

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
ESCUELA DE POSGRADO**



TRABAJO DE INVESTIGACION

**“EL LIDERAZGO, LA MOTIVACIÓN DE LOS TRABAJADORES Y
LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DEL
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES –2012”**

PRESENTADO POR:

MARIA ELENA CASTILLO FLORES

**PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN GERENCIA SOCIAL Y RECURSOS HUMANOS**

LIMA – PERU

2016

DEDICATORIA

*Como un gesto de enorme e invaluable
reconocimiento y gratitud a mis padres por la
educación y por ser mis guías permanentes.*

María Elena

AGRADECIMIENTOS

Guardo un particular agradecimiento a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega y al Sr. Vicerrector de Investigación y Posgrado Dr. Juan Carlos Córdova Palacios, a los Señores Docentes; así como al personal administrativo que de una u otra forma facilitaron el logro de mis estudios de la Maestría.

María Elena

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I:	
FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.1 Marco Histórico	10
1.2 Marco Teórico	12
1.2.1 Liderazgo	12
1.2.2 Motivación	41
1.2.3 Calidad	63
1.3 Investigaciones	98
1.4 Marco Conceptual	102
1.5 Marco Legal	106
CAPÍTULO II:	
EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES	110
2.1 Planteamiento del Problema	110
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	110
2.1.2 Antecedentes Teóricos	114
2.1.3 Definición del Problema	115
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	115
2.2.1 Finalidad	115
2.2.2 Objetivo General y Específicos	116
2.2.3 Delimitación del Estudio	116

2.3	Hipótesis y Variables	117
2.3.1	Supuestos teóricos	117
2.3.2	Hipótesis Principal y Específicas	118
2.3.3	Definición Operacional de Variables	119
CAPÍTULO III:		
MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS		120
3.1	Población y Muestra	120
3.2	Diseño a utilizar en el estudio	120
3.3	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	121
3.4	Procesamiento de Datos	121
CAPÍTULO IV:		
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		122
4.1	Presentación de Resultados	122
4.2	Contrastación de Hipótesis	136
4.3	Discusión de los Resultados	146
CAPÍTULO V:		
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		148
5.1	Conclusiones	148
5.2	Recomendaciones	151
BIBLIOGRAFÍA		153
ANEXOS		¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

El objetivo principal de este Trabajo de Investigación es sustentar de qué manera el Liderazgo está en relación con la Motivación de los Trabajadores y la Calidad en la Atención de los pacientes en el Hospital Sergio E. Bernales – 2012, ya que actualmente el estudio de la atención y la satisfacción de los pacientes en el Hospital, es un asunto de interés cada vez mayor en el ámbito de la administración de instituciones y empresas, que brinda el cuidado y atención de la salud de las personas.

Desde el punto de vista estructural, la investigación consta de cinco capítulos, las mismas que abarcaron desde: Fundamentos Teóricos de la Investigación; El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables; Método, Técnicas e Instrumentos; Presentación y Análisis de los Resultados, finalmente vemos Conclusiones y Recomendaciones, desde luego respaldado por una amplia Bibliografía de autores especialistas en esta temática, así como su correspondiente anexo.

Por otro lado, se utilizó, como parte del trabajo de campo, principalmente la técnica de la encuesta con su instrumento el cuestionario mediante preguntas, que fueron aplicadas a trabajadores y pacientes, con cuya información se trabajó todas las interpretaciones, y posteriormente las contrastaciones de hipótesis, para lo cual se utilizó la Escala Likert para medir la actitud de los trabajadores en cuanto a Liderazgo y Motivación, y el Modelo Servqual, para medir la calidad de la atención a los pacientes.

Finalmente, las conclusiones fueron obtenidas de cada una de las contrastaciones de hipótesis, comprobándose que el Liderazgo y la Motivación de los Trabajadores está en relación medianamente favorable y positiva con la Calidad de Atención de los pacientes del Hospital Sergio E. Bernales de Collique 2012 y posteriormente, se plantearon recomendaciones para superar las deficiencias encontradas, en cuanto a Liderazgo y Motivación, así como para potenciar e incrementar significativamente la calidad de la atención de los pacientes.

Palabra clave: Liderazgo, Motivación, Calidad

ABSTRACT

The main objective of this research work is to support how the leadership is related to the Motivation of Workers and the Quality of Care patients in the Hospital Sergio E. Bernales -2012, as currently studying the care and patient satisfaction in the Hospital, is a subject of growing interest in the field of administration of institutions and companies, providing care and health care of people.

From the structural point of view, research consists of five chapters, covering them from: Theoretical Foundations of Research; The Problem, Objectives, Assumptions and Variables; Methods, Techniques and Tools; Presentation and Analysis of Results, Conclusions and Recommendations finally see, of course supported by an extensive bibliography of authors specialists in this field and its corresponding annex.

On the other hand, was used as part of the fieldwork, mainly survey technique with his instrument the questionnaire with questions, which were applied to workers and patients, whose information all interpretations worked, and then to tests of hypothesis, for which the Likert Scale was used to measure the attitude of the workers regarding Leadership and Motivation, and Servqual model to measure the quality of care to patients.

