



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

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

Gestión Hospitalaria y Aprendizaje Organizacional del Personal del  
Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú. 2021

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**  
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORA:**

Br. Coronel Araujo, Elizabeth (**ORCID:** 0000-0002-0477-5730)

**ASESOR:**

Mg. Orihuela Salazar, Jimmy Carlos (**ORCID:** 0000-0001-5439-7785)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud

**LIMA – PERÚ**

**2021**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación lo dedico íntegramente a mi padre José Oswaldo Coronel Delgado, pues comparte conmigo cada día de mi vida y vela mi diario caminar. Sin importar el tiempo transcurrido desde su partida mi corazón permanece siempre con algarabía y entusiasmo al escuchar su nombre. Sé que en un futuro no tan lejano nos volveremos a encontrar y nos daremos todos los abrazos de los que no pudimos disfrutar.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento a las autoridades de las Instituciones por la confianza depositada lo cual permitió el cumplimiento del desarrollo del presente trabajo de investigación. Así mismo, al Mg. Jimmy Orihuela Salazar por la permanente motivación, evitando perder la dirección del proceso. De igual manera a mis queridos compañeros pues, el trabajo en equipo, nos ha permitido llegar a concluir esta etapa.

## Índice de contenidos

<b>Carátula</b>	i
<b>Dedicatoria</b>	ii
<b>Agradecimiento</b>	iii
<b>Índice de contenidos</b>	iv
<b>Índice de tablas</b>	v
<b>Índice de figuras</b>	vi
<b>Resumen</b>	vii
<b>Abstract</b>	viii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	4
<b>III. METODOLOGÍA</b>	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Variables y operacionalización	14
3.3. Población, muestra y muestreo	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
3.5. Procedimiento	18
3.6. Método de análisis de datos	18
3.7. Aspectos éticos	19
<b>IV. RESULTADOS</b>	20
<b>V. DISCUSIÓN</b>	43
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	46
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	47
<b>REFERENCIAS</b>	48
<b>ANEXOS</b>	55

## Índice de Tablas

	Pág.
<i>Tabla 1: Fiabilidad de la Variable: Gestión Hospitalaria</i>	17
<i>Tabla 2: Fiabilidad de la Variable: Aprendizaje organizacional</i>	18
<i>Tabla 3: Frecuencia y porcentaje según el nivel del desempeño de la Gestión Hospitalaria</i>	20
<i>Tabla 4: Frecuencia y porcentaje de la dimensión Gestión por procesos</i>	21
<i>Tabla 5: Frecuencia y porcentaje de la dimensión Orientación al paciente y Salud Pública</i>	22
<i>Tabla 6: Frecuencia y porcentaje de la dimensión del Factor Humano</i>	23
<i>Tabla 7: Frecuencia y porcentaje de la dimensión del Liderazgo</i>	24
<i>Tabla 8: Frecuencia y porcentaje de la dimensión de la Planificación estratégica</i>	24
<i>Tabla 9: Frecuencia y porcentaje de la dimensión de la Información y Análisis</i>	25
<i>Tabla 10: Frecuencia y porcentaje de las dimensiones de la Gestión Hospitalaria</i>	26
<i>Tabla 11: Frecuencia y porcentaje de la variable de Aprendizaje organizacional</i>	28
<i>Tabla 12: Frecuencia y porcentaje de la dimensión de la orientación al aprendizaje</i>	28
<i>Tabla 13: Frecuencia y porcentaje de la dimensión del conocimiento compartido</i>	29
<i>Tabla 14: Frecuencia y porcentaje de la dimensión de la retención y recuperación del conocimiento</i>	30
<i>Tabla 15: Frecuencia y porcentaje de las dimensiones del aprendizaje organizacional.</i>	31
<i>Tabla 16: Tabla cruzada para la gestión hospitalaria y el aprendizaje organizacional</i>	33
<i>Tabla 17: Tabla cruzada para la gestión hospitalaria y la dimensión de orientación del Aprendizaje</i>	34
<i>Tabla 18: Tabla cruzada para la gestión hospitalaria y la dimensión del conocimiento compartido</i>	35
<i>Tabla 19: Tabla cruzada para la gestión hospitalaria y retención y recuperación del conocimiento</i>	37
<i>Tabla 20: Prueba de Normalidad</i>	38
<i>Tabla 21: Correlación de hipótesis general</i>	39
<i>Tabla 22: Correlación de hipótesis específica 1</i>	40
<i>Tabla 23: Correlación de hipótesis específica 2</i>	41
<i>Tabla 24: Correlación de hipótesis específica 3</i>	42

## Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1: Porcentaje y frecuencia según el Nivel de desempeño de la Gestión Hospitalaria	20
Figura 2: Frecuencia y porcentaje de la dimensión Gestión por procesos	21
Figura 3: Frecuencia y porcentaje de la dimensión Orientación al paciente y Salud Pública	22
Figura 4: Frecuencia y porcentaje de la dimensión del Factor Humano	23
Figura 5: Frecuencia y porcentaje de la dimensión del Liderazgo	24
Figura 6: Frecuencia y porcentaje de la Planificación estratégica	25
Figura 7: Frecuencia y porcentaje de la Información y Análisis	26
Figura 8: Frecuencia y porcentaje de las dimensiones de la Gestión Hospitalaria	27
Figura 9: Frecuencia y porcentaje de la variable de Aprendizaje organizacional	28
Figura 10: Frecuencia y porcentaje de la dimensión orientación al aprendizaje	29
Figura 11: Frecuencia y porcentaje de la dimensión del conocimiento compartido	30
Figura 12: Frecuencia y porcentaje de la dimensión de la retención y recuperación del conocimiento	31
Figura 13: Frecuencia y porcentaje de las dimensiones del aprendizaje organizacional	32
Figura 14: Datos cruzada para la gestión hospitalaria y el aprendizaje organizacional	33
Figura 15: Datos cruzados para la gestión hospitalaria y la dimensión de orientación del Aprendizaje	34
Figura 16: Datos cruzados para la gestión hospitalaria y la dimensión del conocimiento compartido	36
Figura 17: Datos cruzados para la gestión hospitalaria y la retención y recuperación del conocimiento	37

## Resumen

La actual tesis de maestría tuvo como objetivo general establecer la relación entre la gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral en el entorno del COVID-19 del Lima-Perú, 2021. Como tipo de investigación fue básica de enfoque cuantitativo, no experimental, con diseño correlacional de corte transversal. Institución: Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. La muestra fue de 50 colaboradores, a quienes se les encuestó utilizando un cuestionario para llegar a medir la relación entre las variables gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional. Posteriormente se realizó el análisis estadístico inferencial correspondiente, para lo cual se utilizó el paquete estadístico Spss v25, siendo la estadística de coeficiente de correlación la prueba de Spearman, ya que obtuvo una distribución anormal. Los resultados mostraron una correlación entre la gestión hospitalaria y el aprendizaje organizacional de -604, con un sig. De 0.00. Con lo que Se demostraría que existe una relación estadísticamente significativa con el aprendizaje organizacional en el personal del Hospital Aurelio Díaz y Peral.

**Palabras clave:** Gestión hospitalaria, aprendizaje organizacional, compromiso

## **Abstract**

The current master's thesis had the general objective of establishing the relationship between hospital management and organizational learning of the staff of the Aurelio Díaz Ufano y Peral Hospital in the environment of COVID-19 in Lima-Peru, 2021. As a type of research, it was a basic approach quantitative, non-experimental, with cross-sectional correlational design. Institution: Aurelio Díaz Ufano y Peral Hospital. The sample consisted of 50 collaborators, who were surveyed using a questionnaire to measure the relationship between the variables hospital management and organizational learning. Subsequently, the corresponding inferential statistical analysis was performed, for which the Spss v25 statistical package was used, the correlation coefficient statistic being the Spearman test, since it obtained an abnormal distribution. The results showed a correlation between hospital management and organizational learning of  $-0.604$ , with a sig. From  $0.00$ . With which it would be shown that there is a statistically significant relationship with organizational learning in the staff of the Aurelio Díaz y Peral Hospital.

**Keywords:** Hospital management, organizational learning, engagement



## I. INTRODUCCIÓN

La coyuntura mundial ante la pandemia ha conllevado a realizar un nuevo análisis con respecto a la gestión hospitalaria que se vienen desarrollando, y las diversas respuestas que se obtienen según el sistema que se mantiene en cada región, buscando tener una atención de calidad, con acceso y buena gestión<sup>1</sup>, lo cual permite que las respuestas ante diferentes circunstancias se puedan dar de manera asertiva.

Con el surgimiento de la pandemia generada por el coronavirus, muchos países han tenido que reorganizarse de manera precoz y efectiva, buscando estrategias para contrarrestar el esparcimiento del virus y la atención de la población contagiada. En China, país en el que se encuentra el epicentro del brote, ha confirmado hasta el momento más de 85.000 casos de COVID-19 <sup>2</sup>, dónde se pudo evidenciar una respuesta casi inmediata, llegándose a habilitar dos hospitales con una capacidad de 1000 camas, uno de ellos habilitado en un tiempo record de 10 días<sup>3</sup>, además de estrategias como: confinamiento e inserción de protocolos para evitar la disipación del virus. Para marzo del 2020, China con las medidas de contención redujo los casos nuevos en más del 90 por ciento, disminuyendo de forma drástica su proyección<sup>4</sup>.

En España, país que cuenta con un sistema sanitario bien organizado en su atención primaria e impresionante en salud más especializada, nos ha hecho evidenciar que siendo el sistema de salud más consolidado sobrepaso sus contingencias y quedaron expuestos por el COVID-19 en un corto periodo. Conllevando a una gestión con la finalidad de desarrollar alternativas de respuestas ante situaciones extremas. Pues a pesar de contar con hospitales de mil camas, estas fueron insuficientes para los casos de coronavirus, siendo uno de los países más afectados junto a Italia <sup>5,6</sup>.

Italia tuvo un número elevado de casos en un corto tiempo, lo que ocasionó un desborde en las pérdidas teniendo en cuenta que es el segundo país, luego de Japón de tener un gran porcentaje de población adulta-mayor. Además de ello, se

sumó la falta de implementos de protección personal, generando en su personal sanitario un mayor nivel de estrés y cansancio por las largas horas laborables ante la inesperada situación<sup>6</sup>.

Estados Unidos, con más de 6,4 millones de contagios y más de 193.000 fallecimientos, seguido de India y Brasil, que superan los cuatro millones de casos y acumulan más de 77.000 y 130.000 muertos, respectivamente. Rusia también ha superado el millón de contagios, mientras que Perú sobrepasa los 716.000<sup>7</sup>. Podemos evidenciar que hasta el momento no existe una ruta prevista para abordar la pandemia del COVID-19. Pues cada país, lo ha realizado según sus propios criterios. Algunos tomando medidas radicales, otros, sin mayor obligatoriedad. En el Perú las restricciones se dieron a los 10 días del caso cero, con la intención de disminuir la propagación y evitar la congestión de las áreas críticas del territorio nacional.

Pese a los esfuerzos, actualmente en Perú se tiene 716 670 casos confirmados y 30 470 fallecidos, siendo la región de Lima más afectada con 191 549 casos confirmados, seguido por la región Callao, Piura, Lambayeque y La Libertad, cabe mencionar que La Libertad es la región el mayor porcentaje de letalidad (6.7%). De la región de Lima, se evidenció un mayor número de casos en el distrito de San Juan de Lurigancho con 14 466 casos confirmados, seguido por San Martín de Porres, Comas y Ate<sup>8</sup>. Como parte de la estrategia nacional, también se implementaron hospitales prefabricados en 9 regiones del país, pertenecientes al Ministerio de Salud y EsSalud, con la finalidad de cubrir la necesidad de camas para hospitalización y de cuidados intensivos<sup>9</sup>.

El Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral se ubica en San Juan de Lurigancho, distrito con mayor densidad poblacional según el artículo publicado por el INEI (enero 2020) y también el más afectado por el coronavirus<sup>8</sup>, siendo un reto de gran magnitud para manejar, aprender y adaptarse rápidamente ante una situación desconocida. El nosocomio tuvo un aumento del 150% en número de casos con necesidad de hospitalización, ocasionando una alta demanda en atención e implementación de infraestructura, equipamiento y personal sanitario. Motivo por

el cual a sus autoridades debieron tomar acción de manera inmediata para afrontar la nueva realidad.

A pesar de los diversos inconvenientes que se suscitan diariamente en la institución, se tuvo que reajustar procesos para optimizar la gestión hospitalaria; a su vez se espera que el aprendizaje organizacional se encuentre en la misma dirección, para que de esa manera las decisiones sean las más acertadas por el bien de los usuarios. Por ello, es fundamental evaluar la relación entre la gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional del personal administrativo y asistencial, para poder encontrar soluciones concretas a problemas de la institución en el actual escenario de emergencia sanitaria. Proponiendo la siguiente pregunta: “¿Qué relación existe entre la gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral, Lima - Perú, 2021?”, lo cual nos conlleva a desarrollar las siguientes preguntas específicas como son: ¿Qué relación existe entre la gestión hospitalaria con la orientación del aprendizaje, conocimiento compartido y retención/recuperación del conocimiento del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima - Perú, 2021?

Se determinó el siguiente objetivo general: “Establecer la relación entre la gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú, 2021”; y como objetivos específicos: Analizar la relación entre la gestión hospitalaria y las dimensiones: orientación del aprendizaje, conocimiento compartido y retención / recuperación del conocimiento del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú, 2021.

