la atención integral del paciente, con la capacidad resolutive y sostenible a todo nivel, aprovechando la experiencia de hace 12 años, añadiendo conceptos de gestión por procesos y mejora continua, basado en el modelo EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad), así como la inclusión de unidades asistenciales básicas, unidades especializadas de apoyo y unidades asistenciales integradas, que aportan valor al sistema. Este modelo se apoya en tres pilares importantes: liderazgo, procesos y resultados; divididos en dos contenidos, los factores facilitadores y los resultados.

En donde en la primera se apoyan en los profesionales que participan, las estrategias que se van a brindar y las alianzas que participan; y para los resultados está la satisfacción de los clientes, profesionales y la responsabilidad social. Todo ello cubierto bajo el manto de la innovación y el aprendizaje. Una estrategia de atención de calidad en salud, en México, como mejora continua lo refiere, Saturno-Hernández et al. (2015), que se debe apuntar en el recurso humano, en su formación, a través de programas académicos, desde pre grado (en temas de salud pública), post grado (maestrías y diplomados) y la mejora continua (diplomados), en base a competencias y responsabilidades. Pero a pesar de esto hay muchas limitantes intrínsecas que evitan su desarrollo, así como que solo se está tocando una dimensión, de las tres que explica la teoría de Donabedian; y si bien es cierto que el capital humano, en este caso los profesionales médicos, son pieza fundamental, Pastor, et al (2015), refiere que la participación de un residente en la atención de salud, a pesar de su entusiasmo y motivación, hace que su inexperiencia, unido a su falta de supervisión, disminuya la calidad asistencial, sobre todo en los meses de recambio (julio). Otro resultado mostrado para una adecuada atención de calidad es por medio de la participación de los profesionales médicos a través de la educación médica continua, ya sean estas académicas o no, según Galli et al (2015), cuya investigación se basó en una encuesta virtual, siendo su resultado, que la mayoría de médicos prefieren una capacitación presencial, para mantenerse acreditados, y las revistas científicas como su principal fuente de lectura; y solo el 16.5% de los encuestados utilizaban la internet como recurso disponible (Wikipedia, redes, etc.); llama la atención, los puntajes inferiores que obtuvieron los cursos a distancia y el intercambio entre colegas. Asimismo, Do Nascimento (2015), refiere que una estrategia gerencial para de alcanzar los metas institucionales es el empoderamiento psicológico y la recompensa a sus empleados. Finalmente, estudios realizados por Saldaña y Sanango (2015), cuando refieren, que la calidad de atención de enfermería al usuario no se basa simplemente en la mejora de la infraestructura o servicios que brinda el centro sino en la atención humanizada y de calidad.

Asimismo, estudios complementarios para la variable dirección estratégica, que ayudan al constructo teórico, podemos mencionar a Ronda y Macarné (2002), refiere que dentro de un plan estratégico, de 10 estrategias formuladas, 9 no llegan a implantarse operativamente, posiblemente a que un factor externo o interno sea una amenaza o una oportunidad, la capacidad de respuesta y el efecto del impacto, debiendo reforzar el liderazgo, la cultura organizacional y el ajuste de la realidad de la empresa con la estrategia

definida. Ferrer (2018), tiene una metodología denominada gerencia integral de proyectos estratégicos, en el cual tanto en la dirección estratégica, que es donde la empresa ha decidido ir, como en la gestión de proyectos, es decir cómo llegar ahí, tienen una particularidad en común, que, los objetivos de ambos deben estar alineados, y presentarse como ventaja competitiva para las organizaciones, esto es aplicable a todo tipo de empresas inclusive a empresas de salud. Del mismo modo, Malleuve et al (2018), Aguilera y Riasco (2009) concuerdan que la gestión a través de la tecnología de la información y comunicación - TIC, en los aspectos internos y externos de las empresas, repercute en la mejora continua de la organización, visto desde los niveles estratégico, táctico y operativo, visto de un enfoque de dirección estratégica empresarial. Barra (2017) pone énfasis en la cadena de valor, el perfil estratégico de la organización, y el análisis FODA, en las superintendencias de Chile, con participación activa de directivos y trabajadores para su implementación, y, cuyo control es a través del cuadro de mando integral, por medio de sus directivos principalmente. Andrade y Artmann (2009), comparte un estudio donde el análisis de la gestión hospitalaria de un materno infantil, para la mejora de la misión institucional, a través de subsidios, en los entornos internos y externos, mejora de la competitividad y la calidad, en dos posiciones, aumentar el valor al usuario o disminuir sus recursos sin disminuir valor. Asimismo, Ochoa (2005), y Ronda (2004), refieren que el análisis del entorno interno y externo del lugar de estudio, debe ser muy específico, para que permita una integración de los niveles estratégico, operativo y táctico, y compensar de esta manera las necesidades del propio lugar. O'Connor et al (1988), refiere que a lo largo de los años las empresas de salud siempre han visto por el lado humano y de servicios de los pacientes, pero con el pasar de los años esto ha tenido que ser modificado hacia dos lados el interno, que son los colaboradores y el externo que son los pacientes, en base de un trabajo de cultura de servicio y de aspectos financieros para gerenciar respectivamente; la puesta en marcha de las estrategias seleccionadas, en el medio interno, según Hampton (1986) y Teece et al (1997), refieren que deben estar orientadas, a, los procesos, para poder resolver problemas, a la estructura organizacional, principalmente, así como también, a, la gestión del riesgo, para garantizar que el desempeño se ajuste a los objetivos, y, a, los sistemas de información, para ganar competitividad; los procesos son el eje de la actividad que se realiza según Costa (1998), y agrega que están relacionados con la planificación estratégica, con la satisfacción y con el medio interno, finalmente Ajuwon (2003) y Bello et al (2004), refieren que la tecnología de la información, no es de mucho

conocimiento y menos aún habito en los profesionales de la salud, por lo que propone que debe estar establecida dentro de la curricula de los estudio de pregrado.

Al referirnos a las teorías sobre calidad asistencial, Duque (2015), considera que son dos escuelas las que tienen mayor alcance, y estas son; la norteamericana de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), y la nórdica, de Grönroos (1984), con sus modelos SERVQUAL y Modelo de la Imagen, respectivamente. Asimismo, en Latinoamérica Calixto (2011) utilizó la escala SERVQUAL en la población mexicana, cuyo objetivo fue medir la calidad percibida y la expectativa del servicio de enfermería, concluyendo que dicha escala es válida y confiable, con las adaptaciones semánticas y culturales y que son similares a nuestra realidad. Kravitz (1996), en una revisión bibliográfica sobre las expectativas de los pacientes para la atención médica, refiere que son creencias o actitudes que están relacionadas con antecedentes previos y consecuencia de los usuarios para originar evaluaciones respecto a su atención, por tal razón la mayoría de estudios para medir calidad se hace en base a las expectativas y percepción de los usuarios. Según Granda (2017), refiere en su tesis doctoral, que, para la atención de calidad en los servicios de salud, la teoría de los sistemas, aporta herramientas suficientes para mejorar la atención en salud, la mejora del tiempo de espera, la evolución de enfermedades crónica, entre otros; pero que no es suficiente por su poca investigación al respecto. Al referirse a servicios de salud, como describió en un inicio el contexto es multifactorial, muy diferente a otro tipo de servicio, por lo que se tomó el modelo propuesto por Avedis Donabedian (1966-2005), tal como lo describe Murray (2000) y Frenk (2000). Avedis Donabedian considerado el padre de la Calidad en atención en salud, fue quien introdujo el enfoque sistémico del análisis de la calidad, que son: estructura, proceso y resultados, estos tres componentes deben estar íntimamente interrelacionados, tal es así que uno le sigue al otro. La estructura proporciona los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales; el proceso, es todo esfuerzo que hace el personal de salud, incluido el usuario mismo, y como lo realiza, es decir la dimensión científico técnica; y el resultado, son los cambios que se perciben por el usuario (clientes externos-pacientes) y por el que presta el servicio (proveedores-trabajadores), o de ambos culminada la atención, agrega Sánchez, I. (2016). Muchos de los estudios solo enfocan como calidad de la atención y validadores de la efectividad, aunado a la tecnología al último componente, que son los resultados, y eso es muy limitante y restringido, ya este no solo es la vedette de todo un sistema, porque todos los resultados no son tan fáciles de medir en algunos casos, es por eso que deben usarse con discriminación. El proceso de la atención, debe utilizar valores,

estándares y validación en la evaluación médica, es decir todo lo que los proveedores y médicos son capaces de hacer por el paciente; que si bien es cierto no tienen el peso de los resultados, son muy relevantes dentro del sistema. El siguiente, es la estructura, que se refiere al entorno en el se lleva a cabo, es decir los procesos administrativos y afines que dirigen y apoyan el abastecimiento de la atención, así como los recursos humanos y financieros; este enfoque tiene como principal limitante que la relación no está bien establecida entre estructura y proceso o estructura y resultados, según Donabedian (1996-2005).

Según el diccionario de la Real Academia Española (1996), Calidad proviene del latín *qualitas*, -atis que significa propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie. Para el sector manufacturero, industrial y de servicios, la calidad de los productos esta dado de manera genérica, como la adecuación aptitud o idoneidad al uso; muy por el contrario, en el sector salud, es multidimensional, ya que está rodeado de una serie de factores, que le brindan características especiales respecto a los demás, es por eso su definición compleja (Varo, 1994). Definir Calidad Asistencial, tiene varias connotaciones, dependiendo el enfoque a estudiar, el punto de vista por donde se lo mire, entre otras; y eso lo podemos ver desde el nombre ya que varios autores, se refieren a lo mismo con palabras distintas, como por ejemplo: calidad en los servicios de salud, calidad en salud, calidad asistencial, calidad de atención en salud, calidad en la prestación de servicios de salud y calidad de los servicios sanitarios; para la presente investigación nos referiremos a calidad asistencial. La World Health Organization (2000), ha recopilado varios conceptos de calidad asistencial de diferentes partes del mundo, es así que: Para el Consejo de Europa (1998), es el grado por el tratamiento brindado incrementa las posibilidades del cliente de poder lograr los resultados deseados, disminuyendo las posibilidades de resultados indeseados, de la mano del conocimiento profesional actual; el Instituto de Medicina de los EUA (IOM-2001), es el mismo concepto anterior y solo ha omitido la disminución de resultados indeseados; para la OMS (2000), es el nivel de ejecución de objetivos interiores para mejorar la salud por los sistemas de salud y de afinidad a las expectativas legítimas de la población. De todos los conceptos revisados, el que abarca mayores detalles, ya que lo considera de carácter multifactorial, es el propuesto por Donabedian (1984), el cual se refiere a la calidad asistencial como la aplicación del conocimiento médico y de la tecnología de forma que se obtenga un máximo de beneficios a la salud, con un mínimo de riesgos, teniendo en cuenta las preferencias de cada paciente, y que la relación personal con el paciente debe ser basada

en principios éticos, a las convenciones sociales y a las expectativas y necesidades legítimas del paciente, es decir un balance favorable entre riesgo y beneficio. Las dimensiones para la variable calidad asistencial, según Temes y Mengibar, (2011), la podemos desagregar en función a las prioridades de cada uno, es decir: a los usuarios como destinatario del servicio, al profesional médico como proveedor del servicio y al entorno como financiador y garante, esto quiere decir que la calidad asistencial no depende de una sola característica, sino de varios elementos y puntos de vista valorados. Se debe tener muy presente que la calidad en salud no puede orientarse exclusivamente en la satisfacción del cliente o usuario o paciente. Estas son: 1. Dimensión Técnica, también llamada calidad técnica; se refiere al tratamiento científico y a la destreza de sus profesionales para la asistencia que se presta. El personal debe saber lo que hace y hacerlo bien. Son sus indicadores, la fiabilidad que es la destreza para realizar un servicio en forma cuidadosa y esmerada; la profesionalidad, que es la destreza y conocimientos para la realización del servicio; la credibilidad considerada como la veracidad y honestidad en el servicio que se presta; la seguridad como todo acto médico debe darse sin causar daños adicionales que puedan evitarse. 2. Dimensión Interpersonal, también llamada Calidad Humana es la que se refiere a la manera como es prestado el servicio, es decir como la persona percibe que es atendida. Anteriormente denominada relación médico paciente (o cualquier otro trabajador de salud). Son sus indicadores: cortesía o amabilidad, que es la consideración y respeto del personal hacia los pacientes; confidencialidad, cuidado con los datos proporcionados o sobre sus resultados; comunicación entre ambos en un lenguaje simple y comprensible; comprensión, conocimiento de sus necesidades del paciente. 3. Dimensión correspondiente al entorno o también llamada calidad operativa o funcional, que se refiere al diseño organizacional que debe haber acorde a los servicios prestados, es decir cómo está organizado y dispuesto para atender al paciente. Son sus indicadores: Oportunidad, es la atención óptima que debe recibir el paciente en el momento que lo requiera; integralidad como la capacidad de poder brindar una atención completa a través de todos los medios; continuidad, de sus atenciones de manera adecuada hasta su completa satisfacción.