Finally, conclusions were obtained from each to tests of hypotheses and found to Leadership and Motivation of Workers is fairly favorable and positive relationship with the Quality of Care of patients in the Hospital Sergio E. Bernales Collique 2012 and subsequently, recommendations were made to overcome the deficiencies in terms of Leadership and Motivation, and to enhance and significantly increase the quality of patient care.

Keyword: Leadership, Motivation, Quality

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los esfuerzos para mejorar la calidad en la atención en el campo de la salud se han enfocado a los conocimientos, habilidades del personal médico, a factores relacionados con los suministros y a la prestación de los servicios. Es importante además, desarrollar una adecuada gestión de la calidad de manera que el paciente no sea el único vinculado a la calidad del servicio, sino también el trabajador, estos tienen un peso importante a la hora de que el paciente perciba una buena calidad de la atención que brinda la organización; por tal razón es crucial que los directivos de estas instituciones sean capaces de atraer y motivar a la persona más adecuada, recompensarla, retenerla, formarla, y satisfacerla, puesto que un trabajador motivado por su trabajo debe brindar un servicio de calidad que satisfaga al paciente, demostrando amabilidad y buen ánimo.

En las instituciones de salud, específicamente en la actividad hospitalaria, existen insatisfacciones del personal que pueden influir en el nivel de desempeño individual y organizacional, lo que afecta la calidad del servicio que se brinda. Es por ello que se realiza esta investigación con el objetivo sustentar de qué manera el Liderazgo y la Motivación está en relación con la Calidad en la Atención de los pacientes en el Hospital Sergio E. Bernales –2012.

El presente trabajo de investigación se ha organizado en cinco capítulos:

Capítulo I: abarca a los Aspectos Teóricos y Conceptuales que fundamentan el estudio: marco histórico, marco teórico, investigaciones y marco conceptual.

Capítulo II: está orientado al problema, comprende: planteamiento del problema, finalidad y objetivos de la investigación, hipótesis y variables.

Capítulo III: comprende al método, técnica e instrumentos: población y muestra, diseño utilizado en el estudio, técnica e instrumentos de recolección de datos y procesamiento de datos.

Capítulo IV: está referido a la presentación de resultados, contrastación de hipótesis: los cuales dieron dirección al análisis de liderazgo, motivación y calidad de atención y finalmente discusión de resultados.

Capítulo V: está referido a las Conclusiones y Recomendaciones a los que se ha derivado durante el desarrollo de la investigación.

Finalmente, se adjunta la bibliografía consultada y los instrumentos suministrados como anexo.

CAPÍTULO I:

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Histórico

Entre los primeros días de diciembre de 1939 por medio de una R.S. N° 1870, se inició la construcción un anexo del Hospital del Niño ubicado en Collique distrito de Comas, gracias a la donación de la familia Álvarez Calderón con la colaboración de la Matrona Paquita Benavides de Benavides, esposa del Presidente de la República Oscar R. Benavides. Siendo inaugurado el 15 de agosto de 1940 con capacidad para 100 camas, construido especialmente para niños de ambos sexos con afecciones de tuberculosis.

La primera misa se ofició a cargo del Reverendo Padre Plácido de Santa Teresa y al día siguiente 28 pacientes procedentes del Hospital del Niño fueron hospitalizados, tomando así la denominación de Preventorio N° 1, posteriormente llamado Hospital de Collique.

Inauguración del Servicio de Emergencia

La Congregación Religiosa Carmelitas Hermanas Descalzas Misioneras, estuvo a cargo de la administración, teniendo como Superiora a la Madre Otilia de San Elías y Marina de la Inmaculada, Teodora de San José, Inocencia de Santa Teresita, siendo su primer Médico Residente el doctor Gregorio Durand Flores, luego por enfermedad se hizo cargo interinamente el doctor Luis Cano Gironda, seguidamente se nombró al doctor José Descalzo Venturo le siguió el doctor Carlos López Oré y luego el doctor Luis Ángel Morales. Por carecer del servicio quirúrgico, las intervenciones se realizaba en el Sanatorio N°1 del Hospital Bravo Chico, destacando los médicos Yolanda Guzmán Flórez, Pedro Arévalo, Jaime Aréstegui, Oscar Cano Chávez, Luis Vidarte Mora, llegando así el año 1970 construyéndose el Área Hospitalaria N° 7 teniendo como director al Dr. Arévalo Loayza, en ese año se creó el Departamento de Maternidad y Gineco Obstetricia a cargo de la Dra. Yolanda Guzmán Flórez, luego le siguen

Carrasco, Ricardo Peñaloza, Gustavo Gómez y los Técnicos Oscar Rodríguez Zagaceta, Román Asencios Camilo López, Gilio Murrieta, Paulino Silvestre, Magno Pasayo, Claudio Cano, Roberto Ayarza, Delmacio Ochoa.

Las instalaciones del Servicio de Emergencia del Hospital de Collique, fueron inauguradas por la señora Violeta Correa de Belaunde y el Vice Ministro de Salud Dr. Carlos Bazán Zender.