Se demostrará que existe relación estadísticamente significativa entre la gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú, 2021. Además, se obtendrá las siguientes hipótesis específicas: Existe una relación estadísticamente significativa entre la gestión hospitalaria y la orientación del aprendizaje, conocimiento compartido y retención/recuperación del conocimiento del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

## II. MARCO TEÓRICO

A nivel internacional encontramos a Arefin, MS y col (Irlanda,2020) realizaron un estudio acerca de los sistemas inteligentes de negocios en el ámbito de la salud que se relaciona con la cultura y aprendizaje organizacional, se llevó a cabo con 216 gerentes de diversas organizaciones del sector salud. El estudio nos proporcionó una dirección clara para que los dirigentes de los hospitales inviertan más en la una cultura de aprendizaje eficaz, estos, mediados por sus sistemas inteligentes de negocios, para la mejora del desempeño en los hospitales. <sup>10</sup>

Lyman B. y col (EEUU,2019) trabajaron en establecer una teoría de rango medio del aprendizaje organizacional en hospitales, de acuerdo con las recomendaciones de Smith y Liehr. Luego de realizar una exhaustiva búsqueda, la evidencia revisada indica que ciertos aspectos del contexto organizacional pueden conducir a mecanismos de aprendizaje organizacional, lo que lleva a una variedad de resultados organizacionales positivos. <sup>11</sup>

Zhang M. (China,2018) y colaboradores se enfocaron en la mejora continua y la amplia aplicación de la información hospitalaria, esto debido a que cada vez se integran más equipos médicos a los sistemas de información del hospital, lo que conlleva nuevos contenidos de trabajo y desafíos para los ingenieros clínicos tradicionales. En la revisión se evalúa la situación actual de los equipos médicos en red en el hospital. Al aplicar la ISO 80001 y la MDS2 (Declaración de divulgación del fabricante para la seguridad de los dispositivos médicos), el documento presenta las medidas y sugerencias para la gestión de la seguridad de los equipos médicos en red. <sup>12</sup>

Joo JY, Liu MF. (EEUU,2017), analizaron investigaciones donde se hizo uso de la gestión de casos como una intervención, dando prioridad a los servicios de atención transitoria y el uso hospitalario informado, se incluyó los reingresos y la frecuencia de llegada al servicio de urgencias y al hospital, como resultado primario. El análisis demostró que la gestión de casos redujo considerablemente los reingresos hospitalarios y las visitas al servicio de urgencias.<sup>13</sup>

Angulo, R. (Colombia,2017) busca generar teorías que sustenten y favorezcan integrar lo desarrollado sobre la gestión del conocimiento y el aprendizaje organizacional, debido al aumento en la demanda por parte de las instituciones para reforzar su direccionamiento, encontrando fortalezas competitivas y la propuesta que las distingue. Luego de una exhaustiva revisión se pretende encontrar pasos que nos permite aprovechar el conocimiento del aprendizaje organizacional con actividades sencillas que beneficie al recurso humano, capital corporativo y su relación, que conjuntamente participa con las herramientas de la corporación inteligente que permita la existencia. <sup>14</sup>

En los estudios nacionales encontramos a Reynaga S. (2020) que trabajó con 131 pacientes y determinó una relación de tipo causal de la capacidad de dirigir un nosocomio hospitalario sobre la calidad de servicio.<sup>15</sup> Mayta C. (2019) en su estudio conformado por 80 médicos demostró la influencia del nivel de gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrareferencias.<sup>16</sup> Navarro L, Gambeta R (2018), con su investigación se evidencio una correlación positiva entre la gestión hospitalaria y la calidad en el registro de historias clínicas, sin embargo, cabe mencionar que su muestra fue de 18 profesionales, el cuál limita la extrapolación. <sup>17</sup>

Muñoz L. (2017) determinó los afines entre la cultura organizacional y el aprendizaje organizacional de los colaboradores de la institución. Para ello trabajó con 136 colaboradores, evidenciando que el 61,8% comentan que la primera variable es de término promedio y el 55,9% de los colaboradores relatan la segunda variable es regular. Encontrándose finalmente una correlación positiva alta. <sup>18</sup>

Bravo M. (2016) evidenció que la Gestión Hospitalaria se relacionaba con la satisfacción de los usuarios, para ello se contó con la participación de 348 usuarios. Cerca del 60% evaluaron la gestión por debajo de lo aceptable, y el más del 50% determinaron su satisfacción como regular.<sup>19</sup>

Agüero T (2016), demostró la existencia de una influencia de la dirección hospitalaria sobre el abastecimiento según lo relatado por los colaboradores de la institución. Para ello convocó a la totalidad de colaboradores, siendo un total de 90 usuarios, quienes participaron en el desarrollo de los cuestionarios. Luego de aplicar el estadístico, se concluyó que existe una relación directa entre las dos variables estudiadas.<sup>20</sup>

Por lo cual para conceptualizar la “Gestión Hospitalaria”, se debe iniciar por la teoría de sistemas, que nos permitirá tener una gama más amplia de lo que implica la gestión. Este concepto de Teoría de sistemas fue planteado inicialmente por Karl Ludwing Von Bertalanffy<sup>21</sup>, biólogo australiano quien propone que un sistema no puede verse como un conjunto de piezas funcionando de forma aislada, sino, que es necesario para su comprensión, la existencia de interacción entre sus partes.

Posteriormente dichos conceptos fueron aplicados en la gestión sanitaria u hospitalaria. En EEUU (1999) el Instituto de Medicina propuso adoptar la definición de sistema y ver cada proceso como un todo con la proyección de optimizar los diversos factores intervinientes en la atención<sup>23</sup>. Al asumirlo se generó varios cambios, ampliando la oportunidad para diversos estudios e investigación al respecto<sup>24</sup>.

Luego se desarrollarán diversos marcos de referencia para la atención en salud, el cual va a definir cómo la sociedad va a sustentar una respuesta ya sea individual o colectiva frente a una demanda o necesidad en salud, en el transcurso del tiempo se ha tenido 4 modelos<sup>25</sup>:

El modelo Beveridge se caracteriza porque la salud es brindada y financiada por el gobierno a través del pago de impuestos, como cualquier servicio público. El estado se encuentra como responsable, como consecuencia, el personal asistencial y administrativos son empleados estatales. Países como Cuba, China, y Gran Bretaña son ejemplos de estos sistemas.<sup>26</sup>

Por otro lado, el modelo Bismarck considera a la salud como un bien de consumo, expuesto al libre mercado, donde cada usuario es libre de encontrar según su capacidad de inversión. El estado básicamente cumple la función de regulador que asegura una adecuada comunicación comercial entre pacientes, entidades prestadoras de servicios de salud y empresas aseguradoras. Países como Francia, Alemania, Japón y los Estados Unidos han adoptado este modelo.<sup>27</sup>

En el modelo de aseguramiento nacional en salud, se podría describir como un modelo mixto, dado que comparte características de los modelos de Beveridge y Bismarck. Por ello cuenta con proveedores del sector privado, sin embargo, la remuneración proviene de un programa de aseguramiento supervisado por el gobierno y cada ciudadano paga. Este sistema no cuenta con competencias, por ende, son más cómodos y sencillos, describiéndolos de manera administrativa en relación a los otros modelos.<sup>28</sup> Finalmente, en el caso del modelo de gastos de bolsillo, podemos ubicarlo en países o regiones donde no existe un sistema de salud organizado, en este modelo encuentra salud el que cuenta con el medio para ello, caso contrario, puede hasta perder la vida<sup>27</sup>. Se puede encontrar en zonas rurales de África, India, China y Sudamérica. La elección de uno u otro modelo, es lo que delimita y establece los principios de la administración en salud y por ende de la gestión asistencial que se llevará a cabo.

Para el presente estudio conceptualizamos a la gestión en servicios de salud o gestión hospitalaria como: “Ciencia y el arte de guiar a los recursos humanos y físicos de una institución hacia el cumplimiento de sus requerimientos o necesidades relacionadas a la salud y las expectativas de los pacientes Elementos fundamentales de la gestión”.<sup>29</sup> Existen otros conceptos para la gestión hospitalaria como el “proceso de alcanzar objetivos en el cuidado de la salud haciendo uso de recursos humanos, financieros y técnicos, incluyendo actividades de administración estratégica y operacional como el manejo de insumos, recursos humanos, desempeño y mejora, manejo financiero y gobernanza, sin los cuales los recursos no pueden efectivamente desplegados para maximizar los objetivos en salud”.<sup>30</sup>

Buscando optimizar la gestión es inherente el uso de indicadores de desempeño con la finalidad de brindar un servicio de salud con buenos estándares de calidad.

<sup>31</sup> Los indicadores nos van a permitir identificar y proponer iniciativas para aumentar la calidad, estimar el desempeño actual, instaurar metas para una mejora continua, detallar la matriz de los inconvenientes y vigilar la ejecución. Cabe mencionar que se debe considerar otros factores como el liderazgo y la función de la organización.<sup>16</sup> El 2016, Gu e Itoh dividieron estos indicadores en tres categorías<sup>32</sup>.

El primero: Las relacionados al paciente, el cual se define como la satisfacción del paciente, quejas de los pacientes, eventos adversos, infecciones nosocomiales, nivel de información brindada a los pacientes, tiempos de espera en salas de emergencia, tiempo de espera para obtener una cita<sup>32</sup>. El segundo: Las relacionados a los trabajadores, el cual se conceptualiza como la satisfacción del trabajador, beneficios laborales, accidentes laborales, horas extras, número de profesionales por cama, horas de trabajo, tiempo de experiencia en el actual trabajo, posición laboral, tiempo invertido en investigación médica, producción científica, posibilidades de capacitación, formación de residentes<sup>32</sup>. El tercero: Relacionados a la gestión hospitalaria que son las tasas de mortalidad (general y específica), tasas de morbilidad, tasas de supervivencia en los tipos de cáncer más prevalentes, número de pacientes hospitalizados, número de consultas y consultantes, ingresos de nuevos pacientes, tiempo de hospitalización, admisiones por cama, costos en personal e insumos, etc. <sup>32</sup>

Así mismo se ha encontrado seis dimensiones útiles para la evaluación de la gestión hospitalaria en esta oportunidad las cuáles son: El nivel de gestión por procesos, es cuál es definido por la actividad laboral, donde de evaluar el progreso permanente de la institución mediante la unificación, elección, presentación, archivos y los cambios que favorezcan la sostenibilidad y el crecimiento. Donde prioriza los procesos como un todo, ya que persigue como un objetivo en común, es decir, ver que cada actividad aportará para la meta, por ende, se debe gestionar. <sup>33</sup>

La orientación hacia el paciente y la salud pública, la cual conceptualizamos como el aseguramiento de una adecuada recepción de servicios (Diagnósticos y



terapéuticos) por parte de cada paciente, con la finalidad de conseguir una atención sanitaria adecuada, considerando los intervinientes, la educación del usuario y del personal de salud. Se pretende tener un desenlace con el mínimo riesgo, por ende, la mayor alegría para el usuario en el proceso(OMS,2015)

El factor humano, busca desarrollar a los integrantes del ámbito laboral de una organización, resaltando a aquellos con un alto potencial; así mismo, promueve la integración de nuevos miembros que muestren cualidades que aporten a lograr la misión y visión organizacional. <sup>34,35</sup> El liderazgo es la acción de modificar las políticas en el aspecto de decisión para que exista una mejor ejecución de actividades respecto a procesos o conflictos entre éstos y los seguidores o subordinados”. <sup>36</sup> La planificación estratégica se conceptualiza como la habilidad que las organizaciones innovan e implementan un enfoque de atención centrada en el usuario y en la fuerza laboral de los empleados.<sup>37</sup> Armijo M., también lo define como un instrumento de gestión que beneficia el desarrollo y decidir de forma acertada en torno a las actividades actuales y a la visión de futuro, con el propósito de asimilar y acondicionarse a las transformaciones que habrá y demandas que exige el entorno.<sup>38</sup>

Finalmente, el análisis e información que conlleva obtener datos, administrarlos y darles el uso adecuado para sostener nuestra prioridad en el usuario, centrándolo en el control en la calidad, basándose en la mejor cualidad y mayor rendimiento.<sup>37</sup> El aprendizaje organizacional aparece como iniciativa de las instituciones como procesos conjuntos de aprendizaje, el cual se evidencio a inicios del siglo pasado con los estudios de Frederick Taylor, con respecto a su teoría de la administración científica, lo que conllevó a tener como prioridad el escrutinio de carácter científico de los procesos y cada puesto laboral, con la finalidad que el conocimiento revirtiera una mayor eficiencia organizacional. <sup>39</sup>

La empresa de Hawthorne de la Western Electric Company en EUA fue investigada por Elton Mayo, en los años 1930 y 1940; ellos encontraron que en dicha compañía había prioridad de las relaciones personales y la importancia de los intervinientes tecnológicos en el accionar del colaborador de la institución, esto se define como precedente a la investigación sobre aprendizaje organizacional.

Posteriormente, los estudios de la interrelación de aspectos sociales y técnicos del Instituto Tavistock, manifestaron la iniciativa que los procesos correlacionados de productividad requieren que la institución use tecnología (equipos y procesos) y de una institución de carácter social que comprenda a los colaboradores que ejercen su labor, por ello suele ser un antecedente valioso para este estudio. <sup>18</sup>

Dada las circunstancias se empieza a darle mayor atención a las variables de las curvas de aprendizaje a nivel institucional<sup>40</sup>, evaluando el tiempo y los errores cometidos disminuye, al adquirir habilidad y experiencia en el ámbito laboral. Lo cual se evidencia el rendimiento y la memoria realizada en las capacitaciones personales, así mismo, por los años 60, sale a la luz los libros de March y Simon (1958), de Cyert y March (1963) y Cangelosi y Dill (1965), donde capacidad de respuesta organizacional toma un papel importante, al ser tratada como concepto independiente por la literatura especializada.

Años más tarde se evidencia un auge en la investigación del aprendizaje organizacional; según Shrisvastava (1983), en esta etapa se inicia el desarrollo de los diversos criterios conceptuales, lo que desencadena en el concepto del aprendizaje organizacional como un proceso de asimilación o adaptación, sistema o conjunto de significados divididos, una interrelación entre los pasos a seguir y lo obtenido en el resultado, resultados del tiempo de permanencia en la institución.

Cyert y March (1963), considera el aprendizaje organizacional como actividades adaptativas según las condiciones del entorno y de lo que ocurra en la institución lo cual conlleva a mantener vigencia y desarrollo del mismo. Así mismo, Argyris y Schön (1978), consideran el aprendizaje organizacional como proceso coordinado de alta significancia que se puede compartir, consistiendo en la edificación y transformación de los conocimientos, cultura y supuestos que mantienen los colaboradores de la empresa, y distribuir la realidad organizacional como a preestablecer las relaciones causales que previene de ella. Existen diversos conceptos para el aprendizaje organizacional, estos han ido evolucionando en el tiempo según las necesidades del mismo.