La teoría de la dirección estratégica, tal como su definición, asienta sus bases en la teoría de la estrategia, y a lo largo de su evolución, diversos autores han ido brindando aportes, según la perspectiva de la empresa y del momento en el tiempo dado, es así que, Ibarra y Suarez (2002), hace una recopilación cronológica desde los años ochenta con Porter, da una orientación a la dirección estratégica sobre el análisis sectorial (entorno) y la

competencia, que son los determinantes para la rentabilidad de una empresa. Para inicio de los noventa autores como Penrose, Nelson y Winter, entre otros, dan énfasis en los aspectos internos de las organizaciones, basándose en los recursos, competencias y capacidades organizativas, haciendo que la dirección estratégica haga hincapié en la ventaja competitiva. Es así que la dirección estratégica, tiene como principal fuente a la teoría de los recursos y capacidades, como instrumento de obtención de rentabilidad para las organizaciones. Fernández (2002), refiere que esta teoría está enfocada en el lado interno empresarial y es allí en donde debemos sacar una ventaja competitiva, sin descuidar el entorno. Edith Penrose, fue la principal exponente de esta teoría, y refiere que los recursos son elementos físicos de la empresa que se puede comprar, arrendar o producir, para su propio beneficio, y que las personas puedan contratar para hacer mejor parte o toda la empresa, y los servicios son contribuciones que los recursos pueden realizar a las operaciones productivas de la empresa, entiéndase que el termino servicios es compatible con el de capacidades. Los recursos son activos del que dispone la empresa ya sean físicos, tecnológicos, humanos u organizativos, es decir tangibles o intangibles, y su crecimiento depende de la capacidad de poder generar servicios empresariales, dando un camino a la dirección estratégica de la empresa, así como de una adecuada rentabilidad. Esta teoría se basa en dos puntos: los recursos y las capacidades que son fuentes de dirección y rentabilidad para la empresa. En el primer punto debemos tener en cuenta de que las estrategias de una empresa deben estar dirigidas a los recursos y capacidades internas, y no en el mercado externo; y en el segundo punto, para poder alcanzar una adecuada rentabilidad, se debe tener en cuenta al sector donde se encuentra y la ventaja competitiva sobre los opositores. De Viteri, D. (2000), agrega sobre la teoría de los recursos y capacidades, sobre lo antes descrito, que la generación de valor para la elaboración de la estrategia en la empresa, deben ser productos únicos, diferentes e insustituibles, para poder diferenciarse de la competencia, a partir de sus propios recursos, es decir adición a los recursos y capacidades, la rutina y los procesos de valor añadido. Marín (2011), refiere que las capacidades son producto de una adecuada utilización y combinación de los recursos, las que a su vez están dentro de un proceso reiterativo y recurrente denominada rutinización, y agrega Cardona (2011)⁶³, que a esto se debe brindar todo el soporte metodológico y técnico a la alta dirección, para mejorar las estrategias ya implementadas, y de la mano de la investigación para que estas sean evaluadas y se mejoren. Asimismo, refiere que, en la teoría de los recursos y capacidades, que, para generar valor, estos recursos deben ser únicos, unidos a los factores de éxito y de las estrategias a

implementar. Y por último la teoría de las capacidades dinámicas, refiere que hay que tener diferentes y múltiples maneras de desarrollar recursos y capacidades, para dirigir las estrategias de manera fortuita, agregando una planeación financiera, para ahorrar costos. Por lo antes expuesto, la dirección estratégica, tiene relación estrecha con la teoría de la estrategia a través de la teoría de los recursos y capacidades, considerando al lado interno de las empresas como aspecto prioritario, y esto basado en la heterogeneidad de las empresas, al entorno al que se exponen, y que depende de la especialización de estos, para generar una ventaja competitiva y de crecimiento, que sea sostenible con el pasar de los años; siendo los recursos, los inputs del sistema productivo y las capacidades, la manera de cómo se utilizan estos recursos de modo eficaz y eficiente (habilidades y destrezas). Para poder definir a la dirección estratégica, debemos tener en cuenta que esta, sienta sus bases en los conceptos de estrategia y actitud estratégica, y es por eso que para algunos autores hablar de estrategia es sinónimo de dirección estratégica, que no es del todo cierta ya que el termino dirección estratégica actualmente tiene una connotación sistémica, ya que abarca a la planificación estratégica hasta su control. La palabra estrategia es usada desde tiempo remotos, teniendo en sus inicios una connotación militar, ya procede de la palabra griega *strategos*: *stratos* que significa ejército, y *ag*, que significa dirigir, según lo refieren De Izque et al (2013). Entra 1944, entra al escenario económico con Von Newman y Morgenstern a través de la teoría de los juegos, ya con una connotación de competencia para el logro de determinados objetivos. Ya en 1979, Schendel y Hoffer, se referían a la dirección estratégica como un proceso, que se encarga del progreso y el manejo de la estrategia, como instrumento principal en la organización de toda empresa. Vista desde una perspectiva de un enfoque de Management, la dirección estratégica, ha evolucionado, y alcanzado su máxima expresión de su estadio evolutivo, a partir de ellos años setenta, como una opción a la planificación estratégica. Posteriormente con Chandler (1992), Tilles (1993) y Ansoff (1965), le dan un enfoque general, con los diferentes y parciales cambios que hay en el entorno, la dirección de la organización, pueda superarlos con una adecuada respuesta, de las actividades o acciones a desarrollar. Desde sus inicios, la formulación de la dirección estratégica se basó en proceso clásico, en donde solo se consideraba dos dimensiones: la organizacional y política, que, con los años venideros, al darle un enfoque sociopolítico, se incluye a la dimensión económica. La dimensión organizacional se refiere a que la estrategia a implementar, debe tener en cuenta que el marco de acción, está dentro de una organización, que tiene normas y procedimientos, y al ser ejecutada repercutirá en toda ella. La dimensión política, se refiere,

al recurso humano activo, unitario o colectivo, como ente principal, ya sea que participe dentro o fuera de la organización, ya que este(os) puede favorecer u obstaculizar el proceso. Respecto a la implementación y control de la estrategia, debe tener igual consideración en importancia que la formulación, ya que una estrategia bien formulada no necesariamente sea bien implementada, según Bueno, Dalmau y Renau (1993). Andrews (1980), define a la dirección estratégica, como aquellas políticas a implantar para alcanzar sus fines, indicando el giro del negocio, que clase de organización es, y lo que esta puede aportar a la comunidad, a sus clientes, y a sus propios trabajadores e inversionistas. Asimismo Porter (1980), la dirección estratégica, relaciona a la organización con su entorno, y que, para poder obtener una rentabilidad a sus accionistas, debe presentar una táctica defendible para afrontar la competitividad y por último Grant (1991), estrategia es el equilibrio que debe haber en una organización entre sus recursos internos y habilidades, y las oportunidades y riesgos creados por su medio externo y Bueno (1991), da un concepto moderno, y refiere que para alcanzar las metas, objetivos, así como la misión, debe darse mano a políticas y planes (estrategias) para lograrlo, definiendo su posición competitiva a través de su visión empresarial. Las dimensiones de dirección estratégicas las podemos describir con Grant (1991), e Ibarra y Suarez (2002), que las empresas manejaran el direccionamiento estratégico, y lograrán una adecuada ventaja competitiva, en base a sus recursos y capacidades, siempre y cuando deber tener: 1. Durabilidad, se refiere al tiempo de obsolescencia de los recursos y capacidades, teniendo en cuenta que hay recursos que puedan promover capacidades duraderas, es decir, larga data. 2. Transparencia, se refiere a la destreza de la empresa de evitar que sean imitadas por la competencia, es decir sea difícil de identificar y comprender los recursos y capacidades. 3. Transferibilidad, se refiere a la destreza de la empresa de poder imitar y mejorar la ventaja competitiva de su rival exitoso, acortando su duración, es decir que sea imperfecta y 4. Replicabilidad, se refiere a la posibilidad de copiar recursos internos de la competencia que sean exitosos, y sea reducida a su máxima expresión.

Con lo expuesto nos planteamos el siguiente problema: ¿Qué relación hay entre la calidad asistencial y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019?, asimismo, tenemos como: problema específico 1: ¿cuál es la relación entre la dimensión técnica y la dirección estratégica, en trabajadores de una clínica privada de Lima 2019?; problema específico 2: ¿cuál es la relación entre la dimensión personal y la dirección estratégica, en trabajadores de una clínica privada de Lima 2019?; y problema específico 3:

¿cuál es la relación entre la dimensión del entorno y la dirección estratégica, en trabajadores de una clínica privada de Lima 2019?

La justificación teórica, al ser los establecimientos de salud altamente competitivos, se debe generar un valor agregado, para ser vigentes y perdurar en el tiempo, siendo la calidad en los servicios de salud, una estrategia fundamental dentro del planeamiento de la empresa de salud. La justificación metodológica, al ser calidad asistencial un término muy difícil de definir, debemos considerar sus dimensiones y agruparlas en: calidad técnica, calidad humana y calidad operativa, para poder ser evaluadas de manera integral. La justificación práctica, al desarrollar la presente investigación en la población de una clínica privada, tendremos los datos estadísticos para ver si cumple con los estándares requeridos para una adecuada atención, e identificar las brechas que hay para poder proponer un plan de mejoras, no solo pensando en la rentabilidad que se pueda obtener, sino como actor principal a los clientes externos.

Y como objetivo general: establecer la relación entre la calidad asistencial y la dirección estratégica en los trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019. Los objetivos específicos fueron: objetivo específico 1: determinar la relación entre la dimensión técnica y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019; objetivo específico 2: analizar la relación entre la dimensión personal y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019; y objetivo específico 3: establecer la relación entre la dimensión del entorno y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019.

La Hipótesis de la investigación es ver si existe relación significativa entre la calidad asistencial y la dirección estratégica en los trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019. Sus hipótesis específicas son: hipótesis específica 1: existe relación significativa entre la dimensión técnica y la dirección estratégica, en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019; hipótesis específica 2: existe relación significativa entre la dimensión personal y la dirección estratégica, en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019; e hipótesis específica 3: existe relación significativa entre la dimensión del entorno y la dirección estratégica, en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019.

II. Método

2.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación tiene un enfoque de tipo cuantitativo, ya que, para probar a hipótesis, se empleará la recolección de datos, teniendo como sustento la medición numérica y el análisis estadístico, para poder formar patrones de comportamiento y de esta manera poder probar la teoría (Hernández et al, 2010). Asimismo, según el tipo de investigación científica puede ser básica, aplicada o tecnológica. La básica denominada como pura, fundamental o teórica, busca poner en evidencia una teoría, sin la intención de poner en práctica sus resultados, basándose solo en el conocimiento teórico y científico al descubrimiento de leyes y principios (Valderrama, 2016) El tipo de investigación aplicada, también llamada práctica, empírica o activa, está unida a la investigación básica, ya que a partir de sus aportes científicos y teóricos se va, a brindar, sus resultados, beneficios a la sociedad, y es el tipo de investigación la cual se ha realizado. Asimismo, nos refiere el autor que el nivel de una investigación se refiere al grado del conocimiento del investigador respecto al problema a estudiar. La presente investigación sería de nivel correlacional, ya que se evalúa el grado de asociación entre las dos variables, se mide cada una respectivamente y luego se cuantifica y analiza la relación. Por lo antes expuesto, la presente investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, y de nivel correlacional. En cuanto al diseño de la investigación, el mismo autor, refiere que tiene que cumplir con tres puntos: 1. Responder a la interrogante del problema, en base de estrategias. 2. Cumplir con los objetivos. 3. Saber si la hipótesis planteada es verdadera o falsa. Los diseños de investigación son experimentales y no experimentales. La presente investigación es de diseño, No experimental, ya que no se manipulan las variables, y va a describir una realidad en su contexto natural. En la obra de Hernández et al (2010), los diseños no experimentales se subdividen en: Transversales y longitudinales. La presente investigación, es transversal ya que los datos recolectados son en un solo y único momento, comparable con una fotografía de ese instante. A su vez los estudios transversales se subdividen en exploratorios, descriptivos y correlacionales. En la investigación es correlacional, ya que describen relación entre las variables en un momento determinado. Podemos resumir que en cuanto a su diseño la presente investigación es diseño no experimental, de corte transversal y correlacional.

Se grafica de la siguiente manera:

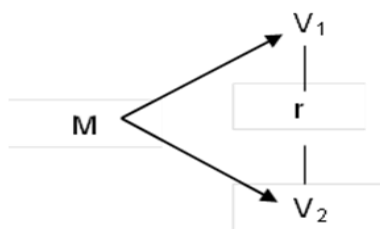


Figura 1. Diagrama de diseño correlacional. Tomado de (Sánchez y Reyes 2002)
 Dónde: M = Muestra de estudio. V₁ = Variable 1. V₂ = Variable 2.
 r = Relación entre variables.

2.2 Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de la variable calidad asistencial.

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición	Niveles y rangos
Técnico	Fiabilidad	1 – 2	Escala: Ordinal.	
	Profesionalidad	3 – 4		
	Credibilidad	5 – 6		
	Seguridad.	7 – 8		
Personal	Cortesía	9 – 10	Politómica: (5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (2) Desacuerdo (1) Muy en desacuerdo	Buena: 82 - 110 Regular :52 - 81 Mala: 22 - 51
	Confidencialidad	11 – 12		
	Comunicación	13 – 14		
	Comprensión.	15 – 16		
Correspondiente al entorno	Integralidad	17 – 18		
	Oportunidad	19 – 20		
	Continuidad.	21 – 22		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2

Operacionalización de la variable dirección estratégica.

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición	Niveles y rangos
Durabilidad	-Recursos tecnológicos	1 – 2	Escala: Ordinal	
	-Reputación corporativa	3 – 4		
	-Recursos individuales	5 – 6		
Transparencia	-Múltiples capacidades	7 – 8	Politómica: (5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (2) Desacuerdo (1) Muy en desacuerdo	Buena: 66-90 Regular :42-65 Mala: 18-41
	-Cantidad de recursos	9 – 10		
Transferibilidad	-Perfectamente inmóvil	11 – 12		
	-Imperfectamente móvil	13 – 14		
Replicabilidad	-Creación interna	15 – 16		
	-Velocidad de réplica	17 – 18		

Fuente: Elaboración propia.

2.3 Población, muestra y muestreo

Para Sotelo (2015), la población está dada por el conjunto de individuos al que puede ser generalizado los resultados de la investigación. Es decir, son aquellos sujetos que comparten por lo menos una característica (Levin, 1979). En la investigación la población fue los trabajadores de la Clínica Privada, de Lima, que estuvieron laborando durante el 2019, que tienen las características concordantes y susceptibles para ser incluidas en el estudio. Para poder determinar la población se acudió a la oficina de recursos humanos de la Clínica.

Tabla 3

Población de trabajadores de la Clínica Privada, Lima, 2019

Nº	Unidad de Análisis	Detalle	Total
1.	Trabajador asistencial	Trabajador 728, o locador de servicios	56
2.	Trabajador administrativo	Trabajadores 728, o locador de servicios	13
Total, Población			69

Fuente: Elaboración propia.

La muestra se refiere a un sub conjunto de la población, es decir una parte pequeña que posee las principales características generales de ella (Sotelo, 2015). Ahora el estudio de la muestra se realiza a través de técnicas de muestreo, que puede ser probabilístico o no probabilístico. En el muestreo probabilístico todos los sujetos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos (Hernández et al, 2010). Para nuestra investigación se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que esta técnica existe mayor posibilidad de que la muestra sea más representativa de la población. Para Valderrama (2016), el tamaño de la muestra, para una población conocida con variable cuantitativa, se obtiene por la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N - 1)e^2 + Z^2 pq}$$

Donde: n, tamaño de la muestra; p, probabilidad de ocurrencia del evento; q= 1-p; e, error = 5% = 0.005; Z = 1.95 (para un nivel de confianza de 95%); N, población de estudio.

Al reemplazar datos, tenemos para la presente investigación una muestra de 59 trabajadores.