Debido a la explosión demográfica del cono norte de Lima, el Hospital se vio obligado a la ampliación de sus instalaciones y sus servicios para la mejor atención de pacientes, por ello fue declarado Hospital General (1970), trayendo consigo las diversas mejoras, Saneamiento Ambiental, pabellón del Cólera, Oficina de Personal, Auditorio del Programa de TBC, ampliación de RAYOS X, Dental, Planificación Familiar, Brevetes, ampliación de Gineco y odontología, tomografía axial computarizada, Traumatología, archivo central, Medicina Física y Rehabilitación, auditorio de medicina física, Residuos Sólidos, Banco de Sangre, SOAT, segundo piso de Emergencia.

Nuevo Nombre del Hospital de Collique

Muchos de los médicos que laboran en los diferentes Hospitales han sido discípulos del Dr. Sergio E. Bernales, como muestra de gratitud varias promociones llevan su nombre.

La Dra. Yolanda Guzmán Flórez fue gestora del nuevo nombre del Hospital de Collique, y mediante la Resolución Ministerial N° 214-84-SA, adquiere la denominación de HOSPITAL DE APOYO “SERGIO E. BERNALES”.

Personal médico que dirigió el destino como Directores del hoy Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Dr. Gregorio Durand; Dr. Ángel Descalzo; Dr. Carlos López Oré
Dr. Luis Morales; Dr. Artemio Loayza; Dr. Vargas Del Castillo; Dr. Raúl Loayza;
Dr. Manuel Arévalo; Dr. Rafael Horna; Dr. Carlos Rivas; Dra. Luz Domínguez;
Dr. Ricardo Peñaloza; Dr. Andrés Darg; Dr. Carlos Bocanegra Vergaray; Dr.

Luis Alcántara Oyola; Dr. Hallder Mori Ramírez; Dr. Carlos Del Águila Braithwaite; Dr. Saturnino Sáenz Loayza; Dr. Ramiro Morales; Dr. Pedro Wong Pujada; Dr. Magno Santillana Blossiers; Dr. Pablo Rivera Rivera; y Dr. Jaime Alfredo Arévalo Torres.

1.2 Marco Teórico

1.2.1 Liderazgo

Los conceptos y definiciones de liderazgo los presentamos de la siguiente manera:

“El liderazgo, tal como lo conocemos, nace directamente de la inteligencia, quizá también del poder y carisma personales, del deseo y del compromiso y de una voluntad de hacer cosas que los demás están dispuestos a hacer” (Drucker, 1997).

El liderazgo es el producto de la espiritualidad de una persona y, al mismo tiempo, es la capacidad que tiene para formular planes que tengan éxito, persuadir y motivar a otros para que dichos planes se lleven a cabo, a pesar de las dificultades y riesgos que se tenga que enfrentar.

Es un importante aspecto de la dirección. La capacidad para guiar, dirigir, orientar con efectividad, es uno de los requisitos básicos para ser un directivo efectivo, sin descuidar, claro está, todos los elementos de su rol administrativo, de tal manera que se pueda combinar los recursos humanos con los recursos materiales, de modo que tal esfuerzo facilite la obtención de los objetivos y de la organización.

Se define como influencia interpersonal. En la mayoría de los casos, se dice que es el proceso de influir sobre las personas de modo que éstas se esfuercen voluntariamente hacia el logro de las metas del grupo. El liderazgo es guiar, conducir, dirigir. En tal sentido el líder actúa para ayudar a su grupo a lograr sus objetivos, utilizando para ello sus capacidades al máximo. Toma un lugar frente al grupo y facilita su formación, evolución y desarrollo y, de este modo, hacen realidad las metas de la organización.

El líder es la persona que influye y dirige las actividades de otros en forma tal que determina su efectividad en el trabajo y su satisfacción. El líder se convierte en un medio para el grupo, ya que éste facilita hacer realidad sus deseos, aspiraciones, logros y la satisfacción de sus necesidades.

Se observa pues, que el liderazgo, la motivación y la satisfacción, están íntimamente relacionados. Por ello, identificar y comprender tales fenómenos permite al líder utilizar determinado estilo de liderazgo con posibilidades de éxito.

Los líderes, en virtud de su posición central dentro de un grupo, juegan roles muy importantes al determinar los objetivos, la ideología de la estructura colectiva, así como las actividades comunes de los subordinados. Esta relación es recíproca, puesto que la estructura, la situación y las tareas del grupo determinan la emergencia y las funciones del líder.

A medida que un grupo se va haciendo más amplio y se adquieren más funciones y objetivos secundarios, se desarrolla una jerarquía en el liderazgo. En la cúspide de esta jerarquía, se encuentran los líderes primarios y luego aparecen capas sucesivas de líderes secundarios y terciarios, etc. La evolución de esta jerarquía supone una delegación o extensión del mando.

En algunas situaciones especiales, es necesaria la presencia de líderes, ya que sin ellos el grupo no podría obtener sus objetivos o estaría a merced de agentes externos capaces de poner en peligro la existencia y desarrollo del grupo. En tales casos, sin líderes nadie se pondría de acuerdo acerca de las tácticas a utilizar para enfrentar los riesgos o para lograr el objetivo propuesto. Al llegar a este punto, se termina considerando a uno de los miembros del grupo como un medio para alcanzar el objetivo, debido a que reúne las condiciones personales suficientes para tal efecto.