Para 1985, Fiol y Lyles (1985) conceptualizaron al aprendizaje organizacional como: “Proceso que se necesita para emplear los saberes y la comprensión con la finalidad de obtener una mejor acción o respuesta”.<sup>41</sup> Con el avance tecnológico, la información se masificó, la disputa de los bienes y diversos desafíos que van surgiendo en la sociedad actual hace necesario tener una organización más inteligente. Por ello según Palacios (2000), las instituciones deben tener mayor capacidad de respuesta e innovación permanente. Así mismo Álvarez (2005) declaró que se hacía crucial la capacitación organizacional de los colaboradores para que esté dirigido en las prioridades de las organizaciones.

Así mismo Klimecki y Lassleben (1998) proponen la existencia de singularidades para que el aprendizaje organizacional prospere. Siendo estas como la herencia cultural, capacidad de comunicación y el manejo del desempeño en equipo. Viéndose necesario la intervención de factores con el fin de contribuir, por lo cual deben seguir estándares como: Adaptabilidad, sentido de identidad, capacidad para ver la realidad e integración, uniendo sus recursos para alcanzar el objetivo. Por otro lado Gairín y Rodríguez (2011), la interrelación con la comunidad y el trabajo en equipo, sumado al aprendizaje que puede darse cuando se labora de forma colectiva, cooperando uno con otro también es de gran beneficio para el participante

Garzón (2005) afirma que las organizaciones que dan prioridad al aprendizaje tienen como finalidad que cada colaborador tenga la capacidad académica, social entre otros factores necesarios para absolver cualquier situación que se presente de forma adecuada en beneficio de la institución. Por ende, la institución debe asegurar tener a sus colaboradores a la vanguardia de la información y estrategias a plantear para tener todas las herramientas necesarias.<sup>18</sup> El aprendizaje organizacional engloba a los colaboradores de forma individual y colectiva, al evidenciar su desempeño dando respuesta a las diversas situaciones, lo conllevará a brindar una imagen organizacional de mayor capacidad resolutive. Esto es lo que se cataloga como multidimensional por Slater, Narver, Nicolini y Jerez (1995).

Según la teoría nos indica que el aprendizaje organizacional se puede definir tres dimensiones: orientación al aprendizaje, conocimiento compartido y retención y recuperación del conocimiento. La orientación al aprendizaje incluye un conjunto de valores organizacionales que se involucran en las instituciones para producir y emplear el conocimiento con la capacidad de cumplir las expectativas de la organización con sus modelos. (Slater, Narver, Nicolini y Jerez, 1995).

De allí que la labor principal de la alta gerencia es dirigir las condiciones para generar nuevo conocimiento, entregándolo a los colaboradores y darle el mejor uso para la sostenibilidad. En el camino, la gerencia promedio tiene un papel importante para la atención o conexión entre los directivos del alto mando y los otros niveles de menor rango, buscando los beneficios para ambos. Evidenciando que el cimiento de toda organización son los individuos que la constituyen.

El conocimiento compartido radica en la actitud y decisión de los colaboradores para que compartan su conocimiento y no solamente en el incentivo que pueden ocasionarlo. (Slater, Narver, Nicolini y Jerez, (1995). Frecuentemente se escucha decir que el conocimiento es poder, por ende, los colaboradores se ven amedrentados y temerosos, pues piensan que pueden perder su lugar, respeto o superioridad al hacerlo. Por lo cual hace que cada colaborador cuida el conocimiento como su más grande valor y no pretende compartirlo.

Argyris (2002) indicó que la comunicación es fundamental para un desarrollo organizacional puesto que vivimos en un ambiente de constante variación lo cual lo hace, muy dinámico. Por lo que se debe asegurar que los diversos colaboradores y equipos de trabajo puedan aprovechar el conocimiento que sus usuarios poseen y de los que puedan surgir, por eso deben organizar diversos espacios para el intercambio de experiencias profesionales sobre todo de los resultados validados. La retención y recuperación del conocimiento está asociado por la memoria institucional, por la tecnología de la información y la estructura de lo que se ha aprendido. Las decisiones, incentivos y resultados que se guardan dependen de Los modelos de retención, esta que se pretende dividir en varias áreas con la finalidad de compartirla. (Slater, Narver, Nicolini y Jerez, 1995).

También se debe destacar la retención de las experiencias previas que beneficia en el futuro y trae consigo cada colaborador; haciendo mención que la recuperación se da cuando previamente ha existido comportamientos generados en ejercicio predecesor y pasos que conllevan a ser compartidos y almacenados en las diferentes maneras. (Walsh y Ungson1999).

### III. METODOLOGÍA

#### a. Tipo y diseño de investigación

**Tipo de investigación:** Básica de enfoque cuantitativo. <sup>42,43</sup>

**Diseño de investigación:** No experimental, correlacional de corte transversal. <sup>44</sup>

#### b. Variables y operacionalización

##### Variable 1: Gestión Hospitalaria

**Definición conceptual:** Ciencia y el arte de guiar a los recursos humanos y físicos de una organización hacia la satisfacción de las necesidades relacionadas a la salud y las expectativas de los pacientes Elementos fundamentales de la gestión.  
29

**Definición operacional:** Es la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud utilizando las herramientas de gestión de manera objetiva lo que permite una adecuada planeación, toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna <sup>11</sup>

##### Indicadores:

- Diseño de procesos
- Aseguramiento de la calidad
- Control y mejora de los procesos
- Evaluación de la eficiencia de servicios
- Evaluación de eficacia de servicios
- Adecuación a las necesidades del paciente
- Atención de opiniones y sugerencias Atención de necesidades de los pacientes.
- Comunicación e información
- Comparación con otras instituciones Tendencia del sector salud
- Evaluación de desempeño laboral Desarrollo de potencial
- Entrenamiento de personal Capacitación y desarrollo

- Ambiente seguro
- Importancia del paciente
- Mejora del cuidado
- Dirección accesible
- Adaptación de estrategias
- Practicas éticas del sector
- Anticipación de la demanda
- Aceptación de comentarios
- Objetivos estratégicos
- Factores externos
- Factores internos
- Comunicación de objetivos Responsabilidad y mejora del desempeño
- Ética formal
- Mejora de servicios comunitarios
- Evaluación del desempeño ocupacional
- Evaluación integral
- Indicadores.

**Escala de medición:**

Puntuación: Calificación manual del 1 al 5, las respuestas pueden ser: Totalmente en Desacuerdo (1), En Desacuerdo (2), Neutral (3), De Acuerdo (4), Totalmente De Acuerdo (5).

**Variable 2: Aprendizaje organizacional**

**Definición conceptual:** Proceso que se necesita para emplear los saberes y la comprensión con la finalidad de obtener una mejor acción o respuesta.<sup>41</sup>

**Definición operacional:** Se basa en el aprendizaje individual, independientemente del tipo o magnitud de la entidad que adquiere o crea conocimiento con el fin de adaptarse a las condiciones cambiantes de su entorno o transformarlo, dependiendo del nivel de desarrollo en que se encuentre la organización.

**Indicadores:**

- Compromiso de directivos y demás empleados
- Apertura y experimentación
- Capacidad de romper con perspectiva tradicionales
- Comunicación interna
- Trabajo en equipo
- Visión compartida
- Estructura organizacional
- Tecnologías de información

**Escala de medición:**

Nivel de escala calificación: Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre.

**3.3 Población, muestra y muestreo**

**Población:** 50 personas tanto asistencial como administrativo que trabajan en el seguro de salud - Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

**Muestra:** 50 personas tanto asistencial como administrativo.

**Muestreo:** No probabilístico – Censal.

**3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

3.4.1. Técnica: Se hizo uso de encuestas, para la recolección de la información necesaria para la investigación como lo indica Arias F.G., (2012).

3.4.2. Instrumento: Aplicación de cuestionario

Primera variable: Gestión hospitalaria

Ficha técnica

- Nombre del instrumento: Desempeño de la Gestión hospitalaria.
- Autor del instrumento: Andrés Ore Cárdenas (2017)
- Significación: El instrumento contiene 6 dimensiones como: liderazgo, planificación estratégica, calidad de atención, información y análisis, factor humano y gestión por procesos.



- Extensión: El instrumento cuenta con 37 ítems.
- Administración: Individual, una sola vez en determinado momento.
- Aplicación: A 80 médicos que laboran en el Hospital Angamos 2018
- Puntuación: Calificación manual del 1 al 5, las respuestas pueden ser: Totalmente en Desacuerdo (1), En Desacuerdo (2), Neutral (3), De Acuerdo (4), Totalmente De Acuerdo (5).
- Objetivo del instrumento: Determinar la percepción del profesional sobre el nivel de gestión hospitalaria de acuerdo a sus dimensiones.

Segunda variable: Aprendizaje organizacional

Ficha técnica

- Nombre: Encuesta de aprendizaje organizacional
- Autor: Slater, Narver, Nicolini, Jerez (1995) adecuado por Sahara Flor Muñoz Leiva
- Procedencia: Lima- Perú, 2016
- Objetivo: Medir la percepción del aprendizaje organizacional
- Administración: Individual, colectivo
- Duración: Aproximadamente de 14 a 20 minutos.
- Estructura: La encuesta consta de 24 ítems.
- Nivel de escala calificación: Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre.

3.4.3. Validez

En ambos casos los instrumentos han sido validados por juicio de expertos.

3.4.4. Confiabilidad

Para reafirmar la consistencia interna se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach.

Tabla 01

*Fiabilidad de la Variable: Gestión Hospitalaria*

<b>Estadística e fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.964	37

Interpretación:

El coeficiente utilizado para llegar a medir la fiabilidad de la variable número uno fue el alfa de Cronbach. El coeficiente para los 37 ítems es 0,964 lo que sugiere que los ítems están relacionados con una consistencia interna muy alta.

Tabla 02

*Fiabilidad de la Variable: Aprendizaje organizacional*

<b>Estadística e fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.968	24

Interpretación:

El coeficiente utilizado para llegar a medir la fiabilidad de la variable número uno fue el alfa de Cronbach. El coeficiente para los 24 ítems es 0,968 lo que sugiere que los ítems están relacionados con una consistencia interna muy alta.

### **3.5 Procedimiento**

Se procedió a entregar la autorización al centro hospitalario para poder aplicar los instrumentos al personal de la institución, posteriormente haciendo llegar el consentimiento previo a los 50 usuarios se procedió a entregar la encuesta por un medio digital y físico. Desarrollando una base de datos en una hoja Excel, de allí exportamos la información al paquete estadístico spss v.25.

### **3.6 Método de análisis de datos**

En el paquete estadístico SPSS 25 se evaluaron las variables a través de gráficos, tablas y pruebas estadísticas. Inicialmente se aplicó el test de prueba de normalidad de kolmogorov-smirnov para ambas variables, obteniendo que la variable de gestión hospitalaria no contaba con una distribución normal, mientras que la variable de aprendizaje organizacional tenía una curva normal. Por lo cual se optó por hacer uso de la prueba no paramétrica de Spearman, con lo cual podremos contrastar la hipótesis planteada.

### **3.7. Aspectos éticos**

Para el cumplimiento de los protocolos establecidos se procedió a solicitar el permiso de las autoridades pertinentes en el proceso de ejecución del trabajo de investigación, así mismo, se pidió consentimiento a las personas participantes del estudio mismo. También se informó a los directivos del hospital para las facilidades de la aplicación de los instrumentos necesarios para la investigación. Toda la información recopilada por los investigadores es de carácter confidencial, manteniendo el anonimato en todo momento y salvaguardando su integridad física y mental.<sup>45</sup>

#### IV. RESULTADOS

##### a. Resultados descriptivos:

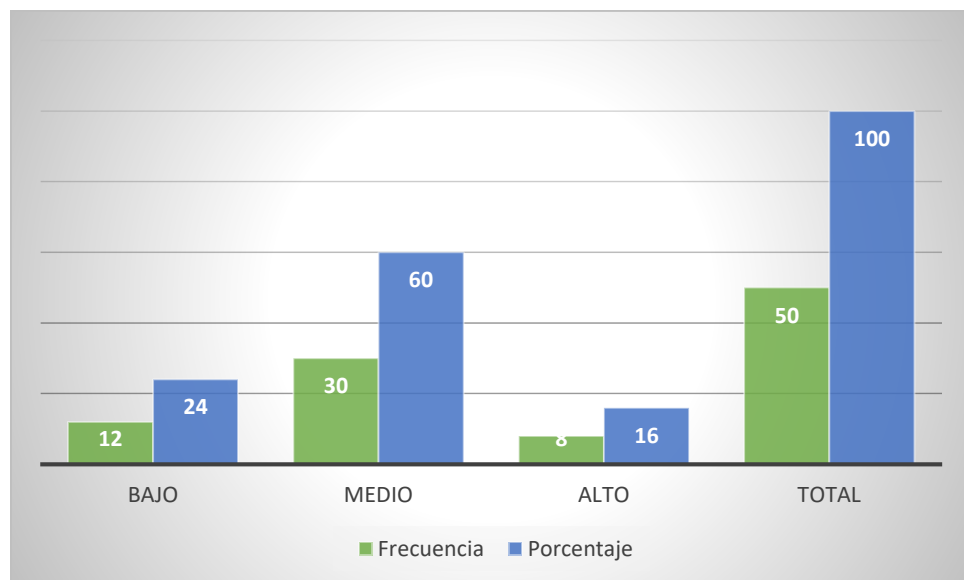
##### i. Resultados de la variable Gestión Hospitalaria

Tabla 03: Frecuencia y porcentaje según el nivel del desempeño de la Gestión Hospitalaria

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	12	24.0
Medio	30	60.0
Alto	8	16.0
Total	50	100.0

Fuente: Propia

Figura 01: Porcentaje y frecuencia según el Nivel de desempeño de la Gestión Hospitalaria



Fuente: Propia

Interpretación:

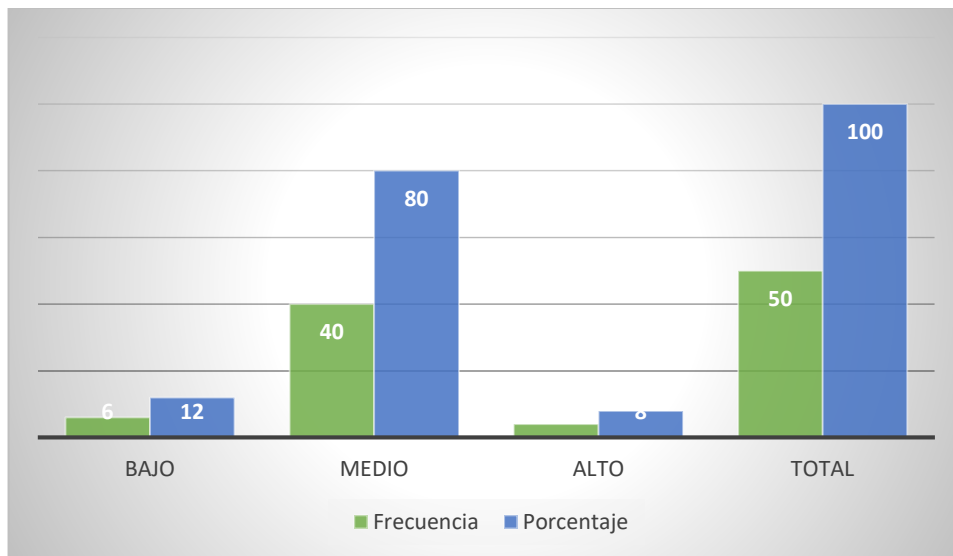
En la tabla 03 y figura 1, evidenciamos que el 60% de la valoración de los colaboradores fue de nivel medio, el 24% fue bajo y solo el 16% fue alto.