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

La técnica de recolección de datos son las diferentes maneras de obtener información y estas pueden ser: primarias como la observación y la encuesta; y secundarias como bibliotecas, tesis, o hemerotecas. Para la presente investigación se recolecto datos a través de la encuesta. El instrumento son los medios materiales que da mano el investigador para poder recoger y guardar la información (Valderrama, 2016). Es así que para la presente investigación se basó en el cuestionario, que son un listado de preguntas estructuradas, que se entregan a los individuos para que contesten por escrito (Sotelo, 2015).

Tabla 4

Ficha técnica del instrumento para medir la variable calidad asistencial

Nombre del instrumento: Cuestionario de calidad asistencial
Autor: Alexis Romero, 2019
Adaptado por: no aplica
Lugar: Clínica privada de Lima
Fecha de aplicación: diciembre 2019
Objetivo: Medir el grado de percepción del trabajador sobre la variable calidad asistencial
Administrado a: Los trabajadores de la clínica privada -Lima, de manera individual
Tiempo: El tiempo de duración para desarrollar la prueba es de aproximadamente 10 minutos.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5

Ficha técnica del instrumento para medir la variable dirección estratégica.

Nombre del instrumento: Cuestionario de dirección estratégica
Autor: Alexis Romero, 2019
Adaptado por: No aplica
Lugar: Clínica privada de Lima.
Fecha de aplicación: diciembre 2019
Objetivo: Medir el grado de percepción del trabajador sobre la variable dirección estratégica
Administrado a: Los trabajadores de la clínica privada -Lima, de manera individual
Tiempo: El tiempo de duración para desarrollar la prueba es de aproximadamente 10 minutos.

Fuente: Elaboración propia.

Validez

Para Hernández et al (2010, Pág. 201), la validez es el grado en que un instrumento ciertamente mide la variable que se intenta medir. Y puede ser: validez de contenido y validez de constructo. La validez de contenido, es cuando se refiere al grado en que un

instrumento refleja un campo específico de contenido de lo que se mide. La validez del contenido de los 22 ítems del cuestionario Calidad asistencial, a través del juicio de expertos.

Tabla 6

Resultado de validez del instrumento calidad asistencial

Expertos	Especialidad	Suficiencia del instrumento	Aplicabilidad del instrumento
Rojas Pacheco, César	Metodólogo	Hay suficiencia	Aplicable
Pichilingue Chagray, Juan	Temático	Hay suficiencia	Aplicable
Rivera Maguiña, Miguel	Temático	Hay suficiencia	Aplicable

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, la validez del contenido de los 18 ítems del cuestionario dirección estratégica, a través del juicio de expertos.

Tabla 7

Resultado de validez del instrumento dirección estratégica

Expertos	Especialidad	Suficiencia del instrumento	Aplicabilidad del instrumento
Rojas Pacheco, César	Metodólogo	Hay suficiencia	Aplicable
Pichilingue Chagray, Juan	Temático	Hay suficiencia	Aplicable
Rivera Maguiña, Miguel	Temático	Hay suficiencia	Aplicable

Fuente: Elaboración propia.

Confiabilidad

Se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales, firmes y coherente. (Hernández et al, 2010). La aplicación del cuestionario se realizará de manera presencial, en hojas físicas a través de encuestas. Es así que para la validación del cuestionario se usó como prueba de confiabilidad el alfa de Cronbach para las variables de la investigación, como se muestra en la tabla 8, que el valor es de 0,898. Este valor nos permite confiar fuertemente en el instrumento utilizado.

Tabla 8

Estadística de fiabilidad del Instrumento

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,898	,899	2

Fuente: Elaboración propia.

2.5 Procedimiento

Recolección de datos: Con la muestra obtenida y para poder cumplir con los objetivos planteados, se tomó al 100% de la muestra de colaboradores que trabajan en la Clínica privada, participándole de que constaba el cuestionario y de su llenado adecuado. En la programación para la recolección de datos, se realizó mediante la repartición de cuestionarios a cada uno de los trabajadores de la clínica privada, para su llenado adecuado, con la supervisión del investigador.

2.6 Método de análisis de datos

Para la presente investigación tenemos: El análisis documental, a través de artículos de investigación, libros, tesis, normativas, y leyes vigentes para el sustento del marco teórico. El análisis estadístico, de la muestra obtenida, por medio de cuestionarios de acuerdo a las variables de estudio, en donde se describe, analiza e interpreta de acuerdo a los objetivos e hipótesis de la investigación. El método estadístico descriptivo, apoyado a través de tablas, figuras de barras de los resultados obtenidos a partir del Excel, en donde a través de una matriz de datos se dieron los resultados a través de frecuencias y porcentajes. El método estadístico inferencial, se realizó a través de la escala correlacional de Spearman para demostrar la relación de las variables (contraste de la hipótesis) y dimensiones planteadas; siendo necesario la prueba de normalidad prueba de hipótesis, a través de la prueba de Kolmogórov-Smirnov (prueba K - S).

2.7 Aspectos éticos

Todos los participantes que llenaron el cuestionario, fueron informados del procedimiento a realizar, siendo aceptada en términos de estado consciente y voluntario por parte del trabajador, comprometiéndose el investigador, a no divulgar ni hacer publica sus identidades. Asimismo, es de compromiso del investigador respetar la veracidad de los

resultados, la confiabilidad de los datos proporcionados por la clínica, sin ser falseados, ni duplicados, ni copiados, respetando las normas internacionales de citas, siendo la tesis de mi autoría y no plagiada ni autoplagiada.

III. Resultados

3.1 Resultados Descriptivos

En el presente capítulo se mostrarán y describirán las tablas y figuras que fueron tomadas y procesadas a los trabajadores de la Clínica privada sobre las variables calidad asistencial y dirección estratégica.

Tabla 09

Niveles de Calidad Asistencial, Lima, 2019

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Bajo	7	11,9	11,9
Medio	14	23,7	23,7
Alto	38	64,4	64,4
Total	59	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

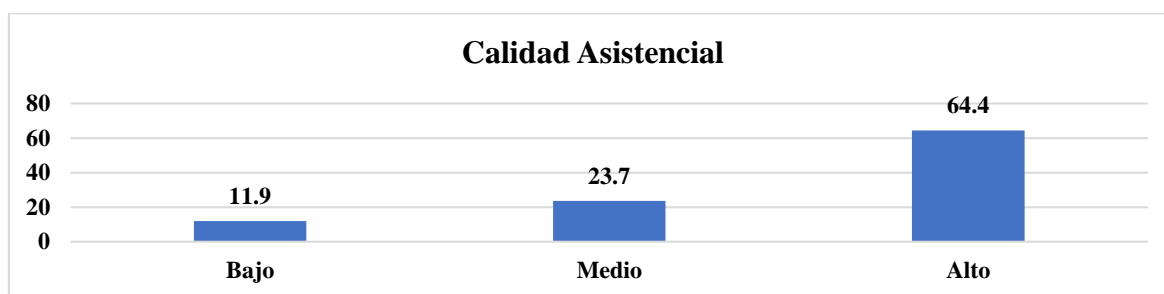


Figura 2. Niveles de calidad asistencial, Lima, 2019.

Podemos observar en la tabla 9, según la apreciación del personal laboral, que el 64,4% considera que la calidad asistencial que se produce en la clínica privada tiene un nivel alto, mientras que un 11,9% considera que el nivel es bajo.

Tabla 10

Nivel de Calidad Asistencial, según dimensión Técnica, Lima, 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Bajo	7	11,9	11,9
Medio	22	37,3	37,3
Alto	30	50,8	50,8
Total	59	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 10, podemos observar según la apreciación del personal laboral, que el 50,8% considera que la calidad asistencial en la dimensión técnica que se produce en la clínica privada tiene un nivel alto, mientras que un 11,9% considera que el nivel es bajo.

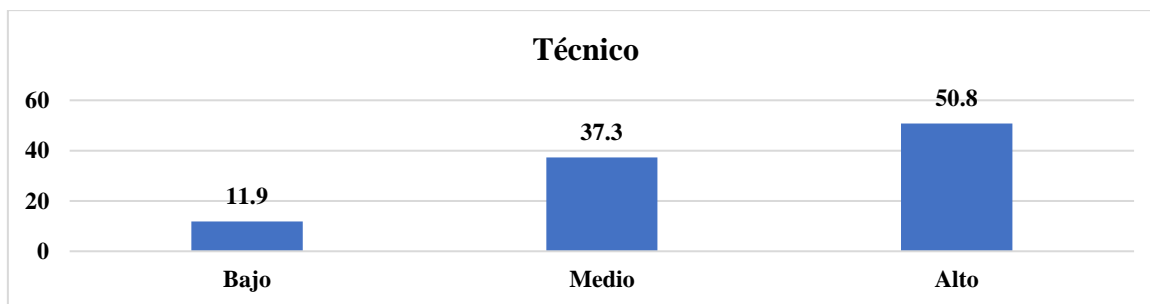


Figura 3. Niveles de calidad asistencial, según dimensión técnica, Lima, 2019.

Tabla 11

Niveles de Calidad Asistencial, según dimensión Personal, Lima, 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Bajo	9	15,3	15,3
Medio	21	35,6	35,6
Alto	29	49,2	49,2
Total	59	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

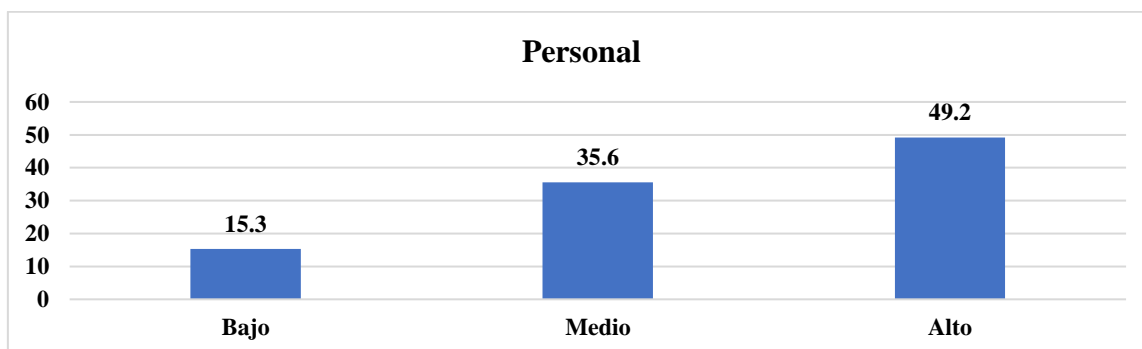


Figura 4. Niveles de calidad asistencial, según dimensión personal, Lima, 2019.

Podemos observar según la apreciación del personal laboral, que el 49,2% considera que la calidad asistencial, en la dimensión personal que se produce en la clínica privada tiene un nivel alto, mientras que un 15,3% considera que el nivel es bajo.

Tabla 12

Niveles de Calidad Asistencial, según dimensión Correspondiente al Entorno, Lima, 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Bajo	10	16,9	16,9
Medio	18	30,5	30,5
Alto	31	52,5	52,5
Total	59	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

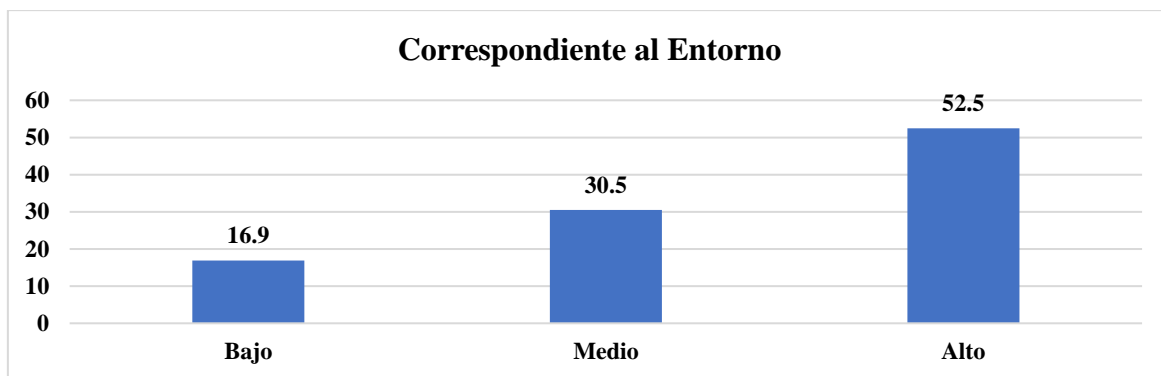


Figura 5. Niveles de calidad asistencial, según dimensión del entorno, Lima, 2019.

Podemos observar en la tabla 12, que, según la apreciación del personal laboral, que el 52,5% considera que la calidad asistencial en la dimensión correspondiente al entorno que se produce en la clínica privada tiene un nivel alto, mientras que un 16,9% considera que el nivel es bajo.

Tabla 13

Niveles de Dirección Estratégica, Lima, 2019

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Bajo	5	8,5	8,5
Medio	20	33,9	33,9
Alto	34	57,6	57,6
Total	59	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

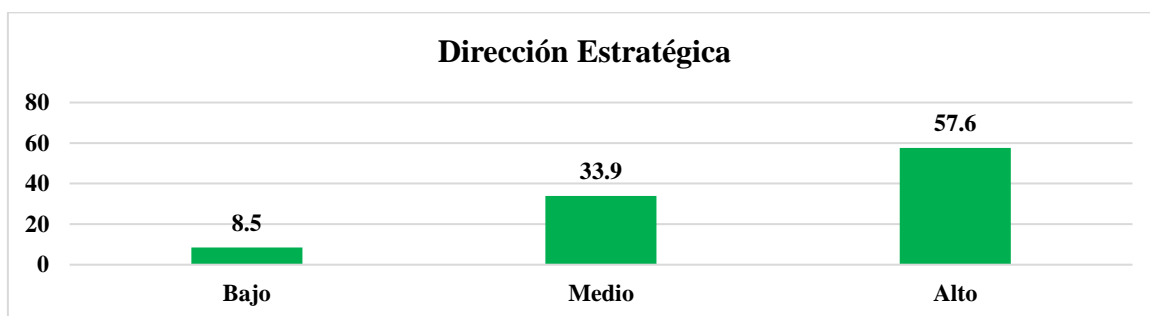


Figura 6. Niveles de dirección estratégica, Lima, 2019.

Observamos que, según la apreciación del personal laboral, que el 57,6% considera que la dirección estratégica que se produce en la clínica privada tiene un nivel alto, mientras que un 8,5% considera que el nivel es bajo.