El grado de dificultad de la tarea, la intensidad, el peligro, influirán no solo en la elección del líder, sino también en la distribución del mando; por ejemplo, en una situación crítica existe una concentración del poder.

Las amenazas internas o externas dan una gran oportunidad para la emergencia de líderes. Las fuerzas que entran en conflicto entre varios subgrupos se unifican, los líderes de subgrupo son desplazados por el líder supremo.

Como se puede observar, el liderazgo va surgiendo como producto de un proceso, en el que interviene una serie de factores y que del predominio de uno de ellos dependerá el sello característico que lo distinga.

EL LÍDER

Cruchaga, M. (2004) arquitecto y experto en liderazgo, señala que la palabra líder proviene del término inglés leader. “En realidad, leader tiene una aceptación más amplia que la palabra traducida al español”.

Los temimos en español que se asemejan más a to lead conductor, son conducir y encabezar. Lo importante de esta expresión es que nace como un sustantivo, leader (líder), y luego se convierte en un verbo, to lead (liderar). Encabezar existe como verbo, pero no como sustantivo. Conducir si tiene un sustantivo: Conducto.

Incluso, la palabra conducir puede implicar un acto de fuerza, lo cual no corresponde a liderar. Para Cruchaga, conducir no tiene implícita la calidad de la acción.

“El líder debe lograr las metas de productividad señaladas por la dirección a través de personas que a su vez esperan satisfacer plenamente sus propias necesidades” (Soto, 2003)

“Pero el líder autentico, cuando completa su misión sabe que el único secreto fue la dedicación absoluta, el trabajo esforzado. Sabe que nada llegó de regalo, que todo fue conquistado con sacrificio. El líder esta poseído por una visión que se transforma en pasión disciplinada y esa posición es el fuego que lo mueve a trabajar sin contar las horas” (Sánchez, 2003)

FUNCIONES DE LOS LÍDERES

Las funciones específicas de los líderes varían de importancia de acuerdo con el grupo que dirigen.

- a) **EL LÍDER COMO EJECUTIVO.** Una de las funciones más importantes de todo líder es la coordinación de las actividades de grupo, sea o no el artífice de los objetivos del grupo, lo cierto es que se ve obligado a asumir el rol de supervisor en las tareas que conducen a la consecución de dichos objetivos.

No quiere decir esto que el líder ejecuta las tareas encomendadas al grupo. Por el contrario, es él quien asigna dichas tareas a los demás. A veces, el líder carece de la habilidad suficiente para esta delegación de autoridad y de funciones, y entonces él mismo realiza parte de las tareas del grupo. Por un lado, se convierte en un “házme todo” del grupo y, por otro lado, impide que sus subordinados participen y colaboren de una manera eficaz.

- b) **EL LÍDER COMO ORGANIZADOR.** El líder precisa y define los métodos a utilizar por el grupo. Quiere decir que el líder toma a su cargo tanto la determinación de las fases inmediatas como las más alejadas, en cuanto a la consecución de un objetivo.

- c) **EL LÍDER COMO ESTRATEGA.** La estructuración de los objetivos y de las tácticas del grupo constituye otra de las funciones vitales de un líder. Los objetivos y las tácticas surgen de las siguientes fuentes:

Desde “arriba”, es decir, son formuladas por las autoridades que se encuentran por encima del grupo. Los líderes inferiores son consultados con frecuencia para establecer los objetivos de los subgrupos.

Desde “abajo”, es decir, cuando se refiere a la decisión del grupo como un todo. En este sentido el líder tiene que asumir la dirección de las instrucciones, de modo que se encontraría ya implicado en la estructura de las tácticas a seguir.

El líder mismo, cuando tiene cierta autonomía:

- a) **EL LÍDER COMO EXPERTO.** El líder es con frecuencia una fuente de informaciones y habilidades. Si se enfrenta a situaciones que exigen una

gran especialización, entonces el líder tiende a asesorarse con frecuencia de ciertas personas que poseen conocimientos técnicos precisos.

- b) **EL LÍDER COMO REPRESENTANTE EXTERNO DEL GRUPO.** El líder asume el rol de representante de su grupo, ya que no es posible que todos los miembros de un grupo establezcan contacto directo con otros grupos. De este modo, el líder se convierte en el portavoz del grupo y es quien registra y controla todas las comunicaciones dirigidas hacia o desde afuera.
- c) **EL LÍDER COMO CONTROL DE LAS RELACIONES INTERNAS.** Se refiere a que el líder determina ciertos detalles específicos de la estructura del grupo. Existen grupos en los cuales el líder canaliza todas las relaciones internas; en otros grupos, el líder se encuentra distanciado de casi todos los miembros, excepto de unos pocos. Sin embargo, hay grupos en los cuales el líder es uno de los miembros que lo constituyen.
- d) **EL LÍDER COMO FUENTE DE RECOMPENSAS Y CASTIGOS.** El líder es quien determina los incentivos o los castigos. En este sentido, las recompensas y castigos tienen que ver con el rol de un individuo dentro de un grupo. Ese rol es propio de un líder.
- e) **EL LÍDER COMO ÁRBITRO Y MEDIADOR.** En este caso, la tarea del líder es conciliar a aquellos miembros que se encuentran en situación de conflicto interpersonal. Sin embargo, dependiendo de los objetivos que el líder proponga, puede reforzar o aumentar las distenciones entre los miembros de un grupo.
- f) **EL LÍDER COMO EJEMPLO.** En algunos tipos, el líder actúa como un modelo de conducta y como tal indica cómo deben comportarse los miembros del grupo.