*Tabla 04: Frecuencia y porcentaje de la dimensión Gestión por procesos*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	6	12.0
Medio	40	80.0
Alto	4	8.0
Total	50	100.0

*Fuente: Propia*

*Figura 02: Frecuencia y porcentaje de la dimensión Gestión por procesos*



*Fuente: Propia*

**Interpretación:**

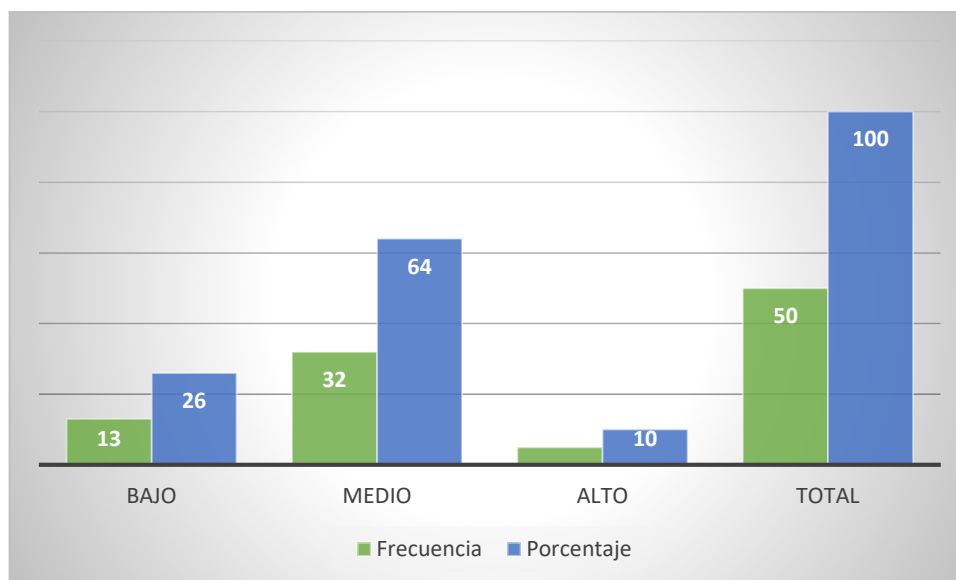
En la tabla 04 y figura 02, encontramos que el 80% de los colaboradores evaluaron como medio al desempeño de la Gestión por procesos, 12% bajo y sólo un 8% alto.

*Tabla 05: Frecuencia y porcentaje de la dimensión Orientación al paciente y Salud Pública*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	13	26.0
Medio	32	64.0
Alto	5	10.0
Total	50	100.0

*Fuente: Propia*

*Figura 03: Frecuencia y porcentaje de la dimensión Orientación al paciente y Salud Pública*



*Fuente: Propia*

Interpretación:

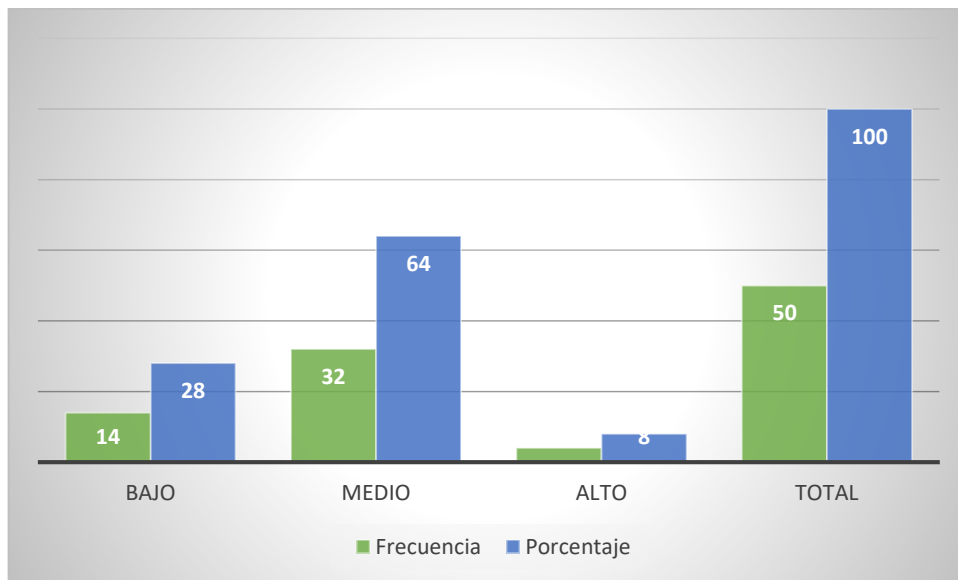
En la tabla 5 y figura 3, evidenciamos que el 64% de los colaboradores calificación al desempeño de la orientación al paciente y la salud pública como medio, 26% como bajo y un 10% como alto.

Tabla 06: Frecuencia y porcentaje de la dimensión del Factor Humano

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	14	28.0
Medio	32	64.0
Alto	4	8.0
Total	50	100.0

Fuente: Propia

Figura 04: Frecuencia y porcentaje de la dimensión del Factor Humano



Fuente: Propia

Interpretación:

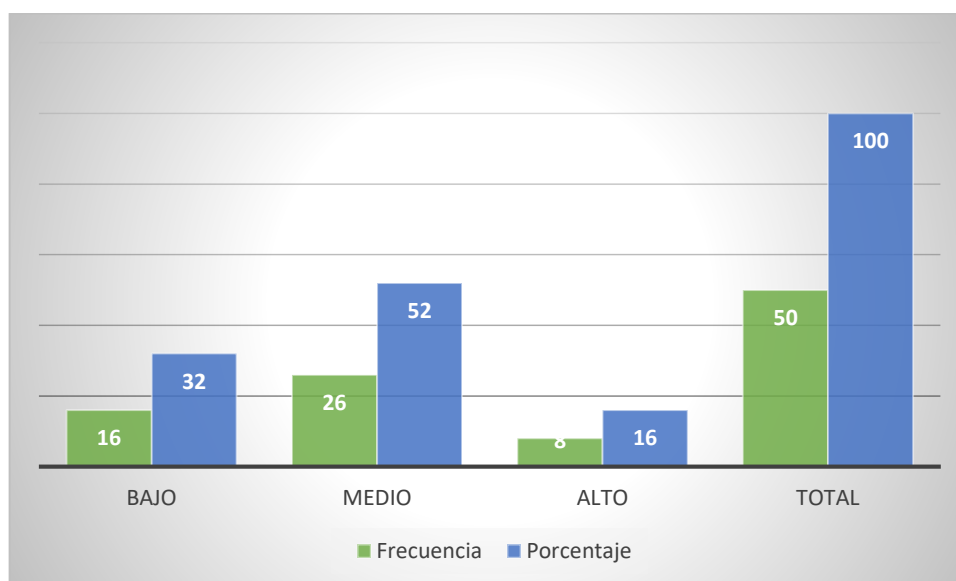
En la tabla 6 y Figura 04 evidenciamos que el 64% de los colaboradores calificación al factor humano con medio, el 28% de los usuarios califican con bajo y un 8% fue alto.

*Tabla 07: Frecuencia y porcentaje de la dimensión del Liderazgo*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	16	32.0
Medio	26	52.0
Alto	8	16.0
Total	50	100.0

*Fuente: Propia*

*Figura 05: Frecuencia y porcentaje de la dimensión del Liderazgo*



*Fuente: Propia*

Interpretación:

En la tabla 7 y figura 05 evidenciamos que más del 50% de los colaboradores calificación a liderazgo con medio o regular, el 32% de los usuarios califican con bajo y un 16% con un nivel alto.

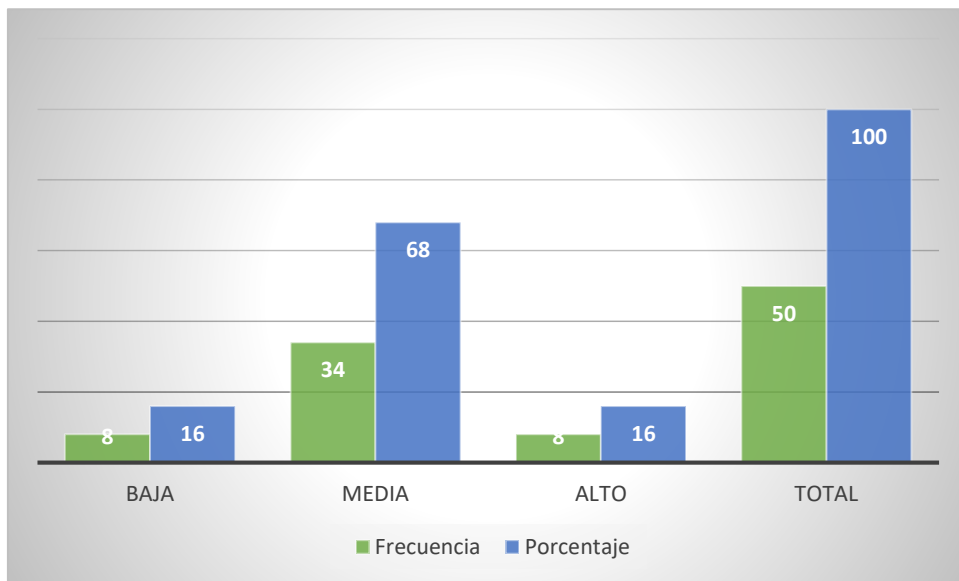
*Tabla 08: Frecuencia y porcentaje de la dimensión de la Planificación estratégica*

	Frecuencia	Porcentaje
Baja	8	16.0
Media	34	68.0
Alto	8	16.0
Total	50	100.0

*Fuente: Propia*



*Figura 06: Frecuencia y porcentaje de la Planificación estratégica*



*Fuente: Propia*

Interpretación:

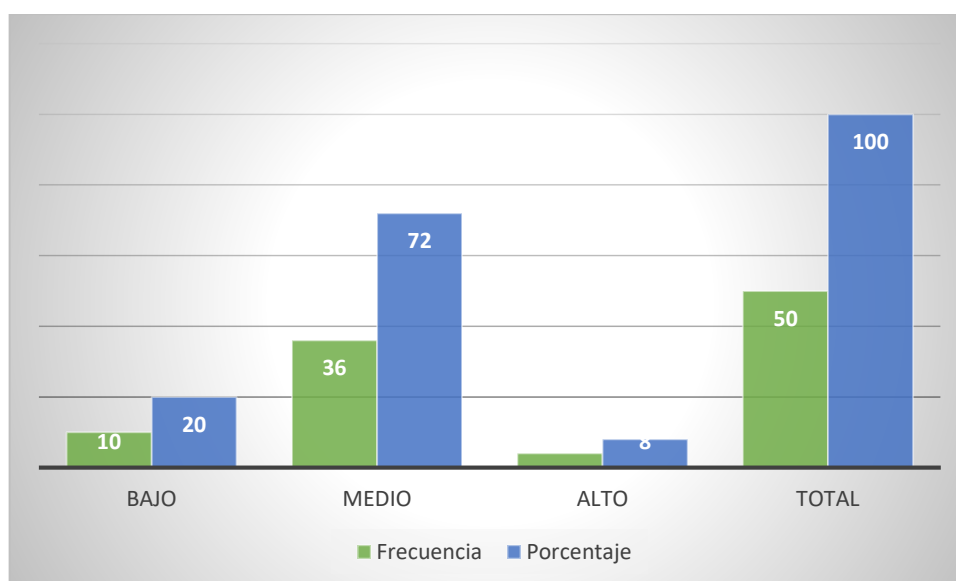
En la tabla 8 y Figura 06 evidenciamos que un 68% de los colaboradores calificación la planificación estratégica con medio, el 16% de los usuarios califican con bajo alto y también un 16% tuvo un nivel alto..

*Tabla 09: Frecuencia y porcentaje de la dimensión de la Información y Análisis*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	10	20.0
Medio	36	72.0
Alto	4	8.0
Total	50	100.0

*Fuente: Propia*

Figura 07: Frecuencia y porcentaje de la Información y Análisis



Fuente: Propia

Interpretación:

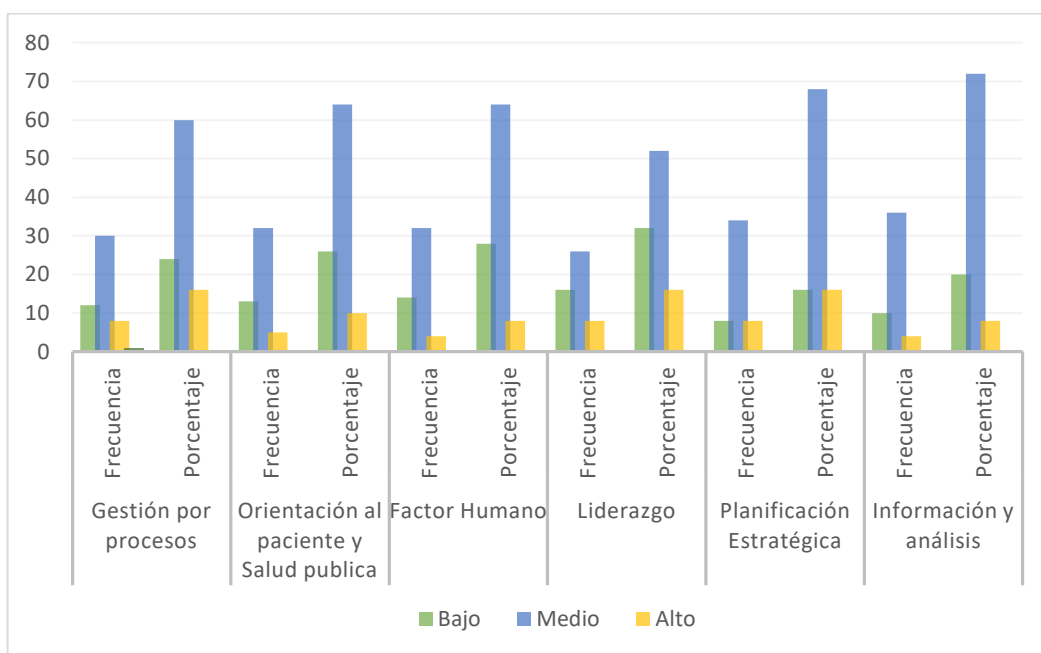
En la tabla 9 y Figura 07 encontramos un evidenciamos que el 72% de los colaboradores calificación a la información y análisis con medio, 20% como bajo y un 8% como alto.