Tabla 14

Nivel de Dirección Estratégica, según la dimensión Durabilidad, Lima, 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Bajo	19	32,2	32,2
Medio	30	50,8	50,8
Alto	10	16,9	16,9
Total	59	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

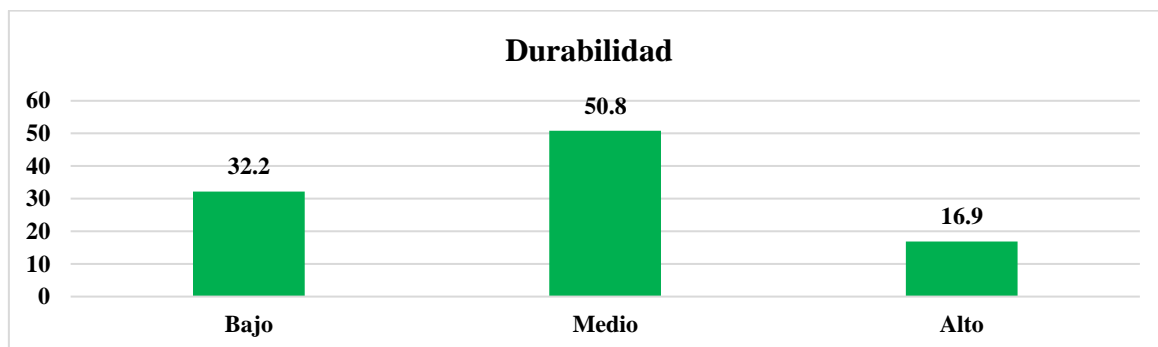


Figura 7. Niveles de dirección estratégica, según dimensión durabilidad, Lima, 2019.

Podemos observar según la apreciación del personal laboral, que el 50,8% considera que la durabilidad sobre la gestión de dirección que se produce en la clínica privada tiene un nivel medio, mientras que un 32,2% considera que el nivel es bajo.

Tabla 15

Nivel de Dirección Estratégica, según dimensión Transparencia, Lima, 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Bajo	8	13,6	13,6
Medio	13	22,0	22,0
Alto	38	64,4	64,4
Total	59	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

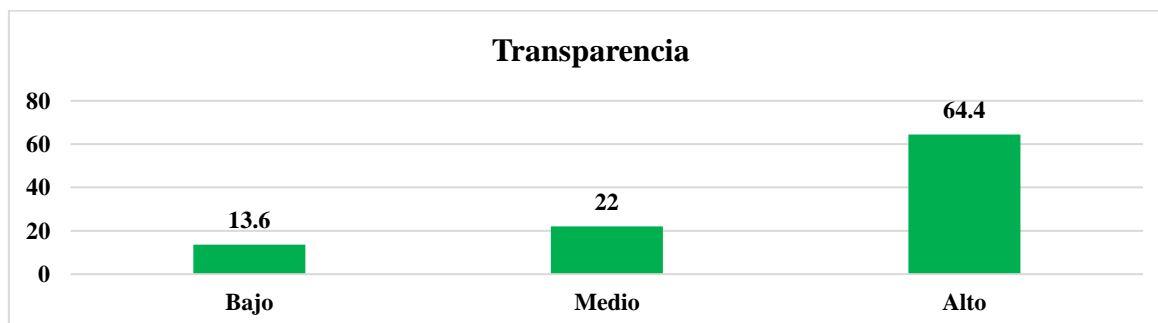


Figura 8. Niveles de dirección estratégica, según dimensión transparencia, Lima, 2019.

Podemos observar según la apreciación del personal laboral, que el 64,4% considera que la dimensión transparencia en la dirección estratégica que se producen en la clínica privada tiene un nivel alto, mientras que un 13,6% considera que el nivel es bajo.

Tabla 16

Nivel de Dirección Estratégica, según dimensión Transferibilidad, Lima, 2019

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Bajo	7	11,9	11,9
Medio	25	42,4	42,4
Alto	27	45,8	45,8
Total	59	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

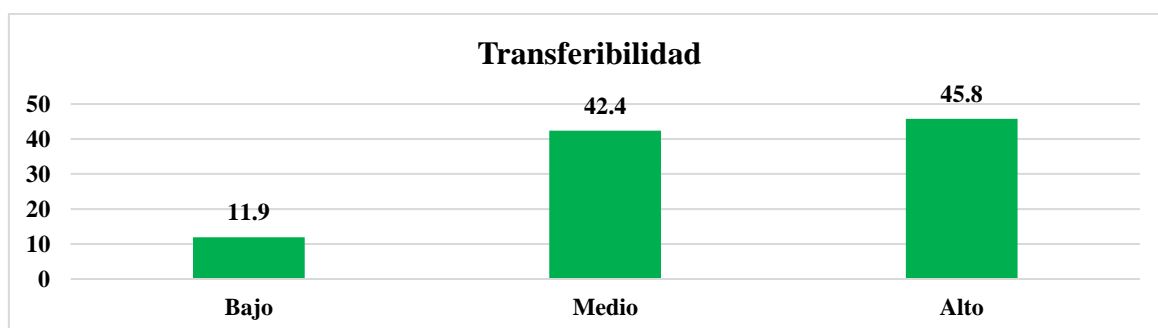


Figura 9. Niveles de dirección estratégica, según dimensión transferibilidad, Lima, 2019

Observamos que en la tabla 16, según, la apreciación del personal laboral, que el 45,8% considera que las acciones de transferibilidad en la dirección estratégica que se produce en la clínica privada tienen un nivel alto, mientras que un 11,9% considera que el nivel es bajo.

Tabla 17

Niveles de Dirección Estratégica, según dimensión Replicabilidad, Lima, 2019

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Bajo	2	3,4	3,4
Medio	12	20,3	20,3
Alto	45	76,3	76,3
Total	59	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 17, podemos observar, según la apreciación del personal laboral, que el 76,3% considera que las acciones de replicabilidad en la dirección estratégica que se produce en la clínica privada tienen un nivel alto, mientras que un 3,9% considera que el nivel es bajo.

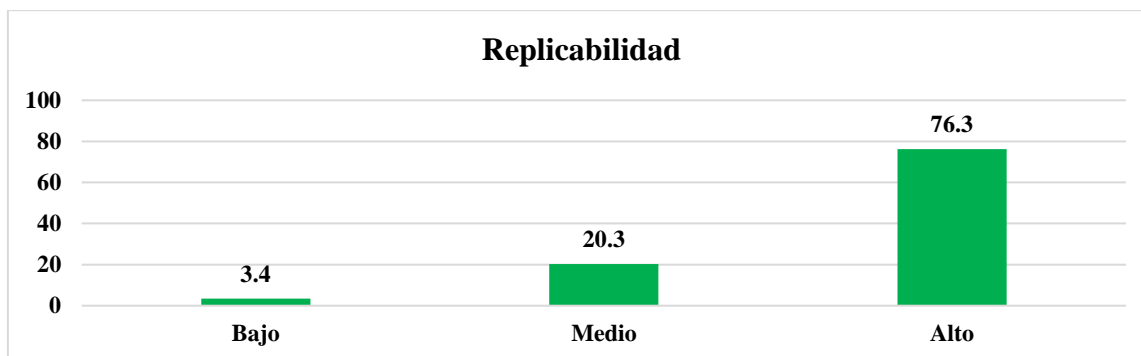


Figura 10. Niveles de dirección estratégica, según dimensión replicabilidad, Lima, 2019.

3.2 Resultados inferenciales

Prueba de Normalidad:

Para la contrastación de las hipótesis y corroborar la fiabilidad de prueba que los datos no deben tener una distribución normal, se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov (prueba K - S). En la tabla 18 nos muestra que las significancias de las variables calidad asistencial y la dirección estratégica son 0,000 y 0,000 respectivamente y ambas son menores a 0,05 (Valor máximo de rechazo). Por lo tanto, las variables no presentan una distribución normal.

Tabla 18

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Calidad Asistencial	Dirección Estratégica
N		59	59
Parámetros normales	Media	2,53	2,49
	Desviación estándar	,704	,653
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,394	,358
	Positivo	,250	,218
	Negativo	-,394	-,358
Estadístico de prueba		,394	,358
Sig. asintótica (bilateral)		,000	,000

Fuente: Elaboración propia.

Hipótesis General

H0: No existe relación significativa entre la calidad asistencial y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019.

H1: Existe relación significativa entre la calidad asistencial y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019.

Tabla 19

Medidas simétricas para la hipótesis general.

	Valor	Error Estandarizado asintótico	T aproximada	Significación aproximada	
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,808	,078	10,365	,000
	N de casos válidos	59			

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar en la tabla 19, la calidad asistencial y la dirección estratégica en los trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019, se relacionan de manera significativa al obtener un valor de correlación Rho de Spearman de 0,808 existiendo una fuerte correlación de las variables, así mismo la relación es significativa puesto que la significancia de $p = 0,00$ indica que es menor a 0,05, rechazando la hipótesis nula, aceptando la alterna.

Hipótesis Específicas

Tabla 20

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Técnico	Personal	Correspondiente al Entorno
	N	59	59	59
Parámetros normales	Media	2,39	2,34	2,36
	Desviación estándar	,695	,734	,760
	Absoluta	,318	,308	,327
Máximas diferencias extremas	Positivo	,204	,186	,198
	Negativo	-,318	-,308	-,327
	Estadístico de prueba	,318	,308	,327
	Sig. asintótica (bilateral)	,000	,000	,000

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 20, nos muestra que las significancias de las dimensiones: Técnico, Personal y Correspondiente al entorno son 0.00, 0.000 y 0.000 respectivamente y todas son menores a 0,05 (Valor máximo de rechazo). Por lo tanto, las dimensiones no presentan una distribución normal.

Hipótesis Específica 01

H0: No existe relación significativa entre la dimensión técnica y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019

H1: Existe relación significativa entre la dimensión técnica y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019

Tabla 21

Medidas simétricas para la hipótesis específica 1

		Valor	Error Estandarizado asintótico	T aproximada	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,866	,065	13,085	,000
	N de casos válidos	59			

Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en la tabla 21, la dimensión técnica y la dirección estratégica en los trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019; se relacionan de manera significativa al obtener un valor de correlación Rho de Spearman de 0,866 existiendo una fuerte correlación de las variables, así mismo la relación es significativa puesto que la significancia de $p = 0,00$ indica que es menor a 0,05, rechazando la hipótesis nula, aceptando la alterna.

Hipótesis Específica 02

H0: No relación significativa entre la dimensión personal y la dirección estratégica, en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019

H1: Existe relación significativa entre la dimensión personal y la dirección estratégica, en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019

Tabla 22

Medidas simétricas para la hipótesis específica 2

		Valor	Error estandarizado asintótico	T aproximada	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,784	,090	9,547	,000
	N de casos válidos	59			

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar en la tabla 22, la dimensión asistencia del personal y la dirección estratégica en los trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019, se relacionan de manera significativa al obtener un valor de correlación Rho de Spearman de 0,784 existiendo una fuerte correlación de las variables, así mismo la relación es significativa puesto que la

significancia de $p = 0,00$ indica que es menor a $0,05$; rechazando la hipótesis nula, aceptando la alterna.

Hipótesis Específica 03

H0: No relación significativa entre la dimensión del entorno y la dirección estratégica, en trabajadores de una Clínica privada de Lima, 2019.

H1: Existe relación significativa entre la dimensión del entorno y la dirección estratégica, en trabajadores de una Clínica privada de Lima, 2019.

Tabla 23

Medidas simétricas para la hipótesis específica 3

		Valor	Error Estandarizado asintótico	T aproximada	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,828	,086	11,147	,000
	N de casos válidos	59			

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar en la tabla 23, el entorno y la dirección estratégica en los trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019, se relacionan de manera significativa al obtener un valor de correlación Rho de Spearman de $0,828$ existiendo una fuerte correlación de las variables, así mismo la relación es significativa puesto que la significancia de $p = 0,00$ indica que es menor a $0,05$; rechazando la hipótesis nula, aceptando la alterna.

IV. Discusión

Se presenta la hipótesis general: Existe relación significativa entre la calidad asistencial y la dirección estratégica en los trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019; con Rho de Spearman de 0,808 existiendo una fuerte correlación de las variables, así mismo la relación es significativa puesto que la significancia de $p = 0,00$ indica que es menor a 0,05, rechazando la hipótesis nula, aceptando la alterna. Estos hallazgos se relacionan con San Norberto, García y Vaquero (2017) quienes concluyeron que, dentro de la planificación estratégica de las empresas de salud, se debe considerar a la calidad como fuente principal del desarrollo estratégico para poder garantizar una adecuada atención en los servicios de salud, con la elaboración de un plan de calidad como modelo de gestión, y que sea monitorizada a través de indicadores específicos para un estricto funcionamiento y cumplimiento. Esto también, conjuntamente con un trabajo en equipo sincero, una comunicación efectiva que vienen a ser los ejes principales para alcanzar el éxito institucional.