- g) **EL LÍDER COMO SÍMBOLO DEL GRUPO.** El líder se esfuerza por hacer del grupo una entidad distinguible; se convierte en un foco cognoscitivo de la unidad del grupo. Es un símbolo de unidad.
- h) **EL LÍDER COMO IDEÓLOGO.** En algunas circunstancias, el líder tiene que ejecutar una serie de funciones como el de transmitir una ideología al grupo y convertirse así en una fuente de sus creencias, valores, normas. Es decir, por ejemplo, que la ideología del grupo es el reflejo del pensamiento de su líder.

Cada líder desempeña su rol de una manera distinta, es decir, existen muchos estilos y características de liderazgo, los mismos que son refrendados por un conjunto de teorías que presentamos más adelante.¹

CARACTERÍSTICAS DEL LÍDER

Un líder se forma para dirigir, enseñar, luchar, sacrificarse y lograr el objetivo propuesto en beneficio de sus semejantes. Un líder actúa con desprendimiento, realismo, serenidad e inteligencia. También actúa con fe, decisión, estrategia, visión de futuro, equidad, honestidad y humildad.

“Un líder siempre está presente cuando es el momento oportuno para iniciar algo, detenerse, incluso retroceder” (Espinoza, 1999)

Sabe valorar a su equipo, los aprecia y cuida, nunca los envía al sacrificio estéril. Un verdadero líder no emplea la soberbia, el sarcasmo. Al contrario, convierte sus palabras y sus actos en testimonio que sirve para la emulación del equipo, logrando que ellos se sientan cómodos bajo su liderazgo. La soberbia es familia de la mediocridad, de la incapacidad e inseguridad.

Las características de todo líder exitoso de excelencia son las siguientes:

1. Tiene gran capacidad de cambio y adaptación
2. Acepta y desafía sus limitaciones

¹ Sánchez, J. (2003) El Líder del Siglo XXI. Colombia. Edit. Unilit.

3. Hace que las cosas sucedan y no espera
4. Domina su neurosis
5. Se conquista y decide ser él mismo.
6. Expresa adecuadamente sus emociones
7. Tiene capacidad de solicitar lo que desea
8. Se caracteriza por lograr en forma omnidireccional la intimidad
9. Se estima y auto respeta
10. Es un ser en búsqueda permanente de su realización.

Por lo tanto, se busca siempre un líder que reúna requisitos como:

1. Que busque siempre resultados, que para él triunfar no es lo más importante.
2. Que sea un comunicador que motive y entusiasme y cuya vida irradie dinamismo positivo.
3. Que sea congruente con lo que piensa, dice y hace.
4. Que sea creativo por naturaleza y descubridor permanente de problemas.
5. Que su trabajo sea de excelencia, sembrando ambiciones y visualizando lo que sus seguidores pueden llegar a ser.
6. Que sea un aprendiz por excelencia; aprenda permanentemente y se deje enseñar del éxito y del fracaso, así como del humilde y de sí mismo.
7. Que eduque a sus seguidores y los transforme en seres extraordinarios.
8. Que sea optimista obsesivo; que tenga una actitud positiva ante el fracaso, pues éste es un comienzo, un trampolín de esperanza para alcanzar el éxito.

9. Que siendo un soldado incorregible y un idealista, se fije un compromiso y comprometa a sus seguidores con el sueño.
10. Que sea un ser histórico que trascienda a su tiempo y cuyas causas sean la justicia, la libertad.

ESTILOS DEL LIDERAZGO

Teniendo en cuenta que la estructura social influye en el tipo de líder, también podemos constatar que un líder puede asumir, en diversas ocasiones, distintos estilos de conducción de grupos, dependiendo de quien toma las decisiones. De este modo podemos hablar de un líder.

AUTORITARIO: Cuando la toma de decisiones se centra en el líder

DEMOCRÁTICO: Cuando las decisiones emanan del grupo.

ANÁRQUICO: Cuando el individuo no decide con uniformidad, sus decisiones son caóticas, desordenadas.

Tal vez, ésta ha sido la categorización más tradicional que sobre los tipos de líderes se han escrito. El eterno dilema del líder es: cuando comportarse según uno de estos estilos: cuando ser “bueno” y cuando ser “fuerte”, es decir: en qué momento aplicar la “mano dura” y cuando la “mano blanda”

De lo anterior, se deriva que el líder gana y retiene su papel de líder únicamente si ante sus seguidores tiene la potencialidad de cubrir algunas de las siguientes situaciones o las tres a la vez:

- Satisface necesidades
- Resuelve problemas
- Transforma, da un significado existencial.