Tabla 10: Frecuencia y porcentaje de las dimensiones de la Gestión Hospitalaria

	Gestión por procesos		Orientación al paciente y Salud pública		Factor Humano		Liderazgo		Planificación Estratégica		Información y análisis	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Bajo	12	24	13	26	14	28	16	32	8	16	10	20
Medio	30	60	32	64	32	64	26	52	34	68	36	72
Alto	8	16	5	10	4	8	8	16	8	16	4	8

Fuente: Propia

*Figura 08: Frecuencia y porcentaje de las dimensiones de la Gestión Hospitalaria*



*Fuente: Propia*

**Interpretación:**

En la tabla 10 y figura 8 encontramos que la dimensión con mayor respaldo en el nivel alto, es el de gestión por procesos, seguido por el liderazgo y planificación estratégica. Así mismo, en el nivel medio o regular encontramos a la dimensión de la información y análisis con mayor respaldo, seguido también planificación estratégica y factor humano, y en grado bajo, encontramos que la dimensión del liderazgo ha llevado el mayor porcentaje.

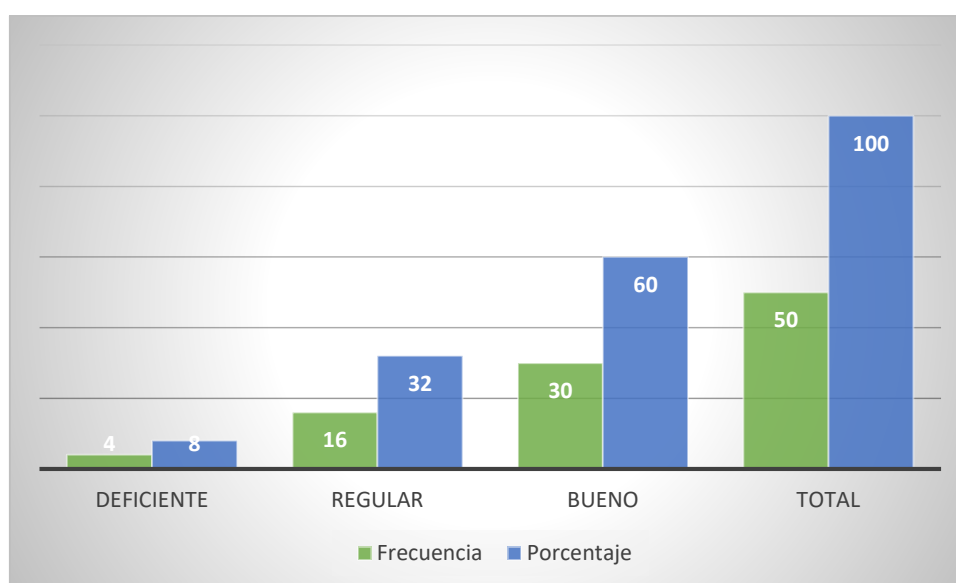
ii. Resultados de la variable Aprendizaje organizacional

Tabla 11: Frecuencia y porcentaje de la variable de Aprendizaje organizacional

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	4	8.0
Regular	16	32.0
Bueno	30	60.0
Total	50	100.0

Fuente: Propia

Figura 9: Frecuencia y porcentaje de la variable de Aprendizaje organizacional



Fuente: Propia

Interpretación:

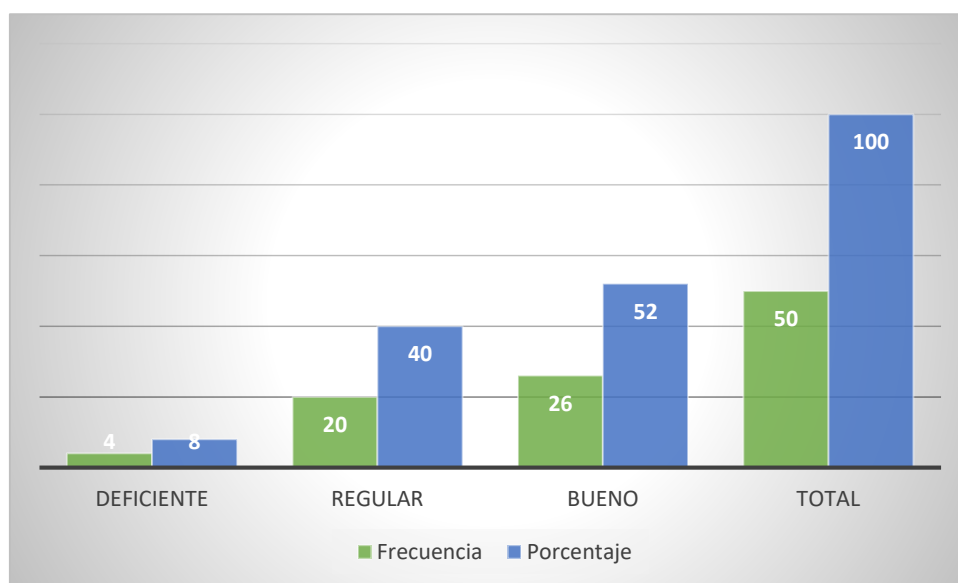
En la tabla 11 y figura 9 encontramos que el 60% respalda un buen aprendizaje organizacional, seguido por un 32% con regular y un 8% con deficiente.

Tabla 12: Frecuencia y porcentaje de la dimensión de la orientación al aprendizaje

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	4	8.0
Regular	20	40.0
Bueno	26	52.0
Total	50	100.0

Fuente: Propia

*Figura 10: Frecuencia y porcentaje de la dimensión orientación al aprendizaje*



*Fuente: Propia*

Interpretación:

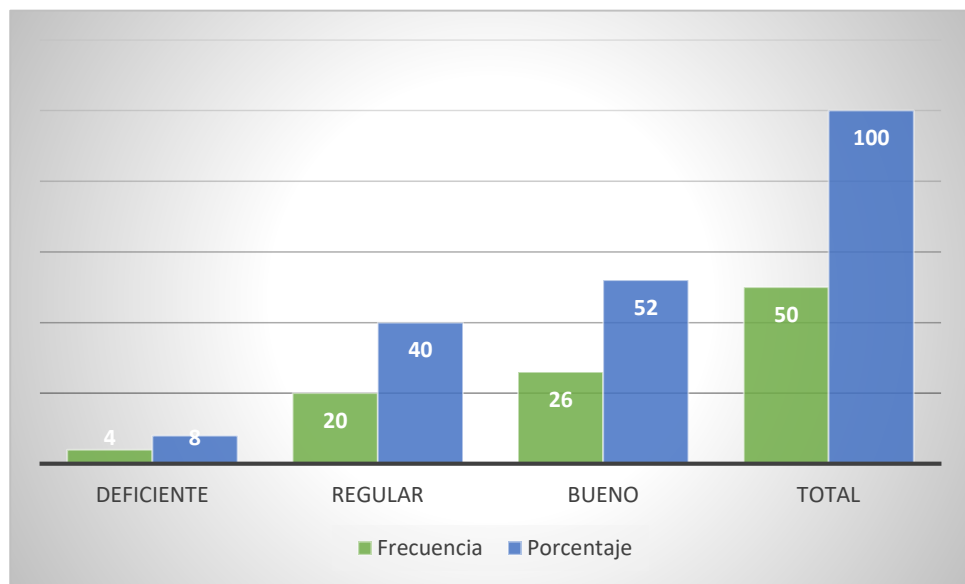
En la tabla 12 y figura 10 encontramos que más del 50% evalúa la dimensión de la orientación al aprendizaje, seguido por un 40% como regular, y un 8% como deficiente.

*Tabla 13: Frecuencia y porcentaje de la dimensión del conocimiento compartido*

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	4	8.0
Regular	20	40.0
Bueno	26	52.0
Total	50	100.0

*Fuente: Propia*

*Figura 11: Frecuencia y porcentaje de la dimensión del conocimiento compartido*



*Fuente: Propia*

Interpretación:

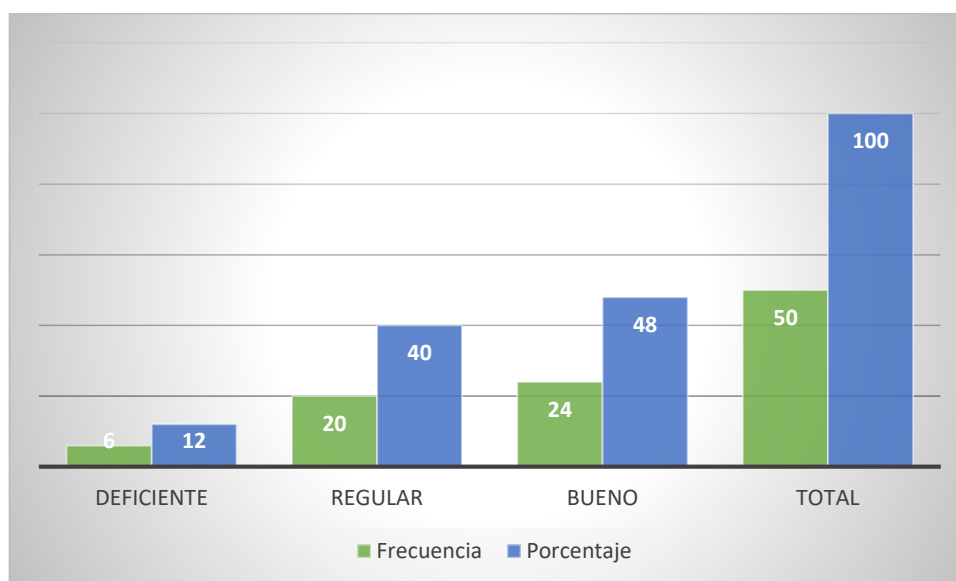
En la tabla 13 y figura 11 evidenciamos que más del 50% respalda a la dimensión del conocimiento compartido, un 40% con regular y un 8% con deficiente.

*Tabla 14: Frecuencia y porcentaje de la dimensión de la retención y recuperación del conocimiento*

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	6	12.0
Regular	20	40.0
Bueno	24	48.0
Total	50	100.0

*Fuente: Propia*

*Figura 12: Frecuencia y porcentaje de la dimensión de la retención y recuperación del conocimiento*



*Fuente: Propia*

Interpretación:

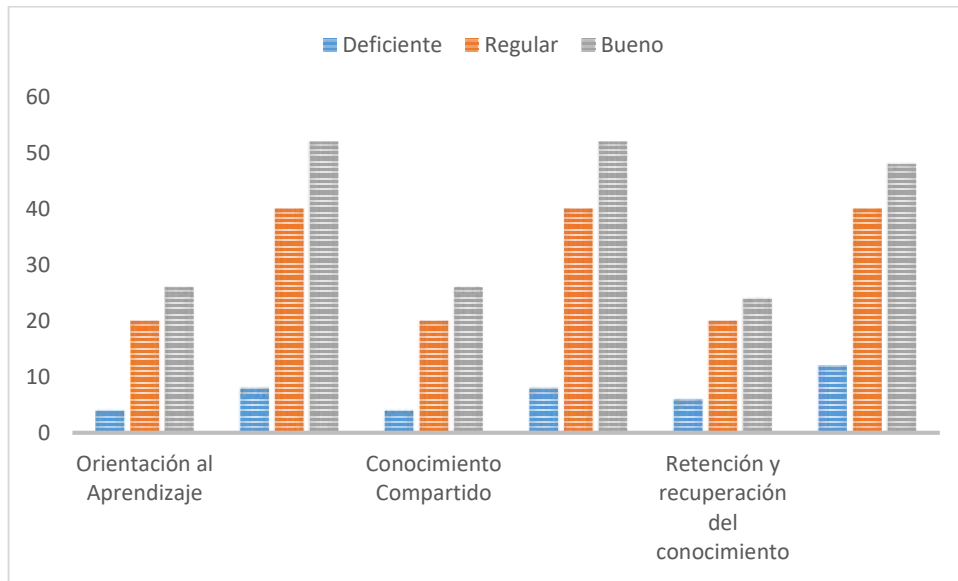
En la tabla 14 y figura 12 encontramos que cerca del 48% evalúa la dimensión como bueno, el 40% como regular y 12% como deficiente para retención y recuperación del conocimiento.

*Tabla 15: Frecuencia y porcentaje de las dimensiones del aprendizaje organizacional*

	Orientación al Aprendizaje		Conocimiento Compartido		Retención y recuperación del conocimiento	
	F	%	F	%	F	%
Deficiente	4	8	4	8	6	12
Regular	20	40	20	40	20	40
Bueno	26	52	26	52	24	48

*Fuente: Propia*

*Figura 13: Frecuencia y porcentaje de las dimensiones del aprendizaje organizacional*



*Fuente: Propia*

**Interpretación:**

En la tabla 15 y figura 13 comparando las dimensiones del aprendizaje organizacional, encontramos que son muy similares, sin embargo, la retención y recuperación del conocimiento está por debajo de la orientación al aprendizaje y conocimiento compartido. Además de ello, el mismo número de significancia para el nivel regular.