Se presenta la hipótesis específica 1: Existe relación significativa entre la dimensión técnica y la dirección estratégica en los trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019; se relacionan de manera significativa al obtener un valor de correlación Rho de Spearman de 0,866 existiendo una fuerte correlación de las variables, así mismo la relación es significativa puesto que la significancia de $p = 0,00$ indica que es menor a 0,05, rechazando la hipótesis nula, aceptando la alterna. Estudios como el de Villagarcía (2016), realizado en México, respecto a la calidad de atención brindada por el seguro social de ese país, comparte la misma información, que aún hay satisfacción de los usuarios mexicanos en la atención recibida por parte del seguro social, y que la calidad técnica sobre todo en la variable trámite es la que más aceptación tiene. Esto lo podemos ver en los resultados obtenidos en donde la calidad asistencial en su dimensión técnico, tiene un nivel alto, gracias a la moderna infraestructura, cómodas y amplias instalaciones que hace de la clínica privada una ventaja competitiva frente a los tradicionales establecimientos de salud. Asimismo, se presenta la hipótesis específica 2: Existe relación significativa entre la dimensión personal y la dirección estratégica, en los trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019; se relacionan de manera significativa al obtener un valor de correlación Rho de Spearman de 0,784 existiendo una fuerte correlación de las variables, así mismo la relación es significativa puesto que la significancia de $p = 0,00$ indica que es menor a 0,05; rechazando la hipótesis nula, aceptando la alterna. Trabajos como el de Risco et al (2015) y Arrunátegui (2019), en un trabajo de

satisfacción en un hospital, obtuvo resultados que la relación médico-paciente y el equipamiento, son los puntos más resaltantes en la percepción del usuario, seguido de la capacidad de las enfermeras, hace mención que la base de una buena empresa de salud, es su personal asistencial y administrativo, y como tal debe tener las competencias necesarias para su puesto de trabajo, y asimismo debe ser capacitado periódicamente. Es así que tenemos como resultado que la calidad asistencial en su dimensión personal, tiene un nivel alto en la clínica privada debido a que el personal es seleccionado adecuadamente y se cumple con un cronograma de capacitaciones al personal, no solo en capacitaciones específicas a su labor, sino en programas generales tales como atención de manejo de conflictos, clima laboral, entre otros. También se presenta la hipótesis específica 3: Existe relación significativa entre la dimensión del entorno y la dirección estratégica, en los trabajadores de una Clínica privada de Lima, 2019; se relacionan de manera significativa al obtener un valor de correlación Rho de Spearman de 0,828 existiendo una fuerte correlación de las variables, así mismo la relación es significativa puesto que la significancia de $p = 0,00$ indica que es menor a 0,05; rechazando la hipótesis nula, aceptando la alterna. Autores como Del Carmen (2019), refieren que debe haber una reestructuración del sistema de salud peruano sobre todo en sus procesos de atención y estrategias y políticas de estado, ya que, al ser nuestro sistema de salud segmentado y fragmentado, no hay una correspondiente integralidad entre ellos y mucho menos un líder de la gestión. La atención del paciente debe ser integral, basado en la mejora continua de los procesos, disminuyendo de esta manera costos económicos, de tiempos y de recursos humanos. De esta manera podemos ver que en nuestra investigación como resultado que la calidad asistencial en su dimensión del entorno, tiene un nivel alto, ya que brinda una atención integral, hasta el nivel de competencia que nos corresponde y según nuestra categoría, derivando los casos en los cuales no tenemos capacidad resolutoria, cumpliendo con los procesos del caso para su evacuación oportuna y adecuada, dando mano a los convenios vigentes con otros establecimientos de salud de mayor resolución. Podemos resumir, que, las dimensiones de la calidad asistencial se relacionan de manera significativa con la variable dirección estratégica, esto debido a que cuando nos referimos a las dimensiones técnica, personal y correspondiente al entorno, necesitan de estrategias que sean tecnológicas, emocionales y/ o sociales para que la institución alcance las metas y objetivos propuestos.

Asimismo, estudios complementarios a los antecedentes, podemos decir que Malleuve et al (2018), Aguilera y Riasco (2009), mencionan que el desarrollo adecuado de

la dirección estratégica en una institución privada o estatal afecta directamente a la mejora continua en los niveles estratégicos, tácticos y operativos, sobre todo en el punto de la tecnología de la información y comunicaciones, y agrega Ferrer (2016) que toda empresa sobre todo las del sector salud deben tener muy en claro, a donde ha decidido ir y como tiene que llegar allí, siendo estos dos puntos importantes para poder crear una ventaja competitiva frente a las demás empresas de su mismo rubro y poder llegar de esta manera al objetivo marcado. En la investigación se observó que la dirección estratégica que presenta la institución presenta un nivel significativo alto, y que esto se debe a la relación que mantiene la clínica privada con la estrategia planteada basada en la calidad, tiene de por si tiene un efecto de durabilidad y transparencia que presenta, el poder de transferir que realiza y la opción de poder ser replicable pero con ciertas características, genera su equipo de gestión un característica peculiar de poder desarrollar acciones en favor no solo del paciente o usuario sino de preocuparse y velar por su capital humano quien será la piedra angular para una buena atención en los servicios de salud. por otro lado, Morgan (2017) y Pedraja y Rodriguez (2014), refieren que las estrategias a plantear para que sean durables en el tiempo deben ser en base a los grupos de interés de las organizaciones, así como su medio interno y externo. Tenemos como resultado que la dirección estratégica en su dimensión durabilidad, tiene un nivel medio, ya que la presente investigación su fuente de investigación fue el medio interno, es decir el capital humano como fuente de generación de recursos y no el usuario o paciente. Podemos incluir a Barra (2017), Andrade y Artmann (2009), quienes refieren que una característica de la dirección estratégica es el valor adicional que se pueda dar, haciendo que esta sea difícil de identificar y comprender. En la investigación la dirección estratégica en su dimensión transparencia, se obtuvo un resultado de un nivel alto, debido al compromiso que tiene el personal con la institución para poder brindar una adecuada atención desde su ingreso. Por otro lado, Villalbi (2007), Ancasi, Jacinto y Tenazo (2018), refiere que una adecuada estrategia en salud es aquella que nos puede generar nuevos ingresos con el compromiso de toda la organización, en donde el usuario es el centro de atención. Es así que se obtuvo un resultado de la dirección estratégica en su dimensión transferibilidad, alto ya que se pudo ver diversas realidades de establecimientos de salud similares a nosotros, rescatando lo positivo para mejorarlo e implementarlo como nuestro. Por último, Strauck y Guillen (2014), refiere que la comunicación juega un rol importante a la hora de escoger una estrategia, sobre todo en lo gobiernos locales. En la investigación tenemos como resultado que la dirección estratégica en su dimensión replicabilidad, tiene

un nivel alto, debido que la clínica privada ha tomado como suya la estrategia de tener una adecuada comunicación interna y externa utilizando los diferentes medios de la tecnología de la información y de las comunicaciones.

V. Conclusiones

Primera: La percepción de los colaboradores referente a la calidad asistencial y el manejo de la dirección estratégica por parte de la clínica privada es alta, ya que la principal estrategia es la de brindar una atención con calidad en los servicios de salud.

Segunda: La calidad técnica, que se brinda para una atención de los servicios de salud al paciente o usuario son efectivas en el manejo de la institución, ya que están de la mano de la tecnología, infraestructura y equipamiento.

Tercera: La calidad personal, de la clínica hacia los pacientes y usuarios presenta un nivel alto, pero con mejoras a futuro, sobre todo en el trato del personal administrativo, el cual se presentarán capacitaciones periódicas, en atención a público.

Cuarta: El entorno de las gestiones externas e internas que maneja la clínica privada es catalogado por sus colaboradores como medianamente alto, ya que en algunos casos hay falta de conocimiento de los convenios y procesos a seguir.

Quinta: La dirección estratégica apuesta por la calidad asistencial como principal estrategia ya que es durable con los objetivos institucionales y recursos humanos; transparente, en actividades comerciales o sociales; transferible al poseer banco de sangre, y apoyo financiero de una institución y replicable por retener a su capital humano, modalidades de pago y promociones cortas a través del tiempo.

VI. Recomendaciones

Primera: Desarrollar un plan de calidad, para el área asistencial, bajo la supervisión de la Dirección médica, creando el área de gestión de la calidad y mejora continua, con el manejo de un especialista en auditoría de la calidad, quien velará por el desarrollo e implementación de los procesos, para el cual se deberá asignar un presupuesto específico a dicha área.

Segunda: En cuanto a las mejoras para la calidad técnica, se sugiere implementar el uso de herramientas tecnológicas, para mejorar la comunicación interna y externa, a cargo del área de imagen institucional, quien trabajara de la mano con la dirección médica para el uso adecuado de las respuestas, promociones, entre otras actividades, a través del uso de las diferentes redes sociales vigentes.

Tercera: En cuanto a la calidad personal, debemos mejorar el presupuesto institucional para la contratación de un número mayor de personal de apoyo, en los puestos claves como son sala de operaciones y hospitalización, y poder brindar de esta manera una atención más personalizada a los usuarios. Asimismo, se sugiere realizar actividades de socialización para los colaboradores de la institución con el fin de fortalecer los vínculos laborales y de identificación con la empresa, y poder lograr los objetivos propuestos por la clínica. Y, por último, realizar capacitaciones periódicas y específicas, ya sea presenciales y/o virtuales, sobre todo en el manejo a público, para brindar una adecuada atención.

Cuarta: Realizar la retroalimentación, en el área de atención al usuario, mejorando de esta manera, los niveles de atención y servicios que presenta la clínica, a través de encuestas de satisfacción y la permanente supervisión de los convenios vigentes, para brindar una atención integral, siendo estos de conocimiento público, empezando por los colaboradores.

Quinta: Complementar con otro tipo de estrategias, ya que estamos en la era de la transformación digital, como son las atenciones virtuales, para poder llegar a los pacientes de manera oportuna, desde la comodidad de su casa, si perder la calidad en la atención, basada en la tecnología de la información y comunicación.

VII. Propuesta

A pesar que existen varios modelos de atención, en los diferentes niveles de los servicios de salud, la presente investigación sirve de estímulo para proponer el desarrollo de una estrategia principal, basada en la calidad de la atención de los servicios de salud, articulada de manera armoniosa con las demás, generando de esta manera una experiencia positiva para el paciente, y para la empresa de salud, una mejora en sus indicadores financieros. La presente propuesta centra sus bases en el medio interno de la institución apostando por ella, por su capacidad de compromiso e innovación, refrendado con el apoyo de la tecnología, para poder obtener resultados que desafíen los nuevos retos de la salud, garantizando su sostenibilidad en el tiempo. Se propone trabajar a nivel de tres puntos estratégicos:

1. Órganos de gestión. Cambiar la percepción de los empresarios o de los directivos, que lideran empresas de salud, sobretudo privadas, que el factor económico financiero no es la principal estrategia para la obtención de dividendos, sino aquella basada en la calidad de la prestación de servicios de salud, de manera oportuna y al alcance de todos.

2. Capital humano. Y no me refiero solo al personal médico, sino al grupo humano como tal, desde el personal, de apoyo, el administrativo y el asistencial. El área de recursos humanos juega un rol importantísimo durante el proceso de selección y reclutamiento de personal, en donde las competencias blandas son las que priman para este tipo de labor y la capacitación específica de acuerdo al área de desempeño, es el principal compromiso de la institución.

3. Comunicación y Tecnología. En este punto no se quiere tocar a los equipos que se deben tener y que pueden ser de última generación, sino que son dos aspectos que ahora van de la mano a través de la denominada Tecnología de la Información y de las Comunicaciones (TIC), que son las herramientas básicas para poder brindar una adecuada atención. El conocimiento está al alcance de todos, a un click de distancia, y es lo que se debe explotar al máximo usando todos los medios necesarios no solo para posicionarnos en el mercado, sino para poder brindar todas las facilidades para su atención de manera oportuna a través de modelos flexibles y amigables. Los servicios de salud deben de salir a competir junto con los otros e-commerce, respetando siempre el principio ético y las normas vigentes. La telemedicina a través de las teleconsultas, son herramientas que están dadas en nuestro país desde años anteriores, pero que no es muy bien conocida, ni explotada, ni difundida, porque aún no se quiere romper ese paradigma de la atención virtual.

Interrelacionando estos tres puntos podemos tener una estrategia adecuada para:

- ✓ Estar preparados a nuevos cambios
- ✓ Cumplir con los objetivos institucionales
- ✓ Fomentar una adecuada cultura organizacional
- ✓ Desarrollar conocimientos innovadores
- ✓ Estar preparados para poder afrontar cualquier Certificación de Calidad nacional o internacional
- ✓ Estar seguros y poder afirmar que un paciente informado, es un paciente satisfecho.

Las acciones para la implementación de esta estrategia serian:

- ✓ Compromiso de la alta dirección
- ✓ Contratación de un personal idóneo
- ✓ Capacitaciones periódicas del personal
- ✓ Implementación del uso adecuado de la TIC
- ✓ Elaboración de un plan de calidad para la mejora continua

REFERENCIAS

- Aguilera, A. Riascos, S. (2009). *Direccionamiento estratégico apoyado en las TIC*. Estudios Gerenciales, 25(111), 127-143. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-59232009000200007&lng=en&tlng=es.
- Ajuwon, G. (2003). *Computer and internet use by first year clinical and nursing students in a Nigerian teaching hospital*. BMC Med Inform Decis Mak; 18:3- 10.
- Aibar, C., Aranaz, J. (2016). *Seguridad del paciente y calidad asistencial*. Revista de calidad asistencial, ISSN 1134-282X, Vol. 26, N°. 6, 2011, págs. 331-332.
- Ancasi, S. Jacinto, E. Tenaza, I. (2018). *Plan estratégico de una clínica privada en el período 2018- 2022*. Tesis de maestría. Universidad del Pacifico. Perú.
- Andrade, M. Artmann, E. (2009). *Démarche estratégica em unidade materno infantil hospitalar*. Revista de Saúde Pública, 43(1), 105-114. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100014>.
- Andrews K. (1980). *The concept of Corporate Strategy*. Estados Unidos: Rev. Homewood.
- Ansoff, I. (1965). *Corporate Strategy*. New York. McGraw Hill.
- Arrunátegui, L. (2018). *Satisfacción de los pacientes y/ acompañantes atendidos en el servicio de emergencia Hospital III-1 Jose Cayetano Heredia, Piura*.
- Barboza, M. (2009). *El aseguramiento universal en el Perú: la reforma del financiamiento de la salud en perspectiva de derechos*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 26(2), 243-247.
- Barra, A. (2017). *Dirección Estratégica en las Superintendencias del Estado de Chile*. Información tecnológica, 28(3), 129-138. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642017000300014>.
- Bello, I., Arogundade, F., Sanusi, A., Ezeoma, I., Abioye-Kuteyi, E., Akinsola, A. (2004). *Knowledge and utilization of Information Technology among health care professionals and students in Ile-Ife, Nigeria: a case study of a university teaching hospital*. J Med Internet Res.;6(4): e45.

- Bueno, E. (1991). *Dirección estratégica de la empresa*. Pirámide, Madrid. 3era edición.
- Bueno, E. Dalmau, J. Renau, J. (1993). *Fundamentos teóricos de la dirección estratégica*. España. Valencia.
- Calixto, M., Sawada, N., Hayashida, M., Mendes, I., Trevizan, M., & Godoy, S. (2011). *SERVQUAL scale: validation in the mexican population*. Texto & Contexto - Enfermagem, 20(3), 526-533. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300014>.
- Cardona, R. (2011). *Estrategia basada en los recursos y capacidades. Criterios de evaluación y el proceso de desarrollo*. Revista electrónica fórum doctoral. Número 4. mayo-julio de 2011. ISSN: 2027-2146
- Costa JM. *Gestió de la qualitat en un món de serveis*. Barcelona: Gestió 2000; 1998.
- Decreto Supremo N° 054-2011-PCM. *Que aprueba el Plan Bicentenario – El Perú hacia el 2021*. Perú.
- De Viteri Arranz, D. (2000). *El potencial competitivo de la empresa: recursos, capacidades, rutinas y procesos de valor añadido*. Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa, 6(3), 71-86.
- Del Carmen, J. (2019). *Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud*. ISSN 1726-4634. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Vol. 36 (2). Pág. 288-295. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449>.
- Delgado, E. (2015). *De la Integración Asistencial a la implantación efectiva de un nuevo modelo asistencial integrado a través de la Gestión por Procesos y la Mejora Continua*. RISAI-Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, 7(1).
- De Izque, C. Arriarán, A. Tolmos, Y. (2013). *El concepto de estrategia. Apuntes de Estrategia Operacional - Capítulo 1*. Publicaciones ESUP. Pág. 13-16. Marina de Guerra del Perú. Recuperado de <http://virtual.esup.edu.pe/bitstream/ESUP/157/6/Cap.%201.pdf>.
- Do Nascimento, S. Beuren, I. (2015). *A eficácia gerencial aferida pelo alcance das metas estabelecidas no sistema de recompensa e sua relação com o empowerment*

psicológico. *Innovar*, 25(55), 59-73. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.15446/innovar.v25n55.47196>.

Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica*. México DF: Prensa Médica Mexicana, 95-151.

Donabedian A. (2005). *Evaluating the Quality of Medical Care*. 1966. *The Milbank quarterly*, 83 (4), 691–729. doi: 10.1111 / j.1468-0009.2005. 00397.x

Duque, E. (2005). *Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición*. *Innovar*, 15(25), 64-80. Retrieved October 16, 2018, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-50512005000100004&lng=en&tlng=es.

Fernández, E. (2002). *Dirección estratégica: una síntesis. Investigación Europeas de dirección y Economía de la empresa*. Vol.8, N°1. pág.13-38. ISSN:1135-2523.

Ferrer, E. (2018). *Strategic project management: a methodology for sustainable competitive advantage*. *Revista EAN*, (spe), 15-31. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.21158/01208160.n0.2018.2016>.

Forrellat, M. (2014). *Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible*. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(2), 179-183. Recuperado en 17 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011&lng=es&tlng=es.

Frenk, J. (2000). Avedis Donabedian. *Salud Pública de México*, 42 (6). Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca. México Disponible en: Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10642617>> ISSN 0036-3634

Galli, A. Soler, C. Flichtentrei, D. Mastandueno, R. (2015). *Estrategias de educación médica continua*. FEM: *Revista de la Fundación Educación Médica*, 18(4), 247-251.

Granda, P. (2017). *Calidad de la atención en salud, una mirada desde la teoría de sistemas*. Revisión de la literatura (Doctoral dissertation).

- Grant, R. (1991). *The resource-based theory of competitive advantage: Implications for Strategy formulation*. California Managem. Rev., Spring, pp.114-135.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4),36-44
- Hampton DR. (1986). *Administration*. México: McGraw-Hill; 1986.
- Hanefeld, J. Powell, T. Balabanova, D. (2017). *Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos. Volumen 95, Número 5, mayo 2017, 313-388. Recuperado. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179309>.
- Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. 2010. Metodología de la investigación. 5ta edición.
- Ibarra, S. Suárez, J. (2002). *La teoría de los recursos y las capacidades: un enfoque actual en la estrategia empresarial*. Anales de estudios económicos y empresariales, ISSN 0213-7569, N° 15, 2002, págs. 63-89.
- Jara, M. (2009). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud: ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 8(17), 187-190. Retrieved, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000200012&lng=en&tlng=es.
- Kravitz, R. (1996). Patients' Expectations for Medical Care: An Expanded Formulation Based on Review of the Literature. *Med Care Res Rev*; 53(1):3-27. Retrieved, from <https://doi.org/10.1177/107755879605300101>.
- Kukuljan, M. (2017). *La oportunidad de desarrollar hospitales de alta calidad asistencial y docente para Chile*. Revista médica de Chile, 145(1), 72-74. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000100010>.
- Ley N° 26842 (2009). *Ley general de salud*. Perú.
- Ley N° 26887. (1998). *Ley general de Sociedades*. Perú.
- Ley N° 29344 (2009). *Ley marco de aseguramiento universal en salud*. Perú. Congreso de la República.

- Levin, J. (1979). *Fundamentos de Estadística en la investigación social*. México. Ed. Harla.
- Malleuve, A. Alfonso, D. Lavandero, J. Ramos, V. (2018). *Strategic management model with enterprise architecture approach for integration management system in enterprises*. DYNA, 85(207), 297-305. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.15446/dyna.v85n207.72073>.
- Marín, D. (2011). *Dirección estratégica: mirada a algunas teorías procedentes*. Expeditio.pp 79-95.
- Martínez, A. Laguado, R. Flórez, E. (2018). *Factores de éxito de la certificación ISO 9001 en empresas de Cúcuta y su Área Metropolitana*. Estudios Gerenciales, 34(147), 216-228. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.18046/j.estger.2018.147.2599>
- Mejía, C. Chacón, J. Cavero, M. Chancasanampa, D. Landa, M. Aguado, H. (2018). *Características y capacitaciones en administración en el personal que trabaja en el sector salud de la ciudad y periferia de Huancayo, Perú*. FEM: Revista de la Fundación Educación Médica, 21(1), 41-46.
- Miller, D. (1993). *The architecture of simplicity*. Academ of Manag. Rev. 18 (11).pp 116- 138.
- MINSA (2007). *Sistema de Gestión de la Calidad en salud*. Documento Técnico RM 519 – 2006/MINSA. Dirección General de salud de las personas. Dirección ejecutiva de Calidad en Salud. Lima. 44p. Recuperado: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc_SistemaGestion delaCalidad.pdf
- Morgan, J. (2017). *Dirección estratégica para la planeación financiera en instituciones educativas internacionales*. RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 7(14), 299-324. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.23913/ride.v7i14.286>
- Murray, C. Frenk, J. (2000). *Systems of health. A framework for evaluating the performance of health Systems*. Bulletin of the World Health Organization. 78(6): 717–731.

- Numpaqué-Pacabaque, Adriana, & Rocha-Buelvas, Anderson. (2016). *Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud*. Revista de la Facultad de Medicina, 64(4), 715-720. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54839>.
- Ochoa, A. (2005). *Modelo de dirección estratégica para el departamento de Medicina General Integral*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 21(5-6) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500022&lng=es&tlng=es.
- O'Connor, S., Powers T., Bowers, M. (1988). *Improving Service Quality in the Health Care Setting*. Journal of Health Care Marketing; 8(4): 63-66.
- Osorio, J. Cruz, E. Romero, M. (2016). *Impacto de la certificación ISO 9001 en clínicas de Cali, Colombia*. Innovar, 26(59), 35-46. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.15446/innovar.v26n59.54321>.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). *A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research*. Journal of Marketing, 49(4), 41-50.
- Pastor, E. Guzmán, E. Martínez, R. Garrido, M. Ecenarro, P. (2015). *Impacto de la calidad de la atención por parte de los residentes*. Archivos de Bronconeumología, 51(10), 515-519. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2015.01.014>.
- Pedraja, L. Rodríguez, E. (2014). *La relevancia del proyecto estratégico como determinante de la calidad en las universidades*. Idesia (Arica), 32(4), 101-103. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34292014000400013>.
- Perdomo, Jesús (2009). *Reseña "Método Juran. Análisis y planeación de la calidad" de Gryna F., Chua R. y DeFeo J*. INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales, 19(33),142. ISSN: 0121-5051. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=818/81819022011>.
- Pino, W. (2018). *Atención de Salud con calidad*. Desafíos. Situación de la calidad de la salud en el Perú. CMP-Consejo Regional III. Lima. Pág. 123-142.

- Porter, M. (1980). *Competitive strategy. Techniques for analyzing industries and competitors*. New York.
- Real Academia Española, (1996). *Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia Española, Madrid. Pág. 257.
- Risco, C., Reyna, R., Rivera, L., Neciosup, A. (2015). *Opinión de usuarios sobre calidad de atención en el servicio de emergencia del hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo-2011*. ISSN: 1681-7230. SCIÉENDO, Vol. 17(1).
- Ronda, G. Macarné, J. (2002). *Efectividad de la ejecución de la dirección estratégica. Las leyes que la garantizan*. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/efectividad-ejecucion-direccion-estrategica/>
- Ronda, G. (2004). *La integración de los niveles estratégico, táctico y operativo en la dirección estratégica*. Revista Escuela de Administración de Negocios, (52),29-57. ISSN: 0120-8160. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=206/20605204>
- Saco, S., & Zavala, S. (2017). *Influencia de la integración docente asistencial en la calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención y en la formación médica en la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco*. Anales de la Facultad de Medicina, 78(3), 309-314. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13766>
- Saldaña, O. Sanango, M. (2015). *Calidad de atención científico humanístico que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario del centro de salud de Cojitambo*. Azogues, 2014. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería. Cuenca Ecuador.
- San Norberto, E., García, E., Vaquero, C. (2017). *Mejora de la calidad asistencial III: Diseño, implantación y evaluación de un plan de calidad*. Revista española de investigaciones quirúrgicas, ISSN 1139-8264, Vol. 20(2), 63-67.
- San Norberto, E., García, E., Vaquero, C. (2017). *Mejora de la calidad asistencial II: Gestión del cambio*. Revista española de investigaciones quirúrgicas, ISSN 1139-8264, Vol. 20(1), pag.19-25.

- Sánchez, C. y Reyes, M. (2002). *Metodología y diseños de la investigación científica*. Lima Perú.
- Sánchez, I. (2016). *El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud*. MEDISAN, 20(4), 544-552. Recuperado en 02 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400015&lng=es&tlng=pt.
- Sánchez, Y. Suárez, I. Vidal, A. (2017). Calidad. Una mirada desde los Sistemas de Salud. La Habana. 2017. Revista de Información científica para la Dirección en Salud. INFODIR, (25), 110-116.
- Saturno, P. Hernández, M. Magaña, L., García, S. Vertiz, J. (2015). *Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. salud pública de México*. 57, 275-283.
- Sotelo, E. Sotelo, C. (2015). *Fundamentos de investigación científica para estudiantes en educación superior*. 1er edición. Lima-Perú.
- Strauck, F. Guillén, C. (2014). *La gestión de la comunicación en los gobiernos locales, una mirada desde la perspectiva estratégica: Análisis del caso peruano*. Revista internacional de relaciones públicas, 4(7 (ene-jun)), 153-176. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5783/RIRP-7-2014-10-153-176>.
- Teece, D., Pisano, G., Shuen, A. (1997). *Dynamic Capabilities and Strategic Management*. Strategic Management Journal; 18(7): 509-533.
- Temes, J. Mengíbar, M. (2011). *Gestión Hospitalaria*. 5ta edición. España. Editorial Mc Graw Hill. ISBN: 978-84-481-7891-8.
- Valderrama, S. 2016. *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica*. 6ta reimpresión de la 2da edición.
- Vargas, V. Valecillos, J. Hernández, C. (2013). *Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición*. Revista de Ciencias Sociales (Ve), XIX (4), 663-671. ISSN 1315-9518. Venezuela.

- Varo, Jaime (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid. España.
- Villalbí, Joan. Guix, J. Casas, C. Borrell, C. Duran, J. Artazcoz, L. Camprubí, E. Cusí, M. Rodríguez, Pau. Armengol, J. Jiménez, G. (2007). El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 60-65. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000100011&lng=es&tlng=es.
- Villagarcía, E., Delgadillo, L., Argüello, F., & González, L. (2017). *Percepción usuaria de la calidad en los servicios de salud del ISSEMyM*. Horizonte sanitario, 16(1), 46-54. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.19136/hs.v16i1.1446>.
- World Health Organization. (2000). World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Switzerland, G. World Health Organization. *La calidad asistencial en la Unión Europea*. Pág. 1 a 25. Retrieved, from www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/.../docs/.../Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf
- Wilson, L. Velásquez, A. Ponce, C. (2009). *La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 26(2), 207-217. Recuperado, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200013&lng=es&tlng=es.

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Calidad asistencial y dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima 2019. Autor: Alexis Hernan Romero Romero							
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
<p>Problema General: ¿Qué relación hay entre la calidad asistencial y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>Problema específico 1: ¿Cuál es la relación entre la dimensión técnica y la dirección estratégica, en trabajadores de una clínica privada de Lima 2019?</p> <p>Problema específico 2: ¿Cuál es la relación entre la dimensión personal y la dirección estratégica, en trabajadores de una clínica privada de Lima 2019?</p> <p>Problema específico 3: ¿Cuál es la relación entre la dimensión del entorno y la dirección estratégica, en trabajadores de una clínica privada de Lima 2019?</p>	<p>Objetivo general: Establecer la relación entre la calidad asistencial y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Objetivo específico 1: Determinar la relación entre la dimensión técnica y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019.</p> <p>Objetivo específico 2: Analizar la relación entre la dimensión personal y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019</p> <p>Objetivo específico 3: Establecer la relación entre la dimensión del entorno y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019</p>	<p>Hipótesis general: Existe relación significativa entre la calidad asistencial y la dirección estratégica en trabajadores de una clínica privada de Lima durante el 2019.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Hipótesis específica 1: Existe relación significativa entre la dimensión técnica y la dirección estratégica, en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019.</p> <p>Hipótesis específica 2: Existe relación significativa entre la dimensión personal y la dirección estratégica, en trabajadores de una clínica privada de Lima, 2019.</p> <p>Hipótesis específica 3: Existe relación significativa entre la dimensión del entorno y la dirección estratégica, en trabajadores de una Clínica privada de Lima, 2019.</p>	Variable 1: Calidad Asistencial				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles o rangos
			D1. Técnico	-Fiabilidad -Profesionalidad -Credibilidad -Seguridad	01 – 08	Ordinal (5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (2) Desacuerdo (1) Muy en desacuerdo	Buena (82-110) Regular (52-81) Mala (22-51)
			D2. Personal	-Cortesía -Confidencialidad -Comunicación -Comprensión	09 – 16		
			D3. Del entorno	-Integralidad -Oportunidad -Continuidad	17 - 22		
			Variable 2: Dirección estratégica				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
			D1. Durable	-Recursos tecnológicos -Reputación corporativa -Recursos individuales	01 – 06	Ordinal (5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (2) Desacuerdo (1) Muy en desacuerdo	Buena (66-90) Regular (42-65) Mala (18-41)
			D2. Transparente	-Múltiples capacidades -Cantidad de recursos	07– 10		
			D3. Transferible	-Perfectamente inmóvil -Imperfectamente móvil	11 - 14		
D4. Replicable	-Creación interna -Velocidad de réplica	15 - 18					

Tipo y diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística
<p>-Enfoque de investigación: Cuantitativo.</p> <p>-Tipo de investigación: Aplicada.</p> <p>-Diseño de investigación: No Experimental.</p> <p>-Nivel Correlacional Causal. Hipotético-deductivo.</p> <p>-Paradigma: Positivista</p>	<p>Población: 69 trabajadores</p> <p>Tipo de muestreo: Muestreo probabilístico. Aleatorio simple</p> <p>Tamaño de muestra: $n = \frac{NZ2S2}{(N-1)e2+Z2S2}$ n = 59 trabajadores</p>	<p>Variable 1: Calidad asistencial</p> <p>Técnicas: Escala para medir actitudes Instrumentos: Cuestionario (22 ítems) Escalamiento tipo Likert El diseño de los dos instrumentos se ha realizado de acuerdo a las variables, dimensiones, indicadores, resultado de revisar la bibliografía correspondiente</p> <p>Variable 2: Dirección estratégica</p> <p>Técnicas: Escala para medir actitudes Instrumentos: Cuestionario (18 ítems) Escalamiento tipo Likert El diseño de los dos instrumentos se ha realizado de acuerdo a las variables, dimensiones, indicadores, resultado de revisar la bibliografía correspondiente</p>	<p>El procesamiento de la información se realizará con el estadístico</p> <p>DESCRIPTIVA: Se describirá a través de tablas y figuras estadísticas de los resultados obtenidos de la Base de datos aplicados con el Programa SPSS V-21.</p> <p>INFERENCIAL: Se realizó a través de la escala correlacional de Spearman para demostrar la relación de las variables (contraste de la hipótesis) y dimensiones planteadas.</p>

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

I. Instrumento de medición de la variable calidad asistencial

Introducción: Apreciado señor(a), el presente cuestionario solo tiene fines académicos, tiene por objetivo recolectar datos relevantes, con el objeto de conocer la relación entre la calidad asistencial y la dirección estratégica en una Clínica privada, Lima, 2019, por ello se pide responder con sinceridad.