LÍDER TRANSFORMADOR

- a) El líder transformador saca a relucir lo mejor de los demás.
- b) Es perceptivo, ayudando a los demás a que se comprendan a sí mismos.
- c) Fomenta la honradez genuina y la sensibilidad con los demás

d) En la sociedad asume la responsabilidad personal con los demás.

LÍDER PERSONAL Y SOCIAL

El líder personal está basado en su ego y el social se preocupa por los demás².

Hoy existen distintas maneras de caracterizar los tipos de líderes.

Algunos establecen una tipología a partir de las características o condiciones personales de quien ejerce el liderazgo. Así tenemos:

a) EL LÍDER PULPO

Es el caudillo

El que hace y sabe todo

El que se hace imprescindible

El que cree que los demás miembros del grupo no saben, que son ignorantes.

b) EL LÍDER ARAÑA

Es el activista

El que hace gestiones y trámites, papeles y juicios. Se limita a hacer obras, pero no promueve organización. Cuando sale, todo se viene abajo.

c) EL LÍDER TORTUGA

Es el pasivo

El que no tiene iniciativa. Trabaja solo cuando el grupo le exige o lo cuestiona.

d) EL LÍDER MUERTO

Es el que no tiene vida

El que no se mueve

Que no convoca a reuniones, el que no hace nada por su grupo o comunidad.

² Espinoza, M.J. (1999) Líderes del Tercer Milenio. Lima. Edit. Edías.

e) EL LÍDER ZORRO

Es el aprovechador

Es el que utiliza su cargo para fines económicos y políticos. El que trabaja solo para figurar.

f) EL LÍDER ABEJA

Es el democrático

El que pone su cargo al servicio de su comunidad

Promueve la participación de todos

Valora y respeta nuevos líderes

Asume responsabilidades y da cuenta a los pobladores.³

TEORÍAS DEL LIDERAZGO

Durante los últimos años, el liderazgo ha sido objeto de un estudio minucioso. Los científicos de la conducta han tratado de analizar y definir la naturaleza del liderazgo de los gerentes prácticos. Hoy en día, las publicaciones exponen una serie de teorías y de definiciones y, con todo, aún se desconocen muchos aspectos relacionados con este tema.

Existe una serie de interrogantes sobre el liderazgo, unas centradas en averiguar acerca de los rasgos que tienen en común los líderes y que no tienen otras personas; y otras centradas en averiguar qué tipos de conducta de liderazgo son más eficaces que otras, etc. Tal situación ha dado origen a varias teorías que exponemos a continuación:

a). Teoría de los rasgos

Las primeras investigaciones se interesaron por averiguar y determinar los rasgos o características que distinguen a los líderes de éxito y los

³ Granados, B. (1999) La Expresión Humana en Grupo. Lima. Publicaciones Propuesta.

fracasados. Tal preocupación se observa desde fines de la primera Guerra Mundial hasta después de la Segunda.

Los resultados de los primeros estudios fueron poco concluyentes, aunque los posteriores mejoraron, como es el caso de Ghiselli, quien tuvo cuidado en la elección de los rasgos, en la validez del método de medición y en las inferencias respectivas, demostrando cierta seriedad en su estudio. Sin embargo, los estudios realizados no han logrado formular una lista universal de los rasgos de liderazgo. Precisiones al respecto las exponemos en antecedentes de la investigación.

b). Teoría de la contingencia o situacional

Desde hace más de 27 años, los investigadores han estado desarrollando estudios sobre varios aspectos de esta teoría. Sobre la base de sus trabajos, se ha demostrado que los estilos de liderazgo son eficaces cuando se relacionan con una variedad de factores, incluyendo el tipo de trabajo que desarrolla el líder, el tamaño del grupo y el grado en que se requiere la cooperación de los miembros del grupo.

Cuando se consideran combinadamente estos estudios, ofrecen pruebas importantes de que el método de la contingencia o situacional es una forma muy realista de examinar el liderazgo. Sin embargo, es preciso recalcar que la teoría orientada a favor de la contingencia tiene que identificar tanto las variables críticas específicas de la situación que se está analizando como la relación entre ellas, los rasgos de liderazgo y las conductas.

Dentro de esta teoría general encontramos teorías específicas que a continuación se exponen:

Teoría de la situación de Fiedler:

A principios de 1951, Fiedler comenzó a desarrollar una investigación sobre la relación entre el rendimiento organizacional y las actitudes del líder.

Este investigador se sentía interesado en determinar si los líderes que ejercían una discriminación menor para evaluar a sus asociados, tenían

mayores o menores probabilidades de lograr grupos eficientes de alta producción que sus compañeros que tenían mayores exigencias o que ejercían cierta discriminación al evaluar sus subordinados.

Para mediar estas actitudes, Fiedler desarrolló la escala “el compañero de trabajo menos deseado” (LPC) que mide el grado de indulgencia con que el líder evalúa incluso al colaborador menos deseado. A la persona que contesta el cuestionario se le pide que piense en el individuo con quien puede trabajar menos bien. Esta persona no es necesariamente un compañero actual de trabajo, sino que puede ser alguien con quien haya colaborado en el pasado. No obstante dicha persona debe ser aquella con quien el participante haya tenido las mayores dificultades para llevar a cabo un trabajo.