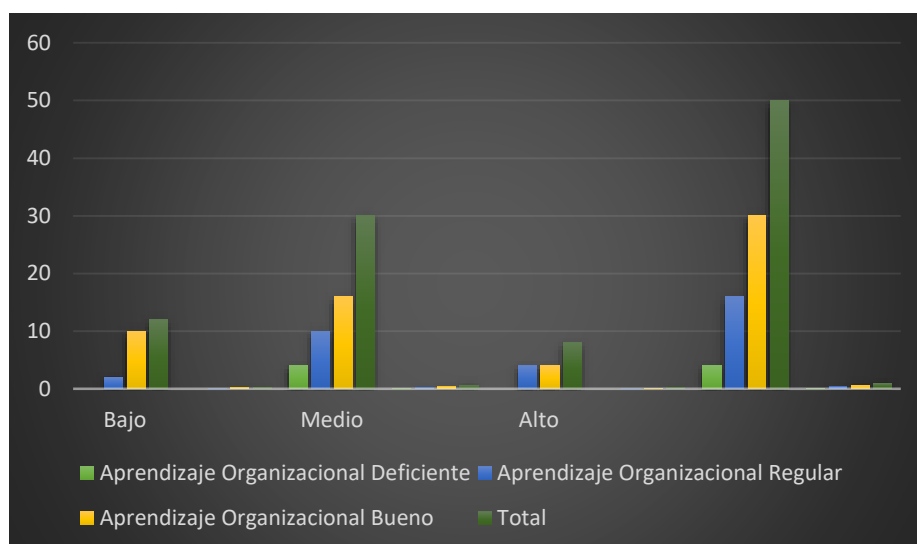
**b. Tablas cruzadas:**

*Tabla 16: Tabla cruzada para la gestión hospitalaria y el aprendizaje organizacional*

			Aprendizaje Organizacional			
			Deficiente	Regular	Bueno	Total
Gestión Hospitalaria	Bajo	Recuento	0	2	10	12
		% del total	0.0%	4.0%	20.0%	24.0%
	Medio	Recuento	4	10	16	30
		% del total	8.0%	20.0%	32.0%	60.0%
	Alto	Recuento	0	4	4	8
		% del total	0.0%	8.0%	8.0%	16.0%
Total	Recuento	4	16	30	50	
	% del total	8.0%	32.0%	60.0%	100.0%	

*Fuente: Propia*

*Figura 14: Datos cruzada para la gestión hospitalaria y el aprendizaje organizacional*



*Fuente: Propia*

Interpretación:

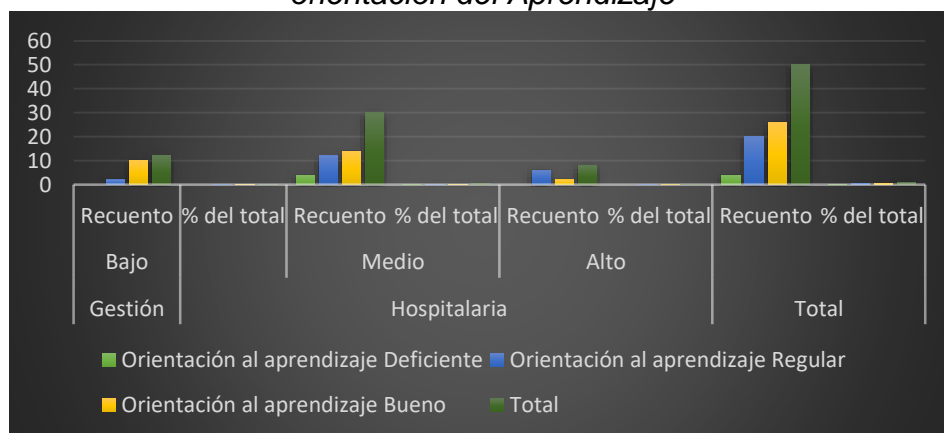
En la tabla 16 y figura 14, muestran que el 24% calificado con bajo nivel de gestión, 4% calificó con aprendizaje regular y un 20% con aprendizaje bueno. Del 60% que evaluó a la gestión hospitalaria con un nivel medio o regular, 8% evaluó como deficiente, 20% con regular y 32% con alto al aprendizaje organizacional. Así mismo, del 16% que evaluó con alto nivel de gestión hospitalaria, ninguno calificó con deficiente aprendizaje, un 8% fue para regular y alto.

*Tabla 17: Tabla cruzada para la gestión hospitalaria y la dimensión de orientación del Aprendizaje*

		Orientación al aprendizaje				
		Deficiente	Regular	Bueno	Total	
Gestión Hospitalaria	Bajo	Recuento	0	2	10	12
		% del total	0.0%	4.0%	20.0%	24.0%
	Medio	Recuento	4	12	14	30
		% del total	8.0%	24.0%	28.0%	60.0%
	Alto	Recuento	0	6	2	8
		% del total	0.0%	12.0%	4.0%	16.0%
Total		Recuento	4	20	26	50
		% del total	8.0%	40.0%	52.0%	100.0%

*Fuente: Propia*

*Figura 15: Datos cruzados para la gestión hospitalaria y la dimensión de orientación del Aprendizaje*



*Fuente: Propia*

Interpretación:

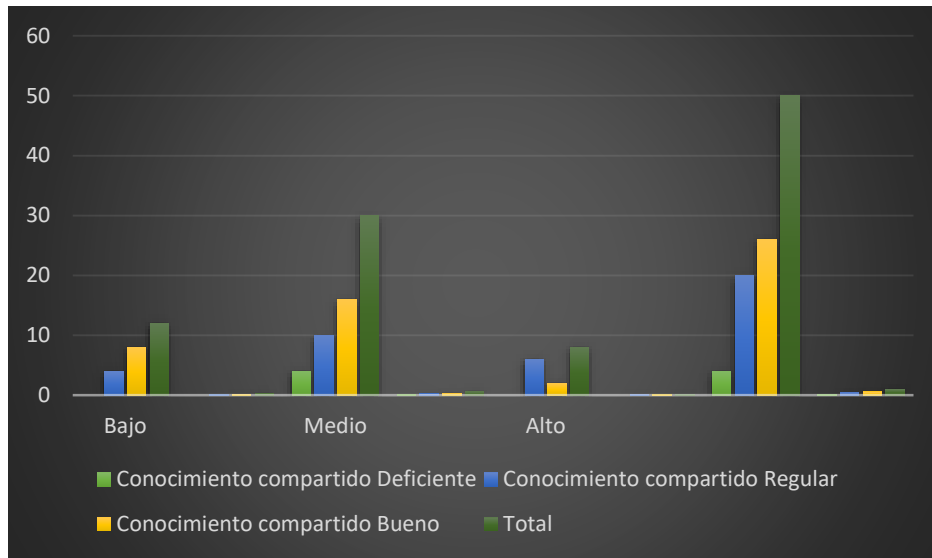
En la tabla 17 y figura 15, encontramos que un 24% calificó con bajo a la gestión hospitalaria, de los cuales 4% calificó como regular y 20% con bueno a la orientación del aprendizaje. El 60% calificó con regular a la gestión hospitalaria, de los cuales 8% calificó como deficiente, 24% como regular y 28% como bueno a la orientación del aprendizaje. Un 16% calificó con alto nivel de gestión, de los cuales sólo el 4% fue regular y el 12% fue alto o bueno para la orientación del aprendizaje.

*Tabla 18: Tabla cruzada para la gestión hospitalaria y la dimensión del conocimiento compartido*

		Conocimiento compartido			Total	
		Deficiente	Regular	Bueno		
Gestión Hospitalaria	Bajo	Recuento	0	4	8	12
		% del total	0.0%	8.0%	16.0%	24.0%
	Medio	Recuento	4	10	16	30
		% del total	8.0%	20.0%	32.0%	60.0%
	Alto	Recuento	0	6	2	8
		% del total	0.0%	12.0%	4.0%	16.0%
Total		Recuento	4	20	26	50
		% del total	8.0%	40.0%	52.0%	100.0%

*Fuente: Propia*

Figura 16: Datos cruzados para la gestión hospitalaria y la dimensión del conocimiento compartido



Fuente: Propia

#### Interpretación:

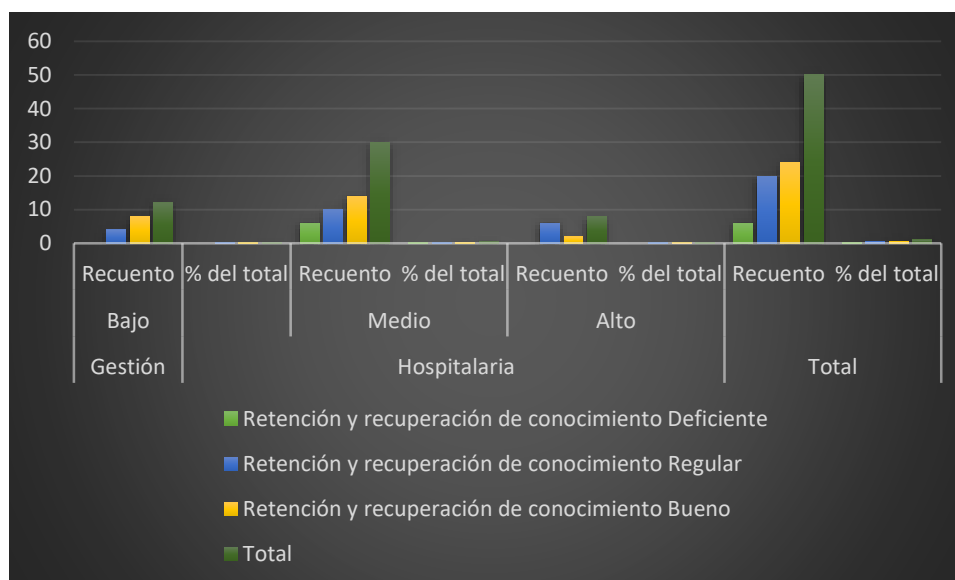
En la tabla 18 y figura 16, encontramos que un 24% calificó con bajo a la gestión hospitalaria, de los cuales 8% calificó como regular y 16% con bueno al conocimiento compartido. El 60% calificó con regular a la gestión hospitalaria, de los cuales 8% calificó como deficiente, 20% como regular y 32% como bueno al conocimiento compartido. Un 16% calificó con alto nivel de gestión, de los cuales sólo el 4% fue regular y el 12% fue alto o bueno para al conocimiento compartido.

Tabla 19: Tabla cruzada para la gestión hospitalaria y retención y recuperación del conocimiento

		Retención y recuperación de conocimiento			Total
		Deficiente	Regular	Bueno	
Gestión Hospitalaria	Bajo	Recuento	0	4	8
		% del total	0.0%	8.0%	16.0%
	Medio	Recuento	6	10	14
		% del total	12.0%	20.0%	28.0%
	Alto	Recuento	0	6	2
		% del total	0.0%	12.0%	4.0%
Total		Recuento	6	20	24
		% del total	12.0%	40.0%	48.0%

Fuente: Propia

Figura 17: Datos cruzados para la gestión hospitalaria y la retención y recuperación del conocimiento



Fuente: Propia

Interpretación:

En la tabla 19 y figura 17, encontramos que un 24% calificó con bajo a la gestión hospitalaria, de los cuales 8% calificó como regular y 16% con bueno para la

retención y recuperación del conocimiento. El 60% calificó con regular a la gestión hospitalaria, de los cuales 12% calificó como deficiente, 20% como regular y 18% como bueno para la retención y recuperación del conocimiento. Un 16% calificó con alto nivel de gestión, de los cuales sólo el 12% fue regular y el 4% fue alto o bueno para la retención y recuperación del conocimiento.

### c. Prueba de Normalidad

Se realizó la prueba de normalidad para poder evaluar la técnica estadística adecuada para la investigación.

*Tabla 20: Prueba de Normalidad*

Kolmogorov -Smirnov			
	Estadístico	N	Sig.
Gestión Hospitalaria	,222	50	0.200 <sup>a</sup>
Aprendizaje Organizacional	,106	50	0.00 <sup>b</sup>

(a)  $p < 0,88$  / (b)  $p < 0,00$

*Fuente: Propia*

Interpretación:

En la tabla 20 se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov –Smirnov dado que la muestra era de 50 usuarios, obteniendo un valor para la variable de la Gestión Hospitalaria de Sig. 0.88; siendo este mayor a 0.05, tendría una distribución anormal; así mismo, el valor para la variable del aprendizaje organizacional es de Sig. 0.00, teniendo una distribución normal. Sin embargo, obteniendo una distribución anormal para la gestión hospitalaria la prueba a utilizar debe ser no paramétrica.

#### d. Prueba de correlación de hipótesis

##### i. Correlación de la hipótesis general:

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú, 2021

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú, 2021

Tabla 21: Correlación de hipótesis general

		Gestión Hospitalaria	Aprendizaje organizacional
Rho de Spearman	Gestión Hospitalaria	1,000	-,604 <sup>a</sup>
			,000
		50	50
	Aprendizaje organizacional	-,604 <sup>a</sup>	1,000
		,000	
		50	50

<sup>a</sup>  $p < 0,01$ , la correlación es significativa

Fuente: Propia

Interpretación:

En la tabla 21 aplicando el estadístico Rho Spearman, se evidenció el coeficiente de correlación igual -,604, lo que indicaría una correlación negativa moderada. Así mismo, el nivel de significancia indica que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

## ii. Correlación de la hipótesis específica 1:

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la gestión hospitalaria y la orientación del aprendizaje del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú, 2021

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la gestión hospitalaria y la orientación del aprendizaje del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú, 2021

Tabla 22: Correlación de hipótesis específica 1

			<b>Gestión Hospitalaria</b>	<b>orientación del aprendizaje</b>
Rho de Spearman	Gestión Hospitalaria	Coeficiente de correlación	1,000	-,533 <sup>a</sup>
		Sig. (Bilateal)		,000
		N	50	50
	orientación del aprendizaje	Coeficiente de correlación	-,533 <sup>a</sup>	1,000
		Sig. (Bilateal)	,000	
		N	50	50

<sup>a</sup>  $p < 0,01$ , la correlación es significativa

Fuente: Propia

Interpretación:

En la tabla 22 aplicando el estadístico Rho Spearman, se evidenció el coeficiente de correlación igual -,533, lo que indicaría una correlación negativa moderada. Así mismo, el nivel de significancia indica que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.