Instrucciones: Marque usted el numeral que considera de acuerdo a la escala de Likert siguiente:

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

N°	Dimensión 1: Técnico	1	2	3	4	5
1	Se debe brindar servicios de una manera adecuada y conforme a como se compromete hacerlo.					
2	La preparación profesional adecuada de los médicos, es pieza fundamental en la atención del paciente					
3	Se debe capacitar al personal administrativo de manera periódica en atención al cliente					
4	La atención médica está basada en la confianza transmitida por el médico al paciente					
5	El personal asistencial debe manifestar competencia y conocimiento a la hora de dar respuesta a los usuarios.					
6	Las auditorías de expedientes mejoran los procesos de atención.					
7	El paciente debe sentirse seguro y confiado con la información dada por el médico.					
8	La observación de los procesos de atención debe ser una práctica rutinaria y a cargo de un área específica.					
	Dimensión 2: Personal	1	2	3	4	5
9	El buen trato del personal médico y no médico al paciente debe ser desde su ingreso					
10	El personal de salud debe mostrar interés para solucionar su problema de salud de manera individualizada					
11	La historia clínica al ser un documento médico-legal debe ser protegida adecuadamente por su contenido privado					
12	La ley de protección de datos personales se debe cumplir, a pesar de algunas veces ir en contra de condiciones éticas.					
13	El personal médico no debe ser muy técnico a la hora de explicar un diagnóstico o tratamiento a seguir.					
14	Los horarios médicos deben ser claros, accesibles y de respetarse siempre.					
15	Se debe mostrar disposición por parte del personal de salud, para prestar el servicio de manera inmediata					
16	El consentimiento informado debe ser firmado siempre y cuando haya sido entendido y comprendido en su totalidad por el paciente					
	Dimensión 3: Correspondiente al entorno	1	2	3	4	5
17	La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales debe ser eficaz en cuanto a tiempo					
18	La atención del paciente no debe ser solo por la dolencia con la que llega al establecimiento, sino más allá, como su entorno					
19	El servicio asistencial se debe brindar en el momento que se requiera y no después.					
20	La atención debe estar respaldada por una moderna tecnología y adecuadas instalaciones					
21	La atención no termina hasta después del alta, ya que el seguimiento y monitoreo son parte del ciclo					
22	El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento o intervención quirúrgica debe ser lo más mediato posible.					

II. Instrumento de medición de la variable dirección estratégica

Introducción: Apreciado señor(a), el presente cuestionario solo tiene fines académicos, tiene por objetivo recolectar datos relevantes, con el objeto de conocer la relación entre la calidad asistencial y la dirección estratégica en una Clínica privada, Lima, 2019, por ello se pide responder con sinceridad.

Instrucciones: Marque usted el numeral que considera de acuerdo a la escala Likert siguiente:

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

N°	Dimensión 1: Durabilidad	1	2	3	4	5
1	Las amplias y modernas salas de operaciones son recursos valiosos para la clínica					
2	Los mantenimientos preventivos correctivos de los equipos biomédicos deben ser prioridad dentro de los planes operativos, para su uso adecuado y prolongado					
3	Las estrategias a implementar para alcanzar resultados, deben ser de largo plazo.					
4	Las acciones y tiempos para alcanzar estos resultados, debe ser bien definidas de forma explícita y conocimiento de todas las áreas.					
5	El recurso humano debe ser capacitado permanentemente, de acuerdo a su área de trabajo.					
6	El recurso humano de áreas asistenciales no debe ser rotado constantemente					
	Dimensión 2: Transparencia	1	2	3	4	5
7	La rentabilidad mejoraría si se diversifica las unidades de negocio dentro de la clínica					
8	Una ventaja superior debe ser resultado de múltiples capacidades a que de una sola.					
9	En un proceso deben participar varios recursos para su coordinación, evitando así la imitación de la competencia.					
10	Se debe tener múltiples proveedores de medicamentos e insumos médicos, para manejar la oferta y la demanda.					
	Dimensión 3: Transferibilidad	1	2	3	4	5
11	El tener el servicio de Vigilancia intensiva y banco de sangre a disposición nos pone en mejor condición que la competencia.					
12	El apoyo financiero de la corporación es vital para la sostenibilidad de la empresa.					
13	Invertir en gestión de la calidad y mejora continua de los procesos, fue una adecuada decisión.					
14	El trabajar con poco personal administrativo es una ventaja para la institución.					
	Dimensión 3: Replicabilidad	1	2	3	4	5
15	El uso de pago con tarjeta, trasferencias bancarias, entre otros medios de pago, mejorado el flujo de atención en los servicios					
16	La apertura de un horario especial nocturno, para las cirugías que no puedan ser programadas en los horarios habituales, sería lo adecuado para satisfacer la demanda.					
17	Se debe retener al capital humano, con capacidades adecuadas, sobre todo en los mandos medios.					
18	Las promociones y/o descuentos ofertados deben ser únicas y de tiempo limitado.					

Anexo 3. Certificados de validación de los instrumentos

I. Certificado de validez de contenido del instrumento que mide la variable calidad asistencial.


N°	Dimensiones / ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Técnico							
1	Se debe brindar servicios de una manera adecuada y conforme a como se compromete hacerlo.	X		X		X		
2	La preparación profesional adecuada de los médicos, es pieza fundamental en la atención del paciente	X		X		X		
3	Se debe capacitar al personal administrativo de manera periódica en atención al cliente	X		X		X		
4	La atención medica está basada en la confianza transmitida por el medico al paciente	X		X		X		
5	El personal asistencial debe manifestar competencia y conocimiento a la hora de dar respuesta a los usuarios.	X		X		X		
6	Las auditorias de expedientes mejoran los procesos de atención.	X		X		X		
7	El paciente debe sentirse seguro y confiado con la información dada por el médico.	X		X		X		
8	La observación de los procesos de atención debe ser una práctica rutinaria y a cargo de un área específica.	X		X		X		
	Personal	Si	No	Si	No	Si	No	
9	El buen trato del personal médico y no medico al paciente debe ser desde su ingreso	X		X		X		
10	El personal de salud debe mostrar interés para solucionar su problema de salud de manera individualizada	X		X		X		
11	La historia clínica al ser un documento médico-legal debe ser protegida adecuadamente por su contenido privado	X		X		X		
12	La ley de protección de datos personales se debe cumplir, a pesar de algunas veces ir en contra de condiciones éticas.	X		X		X		
13	El personal médico no debe ser muy técnico a la hora de explicar un diagnostico o tratamiento a seguir.	X		X		X		
14	Los horarios médicos deben ser claros, accesibles y de respetarse siempre.	X		X		X		
15	Se debe mostrar disposición por parte del personal de salud, para prestar el servicio de manera inmediata	X		X		X		
16	El consentimiento informado debe ser firmado siempre y cuanto haya sido entendido y comprendido en su totalidad por el paciente	X		X		X		
	Correspondiente al entorno	Si	No	Si	No	Si	No	

17	La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales debe ser eficaz en cuanto a tiempo	X		X		X		
18	La atención del paciente no debe ser solo por la dolencia con la que llega al establecimiento, sino más allá, como su entorno	X		X		X		
19	El servicio asistencial se debe brindar en el momento que se requiera y no después.	X		X		X		
20	La atención debe estar respaldado por una moderna tecnología y adecuadas instalaciones	X		X		X		
21	La atención no termina hasta después del alta, ya que el seguimiento y monitoreo son parte del ciclo	X		X		X		
22	El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento o intervención quirúrgica debe ser lo más mediató posible.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si

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

Fecha 14-05-2020


Dr. CESAR AUGUSTO ROJAS PACHECO
 CMP 31491 RNE. 14664 RNE.37511 RINA. A0044
 Medicina de Emergencias y Desastres
 Medicina Intensiva
 Auditor Médico

Apellidos y nombre s del juez evaluador: Dr. Cesar Augusto Rojas Pacheco. DNI: 07259657. Firma:

Especialidad del evaluador: Metodólogo-Temático.

-Máster Oficial Universitario en Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales, la Excelencia, el Medio Ambiente y la Responsabilidad Corporativa

-Auditor Médico

-MBA Global

¹ claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

² pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

³ relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

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

II. Certificado de validez de contenido del instrumento que mide la variable dirección estratégica

Nº	Dimensiones / ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Durabilidad							
1	Las amplias y modernas salas de operaciones son recursos valiosos para la clínica	X		X		X		
2	Los mantenimientos preventivos correctivos de los equipos biomédicos deben ser prioridad dentro de los planes operativos, para su uso adecuado y prolongado	X		X		X		
3	Las estrategias a implementar para alcanzar resultados, deben ser de largo plazo.	X		X		X		
4	Las acciones y tiempos para alcanzar estos resultados, debe ser bien definidas de forma explícita y conocimiento de todas las áreas.	X		X		X		
5	El recurso humano debe ser capacitado permanentemente, de acuerdo a su área de trabajo.	X		X		X		
6	El recurso humano de áreas asistenciales no debe ser rotado constantemente	X		X		X		
	Transparencia	Si	No	Si	No	Si	No	
7	La rentabilidad mejoraría si se diversifica las unidades de negocio dentro de la clínica	X		X		X		
8	Una ventaja superior debe ser resultado de múltiples capacidades a que de una sola.	X		X		X		
9	En un proceso deben participar varios recursos para su coordinación, evitando así la imitación de la competencia.	X		X		X		
10	Se debe tener múltiples proveedores de medicamentos e insumos médicos, para manejar la oferta y la demanda.	X		X		X		
	Transferibilidad	Si	No	Si	No	Si	No	
11	El tener el servicio de Vigilancia intensiva y banco de sangre a disposición nos pone en mejor condición que la competencia.	X		X		X		
12	El apoyo financiero de la corporación es vital para la sostenibilidad de la empresa	X		X		X		
13	Invertir en gestión de la calidad y mejora continua de los procesos, fue una adecuada decisión	X		X		X		
14	El trabajar con poco personal administrativo es una ventaja para la institución.	X		X		X		
	Replicabilidad	Si	No	Si	No	Si	No	
15	El uso de pago con tarjeta, transferencias bancarias, entre otros medios de pago, mejorado el flujo de atención en los servicios	X		X		X		
16	La apertura de un horario especial nocturno, para las cirugías que no puedan ser programadas en los horarios habituales, sería lo adecuado para satisfacer la demanda.	X		X		X		

17	Se debe retener al capital humano, con capacidades adecuadas, sobre todo en los mandos medios.	X		X		X		
18	Las promociones y/o descuentos ofertados deben ser únicas y de tiempo limitado.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):SI

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

Fecha 14-05-2020



Dr. CESAR AUGUSTO ROJAS PACHECO
 CMP 31491 RNE 14664 RNE.37511 RNA. A0044
 Medicina de Emergencias y Desastres
 Medicina Intensiva
 Auditor Médico

Apellidos y nombres del juez evaluador: Dr. Cesar Augusto Rojas Pacheco. DNI: 07259657. FIRMA:

Especialidad del evaluador: Metodólogo-Temático.

-Máster Oficial Universitario en Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales, la Excelencia, el Medio Ambiente y la Responsabilidad Corporativa

-Auditor Médico

-MBA Global

¹ claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

² pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

³ relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

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

I. Certificado de validez de contenido del instrumento que mide la variable calidad asistencial.

N°	Dimensiones / ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Técnico							
1	Se debe brindar servicios de una manera adecuada y conforme a como se compromete hacerlo.	X		X		X		
2	La preparación profesional adecuada de los médicos, es pieza fundamental en la atención del paciente	X		X		X		
3	Se debe capacitar al personal administrativo de manera periódica en atención al cliente	X		X		X		
4	La atención medica está basada en la confianza transmitida por el medico al paciente	X		X		X		
5	El personal asistencial debe manifestar competencia y conocimiento a la hora de dar respuesta a los usuarios.	X		X		X		
6	Las auditorias de expedientes mejoran los procesos de atención.	X		X		X		
7	El paciente debe sentirse seguro y confiado con la información dada por el médico.	X		X		X		
8	La observación de los procesos de atención debe ser una práctica rutinaria y a cargo de un área específica.	X		X		X		
	Personal	Si	No	Si	No	Si	No	
9	El buen trato del personal médico y no medico al paciente debe ser desde su ingreso	X		X		X		
10	El personal de salud debe mostrar interés para solucionar su problema de salud de manera individualizada	X		X		X		
11	La historia clínica al ser un documento médico-legal debe ser protegida adecuadamente por su contenido privado	X		X		X		
12	La ley de protección de datos personales se debe cumplir, a pesar de algunas veces ir en contra de condiciones éticas.	X		X		X		
13	El personal médico no debe ser muy técnico a la hora de explicar un diagnostico o tratamiento a seguir.	X		X		X		
14	Los horarios médicos deben ser claros, accesibles y de respetarse siempre.	X		X		X		
15	Se debe mostrar disposición por parte del personal de salud, para prestar el servicio de manera inmediata	X		X		X		
16	El consentimiento informado debe ser firmado siempre y cuanto haya sido entendido y comprendido en su totalidad por el paciente	X		X		X		
	Correspondiente al entorno	Si	No	Si	No	Si	No	

17	La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales debe ser eficaz en cuanto a tiempo	X		X		X		
18	La atención del paciente no debe ser solo por la dolencia con la que llega al establecimiento, sino más allá, como su entorno	X		X		X		
19	El servicio asistencial se debe brindar en el momento que se requiera y no después.	X		X		X		
20	La atención debe estar respaldado por una moderna tecnología y adecuadas instalaciones	X		X		X		
21	La atención no termina hasta después del alta, ya que el seguimiento y monitoreo son parte del ciclo	X		X		X		
22	El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento o intervención quirúrgica debe ser lo más mediató posible.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia.