Sin embargo, los resultados del estudio originaron resultados ambiguos y conflictivos a este respecto. Fiedler y sus asociados proporcionaron, entonces, la hipótesis de que el tipo “correcto” de conducta del líder dependía de si la situación del grupo era o no favorable para él. Las dimensiones de situación que dan origen a esta circunstancia son:

- Relaciones líder-miembro: Se refieren a la calidad de las relaciones entre el líder y el grupo. Estas relaciones se miden por aspectos tales como lo bien que el individuo sea aceptado y se le tenga confianza, y lo cálida y amistosa que sea la relación que pueda tener con los miembros.
- Estructura de la tarea: Se refiere al grado al que la tarea se programa o explica por medio de procedimientos establecidos. Se mide por aspectos tales como: el grado de claridad con que se enuncian las metas, el número de soluciones que es factible utilizar para alcanzar cada uno de los objetivos, y el grado en el que la corrección de la solución o la decisión se puede corroborar apelando a la autoridad, a procedimientos lógicos o a una retro alimentación.
- Poder de posición: Se refiere al grado al que la posición misma le permite al líder lograr que los miembros se adhieran a él y acepten su

dirección y liderazgo. Se puede medir el poder de posición a través de la autoridad para recomendar castigos y recompensas, afectar las promociones, e indicar o dirigir a los miembros respecto a lo que deben decir.

Como resultado de la investigación, Fiedler afirma que el estilo de liderazgo apropiado para maximizar el desempeño de grupo se basa en lo favorable de la situación grupo-tarea. Cuando la situación es muy favorable o muy poco favorable, será apropiado para tener un líder orientado al trabajo. Sin embargo, cuando las dimensiones se mezclan y la situación es moderadamente favorable, entonces es más conveniente contar con un líder orientado a las relaciones.

La teoría de Fiedler proporciona datos reveladores e interesantes sobre el campo del liderazgo. Sin embargo, ha sido objeto de críticas. Por ejemplo, Graen refuta el uso que hace Fiedler de las mismas investigaciones terminadas, tanto para remodelar sus descubrimientos como para respaldarlos. Otros estudios objetan que en lugar de corroborar su teoría con nuevos estudios, Fiedler la conforma para ajustarla a resultados ya conocidos. Asimismo, no hay un acuerdo total sobre la validez del cuestionado LPC como instrumento de medición. Por otro lado la crítica lanzada al modelo es que no explica la forma en que lo favorable de la situación afecta la relación entre la conducta y el desempeño del subordinado.

Como se puede precisar, la teoría de la situación del liderazgo contiene desventajas y fallas. Sin embargo, en el aspecto positivo, muchos consideran que suministra la mejor descripción existente del proceso de liderazgo. En el aspecto negativo, es probable que Fiedler en realidad no poseyera una teoría en el verdadero sentido de la palabra, ya que una teoría sugiere explicaciones sobre porque ocurren ciertos fenómenos y postula la causa de los mismos.

Entonces, en el caso de Fiedler, porque el mismo trabajo sobre el estilo de liderazgo funciona igualmente bien en las situaciones favorables y en las

desfavorables. Fiedler no ha contestado a esta interrogante, con la suficiente amplitud.

LA CONTEXTUALIZACIÓN

Es una forma de comunicación que da forma al significado. Es una manera en que los líderes influyen en cómo ven y entienden los demás acontecimientos. Incluye seleccionar uno o más aspectos de un tema mientras se excluyen otros. La contextualización tiene importancia especial para un aspecto de liderazgo ignorado por las teorías tradicionales: la capacidad que tiene el líder para inspirar a otros a fin de que actúen más allá de sus intereses personales inmediatos.

Existen dos teorías contemporáneas de liderazgo con un tema común: considerar a los líderes como individuos que inspiran a sus seguidores por medio de las palabras, ideas y comportamientos. Estas teorías son las de los liderazgos carismático y transformacional.

Es importante la contextualización para el líder ya que va a influir en la manera cómo ve y entiende los demás acontecimientos y como desarrollar la capacidad para inspirar a otros, más allá de sus interés personales inmediatos.

LIDERAZGO CARISMÁTICO

¿Qué es el liderazgo carismático?

Max Weber sociólogo alemán fue el primer académico que analizó el liderazgo carismático hace más de un siglo definió el carisma (de la palabra griega que significa “regalo”) como “cierta cualidad de la personalidad de un individuo, por virtud de la cual él o ella permanecen aparte de la gente común y son tratados como si fueran seres súper naturales, súper humanos o al menos, poderes específicos excepcionales.

Estos no son accesibles a las personas comunes, pero son vistos como si fueran de origen divino o ejemplares y sobre la base de ellos, el individuo al que se le asigna es tratado como líder.”.

El primer investigador que considero el liderazgo carismático en términos de comportamiento organizacional (CO), fue Robert House. De acuerdo con la teoría del liderazgo carismático de House los seguidores hacen atribuciones de actitudes heroicas o extraordinarias para el liderazgo. Ha habido cierto número de estudios que tratan de identificar las características del líder carismático: Tienen visión, están dispuestos a correr riesgos personales para lograr esa visión, son sensibles a las necesidades de los seguidores y tienen comportamiento fuera de lo normal.