### iii. Correlación de la hipótesis específica 2:

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la gestión hospitalaria y el conocimiento compartido del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú, 2021

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la gestión hospitalaria y el conocimiento compartido del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú, 2021

Tabla 23: Correlación de hipótesis específica 2

			<b>Gestión Hospitalaria</b>	<b>conocimiento compartido</b>
Rho de Spearman	Gestión Hospitalaria	Coeficiente de correlación	1,000	-,504 <sup>a</sup>
		Sig. (Bilateal)		,000
		N	50	50
	conocimiento compartido	Coeficiente de correlación	-,504 <sup>a</sup>	1,000
		Sig. (Bilateal)	,000	
		N	50	50

<sup>a</sup>  $p < 0,01$ , la correlación es significativa

Fuente: Propia

Interpretación:

En la tabla 23 aplicando el estadístico Rho Spearman, se evidenció el coeficiente de correlación igual -,504, lo que indicaría una correlación negativa moderada. Así mismo, el nivel de significancia indica que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

#### iv. Correlación de la hipótesis específica 3:

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la gestión hospitalaria y retención/recuperación del conocimiento del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú, 2021

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la gestión hospitalaria y retención/recuperación del conocimiento del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú, 2021

Tabla 24: Correlación de hipótesis específica 3

			<b>Gestión Hospitalaria</b>	<b>retención/recuperación del conocimiento</b>
Rho de Spearman	Gestión Hospitalaria	Coeficiente de correlación	1,000	-,224
		Sig. (Bilateal)		,118
		N	50	50
Rho de Spearman	retención/recuperación del conocimiento	Coeficiente de correlación	-,224	1,000
		Sig. (Bilateal)	,118	
		N	50	50

*Fuente: Propia*

Interpretación:

En la tabla 24, aplicando el estadístico Rho Spearman, se evidenció el nivel de significancia indica que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, por lo cual no encontramos ninguna relación.

## V. DISCUSIÓN

Desde la aparición de la gestión se ha buscado organizar, planificar, evaluar e innovar en el transcurso del tiempo para que la institución o empresa pueda mantenerse vigente. Esto ha llegado también a instituciones del ámbito de la salud, involucrando optimizar los procesos para brindar un mejor servicio y este sea oportuno. En cuanto al aprendizaje organizacional surgió como una necesidad en optimizar al recurso humano y este pueda brindar un mayor desempeño con lo cual se pueda alcanzar las metas u objetivos en un menor plazo de la institución según el área requerida.

Actualmente el mundo está atravesando una realidad recóndita e involucra toma de decisiones en todos los ámbitos y de forma asertiva, ello ha permitido evaluar diversos aspectos, en cuánto a respuestas, manejo, organización y todo lo que es necesario para actuar ante esta enfermedad ocasionada por el SARS-CoV-2 y evitar la propagación masiva y pérdidas humanas en gran número.

El Perú es uno de los países más afectados en cuánto a infectados y víctimas (), siendo la ciudad capital por su mayor cantidad de población la ciudad con mayor número de casos, lo cual, nos lleva vemos la magnitud del impacto en el distrito más poblado, San Juan de Lurigancho (), y pese a la envergadura sólo existe un hospital de asegurados que podría brindarles soporte ante esta situación de manera rápida, lo cual de antemano se hace inédito, por la proporción.

Diversos cambios han suscitado desde la llegada del coronavirus al país, en el ámbito de la salud las medidas han tenido que ser drásticas, para contrarrestar en lo posible la propagación y el tratamiento del virus; lo cual ha conllevado a un deterioro económico de suma importancia para el Perú. Esto involucra que la población económicamente activa, tuvo que cesar sus actividades presenciales e implementar un sistema virtual e iniciar un trabajo remoto para la subsistencia de las diversas instituciones.

En esa instancia los hospitales han reforzado las barreras de protección de sus colaboradores, para que ellos puedan continuar con su labor que además se incrementaba incesantemente al pasar los meses. De allí surge la interrogante de entender la relevancia que es contar con una adecuada gestión y un aprendizaje organizacional de los colaboradores con el fin de poder adaptarse rápidamente a los cambios o sucesos inesperados.

Es necesario mencionar que el presente trabajo tenía como meta encontrar una relación entre la gestión hospitalaria y el aprendizaje organizacional del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Se encontró una correlación negativa moderada de  $-.604$  según el estadístico de Rho Spearman, lo que nos indicaría que, a mayor nivel de Gestión Hospitalaria, el aprendizaje organizacional sería más deficiente. Cabe destacar que ambas variables son altamente complejas, por lo que pueden existir otros factores intervinientes en el proceso. Los resultados obtenidos difieren de otros estudios realizados por Mayta C. (2019) donde se evaluó la gestión hospitalaria y las contrareferencias, aunque cabe mencionar que su trabajo sólo se trabajó con el personal médico. Reynaga S. (2020) también hizo un estudio de la gestión hospitalaria y la calidad de servicio, encontrando una relación de tipo causal, pero también la muestra difiere con la nuestra, dado que laboró con los pacientes. Cabe mencionar que para concretar un trabajo en un nosocomio es necesario ver el trabajo de forma integral, tanto de los que brindan el servicio en todos sus aspectos y quién recibe dicho servicio.

En el caso del primer objetivo específico, donde se evaluó la gestión hospitalaria y su relación con la orientación del aprendizaje, evidenciándose el coeficiente de correlación igual  $-.533$ , lo que indicaría una correlación negativa moderada. Diversos estudios realizados para la orientación del aprendizaje refieren la intervención de factores motivacionales como el deseo, esfuerzo y compromiso que se tenga con lo que se haga, tanto en el ámbito cognitivo, metacognitivo o conductual.<sup>47</sup>

En el caso del segundo objetivo específicos, se evaluó la gestión hospitalaria y su relación con el conocimiento compartido, se evidenció el coeficiente de correlación igual  $-0,504$ , lo que indicaría una correlación negativa moderada. En estudios realizados con el conocimiento compartido se hace énfasis en la interrelación interorganizacional de los individuos, logrando desarrollar ventajas competitivas como el intercambio de información, el fortalecimiento de la investigación, el desarrollo del saber cómo y la transferencia de conocimiento. <sup>48</sup>

Otras investigaciones realizan análisis de la gestión del conocimiento como enfoque donde es considerado como activo, cuya información, conocimiento y experiencia sustenta para mejorar su desempeño competitivo, por ende, los resultados y toda la gestión del conocimiento en sí. <sup>49</sup>

En el caso del tercer objetivo específica se trabajó con la gestión hospitalaria y su relación con la retención/ recuperación del conocimiento, en este caso no encontramos ninguna relación. Si bien es cierto, esta última variable es muy conceptual, sin embargo, tiene un rol valioso en el conocimiento que mantiene y luego duplica según la necesidad. Rojas (2020), estudió la memorización que incluyó a la retención y comprensión, donde se destacó la importancia que juega la memorización en el proceso teórico de enseñanza – aprendizaje. <sup>50</sup> Y por ende también favorecerá obtener un aprendizaje individual y colectivo si lo relacionamos con la organización.

## VI.CONCLUSIONES

**Primera:** Para la hipótesis general el coeficiente de correlación de Spearman de las variables gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional es  $-.604$  demostrando la existencia de relación negativa moderada entre las variables, además en la tabla N°21 el valor de sig. 0.00, es inferior a 0.05 por lo cual se opta por rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, demostraría que existe una relación estadísticamente significativa con el aprendizaje organizacional en el personal del Hospital Aurelio Díaz y Peral.

**Segunda:** Para la primera hipótesis específica el coeficiente de correlación de Spearman de las variables gestión hospitalaria y orientación al aprendizaje es  $-.533$  demostrando la existencia de relación negativa moderada entre las variables, además en la tabla N°22 el valor de sig. 0.00, es inferior a 0.05 por lo cual se opta por rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, demostraría que existe una relación estadísticamente significativa con la orientación al aprendizaje en el personal del Hospital Aurelio Díaz y Peral.

**Tercera:** Para la segunda hipótesis específica el coeficiente de correlación de Spearman de las variables gestión hospitalaria y conocimiento compartido es  $-.504$  demostrando la existencia de relación negativa moderada entre las variables, además en la tabla N°23 el valor de sig. 0.00, es inferior a 0.05 por lo cual se opta por rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, demostraría que existe una relación estadísticamente significativa con el conocimiento compartido en el personal del Hospital Aurelio Díaz y Peral.

**Cuarta:** No existe relación entre las variables de gestión hospitalaria y retención/recuperación del conocimiento, ya que su valor de sig. Es de 0.118, mayor a 0.05 por lo cual se opta por aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna.

## VII.RECOMENDACIONES

**Primero:** Se recomienda al departamento de recursos humanos, evaluar los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación para optimizar procesos, a través de variadas estrategias y actividades que permiten un adecuado desempeño en cuanto al aprendizaje de los colaboradores.

**Segundo:** A los investigadores, se les sugiere fomentar mayor estudio en el aprendizaje organizacional para optimizar las propuestas mediante investigaciones con varios criterios que permitan tener una mayor gama de alternativas.

**Tercero:** A los investigadores, se les recomienda hacer una comparación entre instituciones hospitalarias del seguro de salud y evaluar si se encuentra como patrón o es un caso aislado.

**Cuarto:** A los investigadores, se les recomienda hacer comparación entre instituciones hospitalarias, debido a la variabilidad de servicios entre los diversos sectores de salud en el país y sus características de segmentación y fraccionamiento en el servicio de salud.

## REFERENCIAS

1. Organización por excelencia de Salud: Gestión Hospitalaria. 2020. [citado el 10 de Setiembre del 2020].  
Disponible en: <https://oes.org.co/gestion-hospitalaria/>
2. OMS: Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). 2020 [citado el 10 de Setiembre del 2020].  
Disponible en: [https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjw4\\_H6BRALEiwAvgfzq1ukZVVT3EL9t3PJPkh1co7FgZH59BXecrdt0kN\\_-5D5R2yO7fT91BoC2mkQAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjw4_H6BRALEiwAvgfzq1ukZVVT3EL9t3PJPkh1co7FgZH59BXecrdt0kN_-5D5R2yO7fT91BoC2mkQAvD_BwE)
3. Gestión: Coronavirus: Hospital construido en Wuhan en solo 10 días ya recibe sus primeros pacientes.  
Actualizado el 04/02/2020 [citado el 10 de Setiembre del 2020].  
Disponible en: <https://gestion.pe/mundo/coronavirus-china-huoshenshan-el-hospital-construido-en-wuhan-en-solo-10-dias-ya-recibe-a-sus-primeros-pacientes-fotos-nndc-noticia/?ref=gesr>
4. López M, Covid-19: ¿La experiencia China es extrapolable? (2020). Gaceta médica. [Citado el 10 de Setiembre del 2020].  
Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/covid-19-la-experiencia-china-es-extrapolable/>
5. Naciones Unidas: La experiencia de España frente al coronavirus, lecciones para otros países. Actualizado el 08/20/2020, [Citado el 10 de Setiembre del 2020].  
Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/04/1472622>
6. BBC News Mundo: Coronavirus en Italia – “La sala de emergencia se está derrumbando”: La dramática situación que deben enfrentar los médicos que atienden a pacientes con covid-19 en el país europeo. Actualizado 19/03/2020. [Citado el 10 de Setiembre del 2020].  
Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51919561>
7. RTVE: Coronavirus. El mapa mundial del coronavirus: Más de 32.4 millones de casos y más de 985.000 muertos en todo el mundo. (2020) [Citado el 10 de Setiembre del 2020].  
Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20200912/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>



8. Ministerio de Salud: Sala situacional Covid-19 Perú. (2020) [Citado el 10 de Setiembre del 2020].  
Disponible en: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
9. Gestión: Perú lucha contra el tiempo para ganar la mano hospitalaria al COVID-19. [Citado el 10 de Setiembre del 2020].  
Disponible en: <https://gestion.pe/peru/coronavirus-peru-lucha-contra-el-tiempo-para-ganar-la-mano-hospitalaria-al-covid-19-uci-noticia/>
10. Arefin, M.S., Hoque, M.R. and Rasul, T. (2020), "Organizational learning culture and business intelligence systems of health-care organizations in an emerging economy", *Journal of Knowledge Management*, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. <https://doi.org/10.1108/JKM-09-2019-0517>
11. Lyman B, Jacobs JD, Hammond EL, Gunn MM. Organizational learning in hospitals: A realist review. *J Adv Nurs*. 2019 Nov;75(11):2352-2377. doi: 10.1111/jan.14091. Epub 2019 Jul 10. PMID: 31162704.
12. Zhang M, Zheng K, Shen Y, Lin Z, Li Z. [Hospital Networked Medical Equipment Safety Management]. *Zhongguo Yi Liao Qi Xie Za Zhi*. 2018 Jul 30;42(4):303-304. Chinese. doi: 10.3969/j.issn.1671-7104.2018.04.021. PMID: 30112902.
13. Joo JY, Liu MF. Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. *Int Nurs Rev*. 2017 Jun;64(2):296-308. doi: 10.1111/inr.12335. Epub 2016 Nov 11. PMID: 27861853.
14. Angulo, R. (2017). Gestión del conocimiento y aprendizaje organizacional: una visión integral. *Informes Psicológicos*, 17(1), pp. 53-70  
<http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n1a03>
15. Reynaga S. (2020). "Gestión hospitalaria en la calidad de servicio del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2019". (Tesis de Maestría). Lima: Universidad Cesar Vallejo. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/43437>

16. Mayta C. (2019). "Gestión hospitalaria y el sistema de referencias y contrarreferencias en el Hospital II Angamos Essalud– Lima, 2018". (Tesis de Maestría). Lima: Universidad Cesar Vallejo.
17. Navarro L, Gambeta R (2018). "Gestión Hospitalaria y Calidad de los Registros de las Historias Clínicas del Servicio de Odontología en ESSALUD de la Región Tacna, año 2018. (Tesis de Maestría). Universidad Cesar Vallejo.
- 
- Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/3474>
18. Muñoz L. (2017). "Cultura organizacional y el aprendizaje organizacional en los docentes de la RED 3, RIMAC. 2017". (Tesis de Maestría). Lima: Universidad Cesar Vallejo. Disponible en:  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/14514/Mu%c3%b1oz\\_LSF.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/14514/Mu%c3%b1oz_LSF.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
19. Bravo M. (2016). "Relación de la Gestión Hospitalaria y la Satisfacción de los pacientes que acuden al servicio de Consultorio Externo del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, Provincia de Alto Amazonas –Loreto, Enero – agosto 2016". (Tesis de Maestría). Universidad Cesar Vallejo.  
Disponible en:  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/30527/bravo\\_mp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/30527/bravo_mp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. Agüero T (2016), "Administración hospitalaria y abastecimiento según la perspectiva de los trabajadores del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima, 2016" (Tesis de Maestría). Universidad Cesar Vallejo.  
Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/8297>
21. Von Bertalanffy L. (1969). General system theory; foundations, development, applications. New York: G. Braziller