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

Fecha: 19 de mayo del 2020

Apellidos y nombres del juez evaluador: Dr. Pichilingue Chagray, Juan Humberto. DNI: 40743819. **Firma:**

Especialidad del evaluador: Temático.

Médico- Cirujano. Especialista en Auditoria de Calidad

¹ **claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

² **pertinencia:** Si el ítem pertenece a la dimensión.

³ **relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

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

II. Certificado de validez de contenido del instrumento que mide la variable dirección estratégica

Nº	Dimensiones / ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Durabilidad							
1	Las amplias y modernas salas de operaciones son recursos valiosos para la clínica	x						
2	Los mantenimientos preventivos correctivos de los equipos biomédicos deben ser prioridad dentro de los planes operativos, para su uso adecuado y prolongado	x						
3	Las estrategias a implementar para alcanzar resultados, deben ser de largo plazo.	x						
4	Las acciones y tiempos para alcanzar estos resultados, debe ser bien definidas de forma explícita y conocimiento de todas las áreas.	x						
5	El recurso humano debe ser capacitado permanentemente, de acuerdo a su área de trabajo.	x						
6	El recurso humano de áreas asistenciales no debe ser rotado constantemente	x						
	Transparencia	Si	No	Si	No	Si	No	
7	La rentabilidad mejoraría si se diversifica las unidades de negocio dentro de la clínica	x						
8	Una ventaja superior debe ser resultado de múltiples capacidades a que de una sola.	x						
9	En un proceso deben participar varios recursos para su coordinación, evitando así la imitación de la competencia.	x						
10	Se debe tener múltiples proveedores de medicamentos e insumos médicos, para manejar la oferta y la demanda.	x						
	Transferibilidad	Si	No	Si	No	Si	No	
11	El tener el servicio de Vigilancia intensiva y banco de sangre a disposición nos pone en mejor condición que la competencia.	x						
12	El apoyo financiero de la corporación es vital para la sostenibilidad de la empresa	x						
13	Invertir en gestión de la calidad y mejora continua de los procesos, fue una adecuada decisión	x						
14	El trabajar con poco personal administrativo es una ventaja para la institución.	x						
	Replicabilidad	Si	No	Si	No	Si	No	
15	El uso de pago con tarjeta, transferencias bancarias, entre otros medios de pago, mejorado el flujo de atención en los servicios	x						
16	La apertura de un horario especial nocturno, para las cirugías que no puedan ser programadas en los horarios habituales, sería lo adecuado para satisfacer la demanda.	x						

17	Se debe retener al capital humano, con capacidades adecuadas, sobre todo en los mandos medios.	x						
18	Las promociones y/o descuentos ofertados deben ser únicas y de tiempo limitado.	x						

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

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

Fecha: 19 de mayo del 2020

Apellidos y nombres del juez evaluador: Dr. Pichilingue Chagray, Juan Humberto. DNI:40 743819. Firma:

Especialidad del evaluador: Temático

Médico- Cirujano. Especialista en Auditoría de calidad.

¹ **claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

² **pertinencia:** Si el ítem pertenece a la dimensión.

³ **relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

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

I. Certificado de validez de contenido del instrumento que mide la variable calidad asistencial.

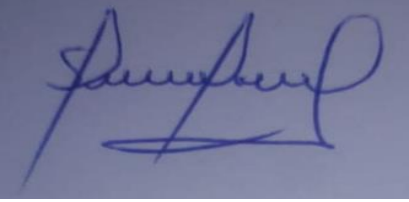
N°	Dimensiones / ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Técnico							
1	Se debe brindar servicios de una manera adecuada y conforme a como se compromete hacerlo.	x		x		x		
2	La preparación profesional adecuada de los médicos, es pieza fundamental en la atención del paciente	x		x		x		
3	Se debe capacitar al personal administrativo de manera periódica en atención al cliente	x		x		x		
4	La atención medica está basada en la confianza transmitida por el medico al paciente	x		x		x		
5	El personal asistencial debe manifestar competencia y conocimiento a la hora de dar respuesta a los usuarios.	x		x		x		
6	Las auditorias de expedientes mejoran los procesos de atención.	x		x		x		
7	El paciente debe sentirse seguro y confiado con la información dada por el médico.	x		x		x		
8	La observación de los procesos de atención debe ser una práctica rutinaria y a cargo de un área específica.	x		x		x		
	Personal	Si	No	Si	No	Si	No	
9	El buen trato del personal médico y no medico al paciente debe ser desde su ingreso	x		x		x		
10	El personal de salud debe mostrar interés para solucionar su problema de salud de manera individualizada	x		x		x		
11	La historia clínica al ser un documento médico-legal debe ser protegida adecuadamente por su contenido privado	x		x		x		
12	La ley de protección de datos personales se debe cumplir, a pesar de algunas veces ir en contra de condiciones éticas.	x		x		x		
13	El personal médico no debe ser muy técnico a la hora de explicar un diagnostico o tratamiento a seguir.	x		x		x		
14	Los horarios médicos deben ser claros, accesibles y de respetarse siempre.	x		x		x		
15	Se debe mostrar disposición por parte del personal de salud, para prestar el servicio de manera inmediata	x		x		x		
16	El consentimiento informado debe ser firmado siempre y cuanto haya sido entendido y comprendido en su totalidad por el paciente	x		x		x		
	Correspondiente al entorno	Si	No	Si	No	Si	No	

17	La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales debe ser eficaz en cuanto a tiempo	x		x		x		
18	La atención del paciente no debe ser solo por la dolencia con la que llega al establecimiento, sino más allá, como su entorno	x		x		x		
19	El servicio asistencial se debe brindar en el momento que se requiera y no después.	x		x		x		
20	La atención debe estar respaldado por una moderna tecnología y adecuadas instalaciones	x		x		x		
21	La atención no termina hasta después del alta, ya que el seguimiento y monitoreo son parte del ciclo	x		x		x		
22	El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento o intervención quirúrgica debe ser lo más mediató posible.	x		x		x		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

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

Fecha: 18 de mayo 2020



Apellidos y nombre s del juez evaluador: Dr. Rivera Maguiña Miguel Aníbal. CMP: 48063 DNI: 15738811 **FIRMA:**

Especialidad del evaluador: Temático.

Médico auditor de calidad: RNA: AO1854

¹ **claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

² **pertinencia:** Si el ítem pertenece a la dimensión.

³ **relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

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

II. Certificado de validez de contenido del instrumento que mide la variable dirección estratégica

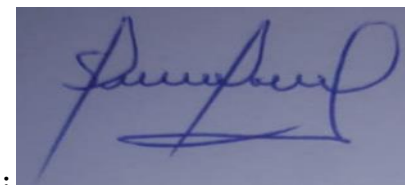
Nº	Dimensiones / ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Durabilidad							
1	Las amplias y modernas salas de operaciones son recursos valiosos para la clínica	x		x		x		
2	Los mantenimientos preventivos correctivos de los equipos biomédicos deben ser prioridad dentro de los planes operativos, para su uso adecuado y prolongado	x		x		x		
3	Las estrategias a implementar para alcanzar resultados, deben ser de largo plazo.	x		x		x		
4	Las acciones y tiempos para alcanzar estos resultados, debe ser bien definidas de forma explícita y conocimiento de todas las áreas.	x		x		x		
5	El recurso humano debe ser capacitado permanentemente, de acuerdo a su área de trabajo.	x		x		x		
6	El recurso humano de áreas asistenciales no debe ser rotado constantemente	x		x		x		
	Transparencia	Si	No	Si	No	Si	No	
7	La rentabilidad mejoraría si se diversifica las unidades de negocio dentro de la clínica	x		x		x		
8	Una ventaja superior debe ser resultado de múltiples capacidades a que de una sola.	x		x		x		
9	En un proceso deben participar varios recursos para su coordinación, evitando así la imitación de la competencia.	x		x		x		
10	Se debe tener múltiples proveedores de medicamentos e insumos médicos, para manejar la oferta y la demanda.	x		x		x		
	Transferibilidad	Si	No	Si	No	Si	No	
11	El tener el servicio de Vigilancia intensiva y banco de sangre a disposición nos pone en mejor condición que la competencia.	x		x		x		
12	El apoyo financiero de la corporación es vital para la sostenibilidad de la empresa	x		x		x		
13	Invertir en gestión de la calidad y mejora continua de los procesos, fue una adecuada decisión	x		x		x		
14	El trabajar con poco personal administrativo es una ventaja para la institución.	x		x		x		
	Replicabilidad	Si	No	Si	No	Si	No	
15	El uso de pago con tarjeta, transferencias bancarias, entre otros medios de pago, mejorado el flujo de atención en los servicios	x		x		x		
16	La apertura de un horario especial nocturno, para las cirugías que no puedan ser programadas en los horarios habituales, sería lo adecuado para satisfacer la demanda.	x		x		x		

17	Se debe retener al capital humano, con capacidades adecuadas, sobre todo en los mandos medios.	x		x		x	
18	Las promociones y/o descuentos ofertados deben ser únicas y de tiempo limitado.	x		x		x	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

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

Fecha: 18 de mayo 2020



Apellidos y nombres del juez evaluador: Dr. Rivera Maguiña Miguel Aníbal. **CMP:** 48063 **DNI:** 15738811 **FIRMA:**

Especialidad del evaluador: Temático.

Medico auditor de calidad. RNA: AO1854

¹ **claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

² **pertinencia:** Si el ítem pertenece a la dimensión.

³ **relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

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

Anexo 4. Matriz base de datos – variables y dimensiones

Muestra	Calidad	Técnico	Personal	Correspondiente al entorno	Dirección estratégica	Durabilidad	Transferencia	Transferibilidad	Replicabilidad
1	3	2	1	3	3	2	3	3	3
2	3	3	2	3	3	2	3	3	3
3	3	2	2	2	2	1	3	2	2
4	3	3	1	3	3	3	3	3	3
5	3	2	3	3	3	2	3	2	3
6	3	3	3	3	3	3	1	2	3
7	3	2	2	2	2	1	3	2	2
8	1	2	1	2	2	1	3	3	3
9	3	3	3	3	3	3	2	2	3
10	3	3	3	3	3	2	1	2	2
11	2	2	2	2	2	1	3	2	3
12	1	1	1	1	1	2	2	3	3
13	3	3	3	3	3	1	3	1	3
14	2	2	2	2	2	1	3	2	3
15	3	3	3	3	3	1	2	3	3
16	3	3	2	3	3	2	3	3	3
17	2	2	2	2	2	2	3	3	2
18	3	3	3	3	3	2	3	3	3
19	3	3	3	3	3	3	3	1	3
20	3	1	3	3	3	2	1	3	3
21	2	2	2	2	2	2	3	3	3
22	3	2	2	2	2	2	2	2	3
23	2	2	2	1	2	2	2	2	2
24	3	3	3	3	3	2	3	3	3
25	2	2	2	1	2	2	3	3	3
26	3	3	3	3	3	3	2	2	2
27	3	3	3	1	3	2	1	3	3
28	2	2	2	2	2	1	3	2	3

29	1	1	1	1	1	2	2	2	3
30	3	3	3	3	3	1	3	2	3
31	2	2	2	2	2	1	3	2	2
32	3	3	3	1	3	1	2	2	3
33	1	3	3	3	3	1	3	2	1
34	1	1	1	1	1	1	1	3	2
35	3	3	3	3	3	3	2	2	3
36	3	3	3	3	3	2	1	2	2
37	2	2	2	2	2	1	2	2	3
38	1	1	1	1	1	2	2	1	1
39	3	3	3	3	3	1	3	1	3
40	2	2	2	2	2	1	3	2	3
41	3	3	3	1	3	1	2	3	3
42	3	3	1	3	3	2	3	3	3
43	2	2	2	2	2	2	3	3	2
44	3	2	3	3	3	2	3	3	3
45	3	3	3	3	3	3	3	1	3
46	3	3	3	3	3	2	1	3	3
47	2	2	2	2	2	2	3	3	3
48	3	3	3	3	3	2	3	2	3
49	2	2	2	2	2	3	3	2	3
50	3	3	3	3	3	2	3	3	3
51	3	1	2	2	2	2	3	1	3
52	3	3	3	3	3	2	1	3	3
53	3	3	3	3	3	3	3	3	3
54	3	2	2	2	2	2	3	2	3
55	1	1	1	1	1	1	2	1	2
56	3	3	3	3	3	2	3	3	3
57	3	3	3	3	3	3	3	3	3
58	2	2	2	2	2	1	3	2	2
59	3	3	3	3	3	2	3	3	3

Anexo N° 5. Carta de autorización



CARTA N° 013 - PD-CSB-2019

Lima, 15 de diciembre del 2019

DR.
ALEXIS HERNAN ROMERO ROMERO
Estudiante de post grado de la
"Universidad Cesar Vallejo"
Presente.-

De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme a Ud., para hacer de su conocimiento, que nuestra institución denominada Servicios Asistenciales Santa Beatriz SAC, cuyo nombre comercial es "Clínica Santa Beatriz", lo autoriza a desarrollar en nuestras instalaciones, su trabajo de investigación (tesis doctoral) "Calidad asistencial y dirección estratégica en los trabajadores de una clínica privada de Lima 2019", y de esta manera aportar a los objetivos de nuestra empresa.

Sin otro particular, quedo de Uds.

Atentamente,



.....
LUIS E. LEÓN CHILQUILLO
Presidente del Directorio
Servicios Asistenciales
SANTA BEATRIZ S.A.C.