22. Arnold-Cathalifaud, M. (2008). Las Organizaciones desde la Teoría de los Sistemas Sociopoiéticos. *Cinta de Moebio*, (32), 90–108. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2008000200002>; Fonseca, V. S. D., & Da, C. L. S. M. (2003). Reflexiones en torno a tres enfoques de la estrategia en las organizaciones: selección estratégica, enfoque cognoscitivo y enfoque institucional. *Academia. Revista Latinoamericana de Administración*, (30), 35–56.)
23. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. (L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson, Eds.). Washington (DC): National Academies Press (US). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
24. Peralta, E. (2016). Teoría general de los sistemas aplicada a modelos de gestión. *Aglala*, 7(1), 122–145. <https://doi.org/10.22519/22157360.901>
25. Vallejos Ragas, Raúl; Vilcahuaman, Jhonny Modelos de atención de salud en el Perú. Contextos e influencias. *Revista Estomatológica Herediana*, vol. 23, núm. 1, enero-marzo, 2013, pp. 44-49 Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima, Perú- <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539374009>
26. (BEVERIDGE, W.: Seguro social y servicios afines. Informe de Lord Beveridge, trad. Carmen López Alonso, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1989, apartado 409, pág. 259- *Revista de Derecho de la Seguridad Social. LABORUM*).
27. Wallace, L. S. (2013). A View of Health Care Around the World. *Annals of Family Medicine*, 11(1), 84. <https://doi.org/10.1370/afm.1484>
28. Fuchs, V. R. (1991). National Health Insurance Revisited. *Health Affairs*, 10(4), 7–17. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.10.4.7>
29. Singh, H. (2017). *Essentials of Management for Healthcare Professionals*. Taylor & Francis

30. Linnander, E. L., Mantopoulos, J. M., Allen, N., Nembhard, I. M., & Bradley, E. H. (2017). Professionalizing Healthcare Management: A Descriptive Case Study. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(10), 555–560. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.40>
31. Jiménez Paneque Rosa E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2004 Mar [citado 2021 Ene 05]; 30( 1 ).  
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es).
32. Gu, X., & Itoh, K. (2016). Performance indicators: healthcare professionals' views. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(7), 801–815. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-12-2015-0142>
33. Pepper, S. (2011). Definición de gestión por procesos. *Medwave*, 11(05). <https://doi.org/10.5867/medwave.2011.05.5032>
34. Manrique, J. (2014). Gestión del Talento Humano en Servicios de Salud. Atención sanitaria presentado en Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. Recuperado de <https://es.slideshare.net/jorgemanriquechavez/clase-08-gestin-del-talento-humano-en-servicios-de-salud>.
35. Manyazewal, T. (2017). Using the World Health Organization
36. Múgica, C. (2003). Liderazgo en la gestión. *Revista del Hospital General "La Quebrada"*, 2(1), 30–35.
37. Oré Cárdenas, A. (2017). Gestión y desempeño en un Hospital de Essalud, Cañete, Lima, 2017. Repositorio de la Universidad del Pacífico - UP. Recuperado de <http://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/1968>
38. Armijo, M. (2009). Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público. ILPES/CERPAL. Recuperado de [https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual\\_planificacion\\_estrategica.pdf](https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_estrategica.pdf)
39. Guillermo Miguel Ramírez Alonso Universidad: Vladimir Ilich Lenin de Las Tunas, Cuba- Centro: Centro de Estudios de Dirección
40. Ahumada, F. (2001). Teoría y cambio en las organizaciones. Editorial de Valparaíso.

41. Fiol, C., y Lyles, M. (1985). Organizational learning. Academy of Management review.
42. J. Muntané "Introducción a la Investigación Básica". Relat. Liver Reserach Unit, Hospital Universitario Reina Sofía. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades hepáticas y digestivas (CIBEREH o Coberehd). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto MAimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. Jun 2010.
43. Hernandez, Fernandez y Baptista. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. Mexico. 2001.
44. Capítulo 9: Diseño de estudios transversales Virginia H. Sánchez Hernández, <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1721&sectionid=115929954>
45. Universidad César Vallejo (2017). Resolución de consejo universitario N°0126-2017/UCV
46. D. Castañeda (2015), Condiciones para el aprendizaje organizacional. Elsevier España, S. Pontificia Universidad Javeriana, Carrera 7 # 40-42, Bogotá, Colombia. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2014.09.003>
47. Suárez Riveiro, José Manuel; Anaya Nieto, Daniel; Fernández Suárez, Ana Patricia (2006). Referentes para la orientación del aprendizaje desde la perspectiva del aprendizaje autoregulado. Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, vol. 17, núm. 1, pp. 19-32. Asociación Española de Orientación y Psicopedagogía Madrid, España
48. Esguerra GA. Liderazgo y conocimiento compartido en contextos interorganizacionales. Rev. fac. cien. econ. [Internet]. 6 de diciembre de 2016 [citado 5 de enero de 2021];25(1):151-60. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rfce/article/view/1768>

49. Pérez Rodríguez Y, Coutín Domínguez A . La gestión del conocimiento: un nuevo enfoque en la gestión empresarial . Acimed 2005;13(6).

Disponible

en: [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13\\_6\\_05/aci04605.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_6_05/aci04605.htm) Consultado:  
día/mes/año.

50. J. Rojas (2020). La Memorización: Puente Cognitivo entre la Retención y la Comprensión. Rev. Int. Investig. Cienc. Soc. [online]. 2020, vol.16, n.1, pp.77-94.

Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2226-40002020000100077&lng=es&nrm=iso](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2226-40002020000100077&lng=es&nrm=iso). ISSN 2226  
4000. <http://dx.doi.org/10.18004/riics.2020.junio.77-94>.

## ANEXOS

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO: “Gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú. 2021”**

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p><b>Problema general:</b></p> <p>“¿Qué relación existe entre la gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral?”</p> <p><b>Problemas específicos:</b></p> <p>a) ¿Qué relación existe entre la gestión hospitalaria con la orientación del aprendizaje?</p> <p>b) ¿Qué relación existe entre la gestión hospitalaria con el conocimiento compartido?</p> <p>C) ¿Qué relación existe entre la gestión hospitalaria con la retención/recuperación?</p>	<p><u>1.- Objetivo General.</u></p> <p>Establecer la relación entre la gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral en el entorno del COVID-19 del Lima-Perú, 2020</p> <p><u>2.- Objetivo Específico.</u></p> <p>a) Analizar la relación de la gestión hospitalaria con la orientación del aprendizaje.</p> <p>b) Analizar la relación de la gestión hospitalaria con el conocimiento compartido.</p> <p>c) Analizar la relación de la gestión hospitalaria con la retención y recuperación del conocimiento.</p>	<p><u>1.- Hipótesis General</u></p> <p>Existe relación significativa entre la gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional</p> <p><u>2.- Hipótesis Específicas:</u></p> <p>a) Existe relación significativa entre la gestión hospitalaria y la orientación del aprendizaje del personal HADUYP</p> <p>b) Existe relación significativa entre la gestión hospitalaria y el conocimiento compartido del personal HADUYP</p> <p>c) Existe relación significativa entre la gestión hospitalaria y la retención y recuperación del conocimiento del personal HADUYP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestión hospitalaria</li>   <li>▪ Aprendizaje organizacional</li> </ul>	<p><u>Enfoque:</u></p> <p>Cuantitativo.</p> <p><u>Tipo de Investigación</u></p> <p>No experimental,</p> <p><u>Diseño:</u></p> <p>Descriptivo correlacional</p> <p>Transversal</p> <p><u>Técnicas:</u></p> <p>Encuestas:</p> <p><u>Instrumentos:</u></p> <p>Desempeño de la Gestión hospitalaria.</p> <p>Encuesta de aprendizaje organizacional</p>	<p><u>Población:</u></p> <p>Personal del HADUYP.</p> <p><u>Muestreo:</u></p> <p>No probabilístico Censal</p> <p><u>Muestra:</u></p> <p>50 participantes.</p>

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO: “Gestión hospitalaria y aprendizaje organizacional del personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú. 2021”**

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS		ESTADÍSTICA
<p><u>Enfoque:</u> Cuantitativo.</p> <p><u>Tipo de Investigación</u> No experimental,</p> <p><u>Diseño:</u> Descriptivo correlacional Transversal</p>	<p><u>Población:</u> Personal del HADUYP.</p> <p><u>Muestreo:</u> No probabilístico Censal</p> <p><u>Muestra:</u> 50 participantes.</p>	<p><u>1.- Gestión hospitalaria:</u> Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario con escala de actitudes LIKERT de acuerdo a la siguiente Escala de valoración: Escala Likert: Totalmente en Desacuerdo (1), En Desacuerdo (2), Neutral (3), De Acuerdo (4), Totalmente De Acuerdo (5). Ficha técnica: Autor del instrumento: Andrés Ore Cárdenas (2017) Administración: Individual, una sola vez en determinado momento. Objetivo del instrumento: Determinar la percepción del profesional sobre el nivel de gestión hospitalaria de acuerdo a sus dimensiones.</p>	<p><u>2.- Aprendizaje organizacional</u> Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario con escala de actitudes LIKERT de acuerdo a la siguiente Escala de valoración: Escala Likert: Nunca (1) - Casi nunca(2)- Algunas veces(3)- Casi siempre(4) - Siempre(5) Ficha técnica: Autor: Slater, Narver, Nicolini, Jerez (1995) adecuado por Sahara Flor Muñoz Leiva Procedencia: Lima- Perú, 2016 Objetivo: Medir la percepción del aprendizaje organizacional Administración: Individual, colectivo Duración: Aproximadamente de 14 a 20 minutos.</p>	<p><u>Descriptiva:</u> Análisis descriptivo simple:  - Presentación en tablas de frecuencia y figuras  - Interpretación de los resultados.  - Conclusiones</p> <p><u>Estadístico inferencial</u> a. Test de prueba de normalidad de kolmogorov-smirnov. b. Spearman( no paramétrica) o Pearson( paramétrica)</p>



## MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM	ESCALAS DE VALORACIÓN	NIVEL Y RANGOS	TIPO DE VARIABLE
<b>Gestión Hospitalaria</b>	Ciencia y el arte de guiar a los recursos humanos y físicos de una organización hacia la satisfacción de las necesidades relacionadas a la salud y las expectativas de los pacientes.	Es la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud utilizando las herramientas de gestión de manera objetiva lo que permite una adecuada planeación, toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna	Gestión por procesos	Diseño de procesos Aseguramiento de la calidad control y mejora de los procesos Evaluación de la eficiencia de servicios Evaluación de eficacia de servicios Adecuación a las necesidades del paciente	31 – 37	TED (5) ED (4) N (3) DA (4) TDA(5)	Mala 37 - 86 Reg 87 a 136 Buena 137 a 185	ORDINAL
			Orientación al paciente y la salud pública	Atención de opiniones y sugerencias Atención de necesidades de los pacientes. Comunicación e información Comparación con otras instituciones Tendencia del sector salud	16-20			
			Factor Humano	Evaluación de desempeño laboral Desarrollo de potencial Entrenamiento de personal Capacitación y desarrollo Ambiente seguro	25-30			
			Liderazgo	Importancia del paciente Mejora del cuidado Dirección accesible Adaptación de estrategias Practicas éticas del sector Anticipación de la demanda Aceptación de comentarios	1-7			
			Planificación estratégica	Objetivos estratégicos Factores externos Factores internos Comunicación de objetivos Responsabilidad y mejora del desempeño Ética formal Mejora de servicios comunitarios	8-15			
			Información y análisis	Evaluación del desempeño ocupacional Evaluación integral Indicadores.	21-24			

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM	ESCALAS DE VALORACIÓN	NIVEL Y RANGOS	Tipo de variable
Aprendizaje Organizacional	Proceso que se necesita para emplear los saberes y la comprensión con la finalidad de obtener una mejor acción o respuesta	Se basa en el aprendizaje individual, independientemente del tipo o magnitud de la entidad que adquiere o crea conocimiento con el fin de adaptarse a las condiciones cambiantes de su entorno o transformarlo, dependiendo del nivel de desarrollo en que se encuentre la organización.	<p>Orientación al Aprendizaje</p> <p>Conocimiento Compartido</p> <p>Retención y recuperación del conocimiento</p>	<p>Compromiso de directivos y demás empleados</p> <p>Apertura y experimentación</p> <p>Capacidad de romper con perspectiva tradicionales</p> <p>Comunicación interna</p> <p>Trabajo en equipo</p> <p>Visión compartida</p> <p>Estructura organizacional</p> <p>Tecnologías de información</p>	<p>1 - 9</p> <p>10 – 19</p> <p>20-24</p>	<p>5. Siempre (S)</p> <p>4. Casi Siempre (CS)</p> <p>3. Algunas veces (AV)</p> <p>2. Casi nunca (CN)</p> <p>1. Nunca (N)</p>	<p>Deficiente 9 - 21</p> <p>Moderado 22 - 33</p> <p>Bueno 34 – 45</p> <p>Deficiente 10 - 23</p> <p>Moderado 24- 37</p> <p>Bueno 38 - 50</p> <p>Deficiente 5 - 12</p> <p>Moderado 13 - 18</p> <p>Bueno 19 - 25</p>	ORDINAL


## Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, Coronel Araujo Elizabeth, egresada de la Escuela de posgrado y Programa académico de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la Universidad César Vallejo sede San Juan de Lurigancho, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompaña al Trabajo de Investigación / Tesis titulado: “Gestión Hospitalaria y Aprendizaje Organizacional del Personal del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima-Perú. 2021” es de mi (nuestra) autoría, por lo tanto, declaro (declaramos) que el Trabajo de Investigación / Tesis:

1. No ha sido plagiado ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicado ni presentado anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

16 de Marzo, 2021.

Coronel Araujo, Elizabeth	
DNI: 47773231	Firma 
ORCID: 0000-0002-0477-5730	