CARACTERÍSTICAS CLAVE DE LOS LÍDERES CARISMÁTICOS

- 1) Visión y Articulación. Tienen una visión expresada como meta idealizada que propone un futuro mejor que el status quo; y es capaz de aclarar la importancia de la visión en términos comprensibles para otros.
- 2) Riesgo personal. Esta dispuesto a correr riesgos personales a incurrir en costos altos y aceptar el auto sacrificio para lograr la visión.
- 3) Sensibilidad a las necesidades de los seguidores. Es perceptivo de los aptitudes de los demás y responde a sus necesidades y sentimientos.
- 4) Comportamiento no convencional. Adopta comportamientos que son percibidos como algo novedoso y que va contra las normas.

Es evidente que el liderazgo carismático existe y se manifiesta en personas excepcionales que inspiran a los seguidores hacia el logro de metas y objetivos que busquen alcanzar la visión con conductas novedosas e irreverentes.

¿Los Líderes Carismáticos Nacen o se Hacen?

Las respuestas a las dos preguntas es: **sí**.

Es verdad que los individuos nacen con características que los hacen carismáticos. En realidad hay estudios de gemelos idénticos que revelan que tienen calificaciones similares en mediciones de liderazgo carismáticas, aun si se criaron en hogares diferentes y nunca se

conocieron. Las investigaciones sugieren que la personalidad también se relaciona con el liderazgo carismático pues los líderes de este tipo son extrovertidos, confían en sí mismos y están orientados al logro. Considere al cofundador de CNN (Cable News Network), Ted Turner al hablar de si dice que es “una luna llena que opaca a todas las estrellas de su alrededor” y “si tuviera humildad sería perfecto”. Aunque no todas las líderes carismáticas son tan claras y coloridas como Turner, la mayoría tiene una naturaleza alegre, interesante y dinámica.

Aunque una minoría piensa que el carisma se hereda y por tanto no puede aprenderse, la mayoría de los expertos creen que también es posible capacitar a los individuos para que tengan comportamiento carismático y así disfruten de los beneficios que tiene el que se les consideren “líderes carismáticos”.

Después de todo el que heredemos ciertas tendencias no significa que no podamos aprender a cambiar.

Un grupo de autores proponen que una persona aprende a ser carismática con un proceso de tres etapas. En primer lugar un individuo necesita desarrollar el aura del carisma al verse optimista; usar la pasión como catalizador para generar entusiasmo y comunicarse con todo el cuerpo no solo con palabras. En segundo lugar, un individuo atrae a los demás al crear una atmosfera que los inspira a seguirlos. Y en tercer lugar, el individuo saca el potencial de sus seguidores apelando a sus emociones.

Este enfoque de tres etapas parece funcionar como lo evidencian investigadores que han tenido éxito en hacer que estudiantes de licenciatura en administración “actúen “con carisma.

En consecuencia el carisma puede ser hereditaria, viene con los genes del individuo; pero también puede desarrollarse y practicarse para tener mayores probabilidades de tener éxito en su desempeño y por tanto en la organización que se lidera.

En estos tiempos se tienen ejemplos excepcionales de liderazgo carismático, como el evidenciado permanentemente por el Papa Juan Pablo II, que con su personalidad logro llevar la iglesia católica hacia su fe y creencia, convocando a millones de personas que fueron y son sus fieles seguidores. Tenemos también otros líderes carismáticos como Ted Turner que mantiene la delantera en CNN, pero en el mundo existen ciento de miles y millones de individuos con estas virtudes excepcionales que les facilitan tener conductas y comportamientos excelsos en pro de las organizaciones y la sociedad.

De acuerdo con Robbins (2009) ¿el liderazgo carismático eficaz depende de la situación?

Hay un cuerpo creciente de investigaciones que muestran correlaciones impresionantes entre el liderazgo carismático, el alto rendimiento y la satisfacción de sus seguidores. Las personas que laboran para líderes carismáticos están motivadas para hacer un esfuerzo mayor en el trabajo y debido a que su líder les agrada y lo respetan expresan una satisfacción más grande. También parece que las organizaciones con CEOs (CHIEF EXECUTIVE OFFICER) carismáticos son más rentables y los profesores universitarios con carisma obtienen evaluaciones más altas por sus clases. Sin embargo hay evidencias numerosas que indican que el carisma no siempre es generalizable; es decir su eficacia depende de la situación.

El carisma parece tener más éxito cuando la tarea de los seguidores tiene un componente ideológico o cuando el ambiente involucra un grado alto de tensión o incertidumbre. Esto tal vez explica que los líderes carismáticos surjan en la política, religión, tiempos de guerra o cuando una empresa comienza a enfrentar una crisis que amenaza su supervivencia.

Por ejemplo hacia 1930 Franklin D. Roosevelt ofreció una visión para sacar a los estadounidenses de la Gran Depresión. A principios de la década de 1970, cuando Chrysler Corp, enfrentaba la quiebra necesitaba un líder carismático con ideas no convencionales como Lee Iacoca, para que reinventara la compañía. En 1997 cuando Apple Computer estaba en

descenso y carecía de dirección el consejo persuadió a su carismático cofundador Steve Jobs de que regresara como CEO, interino e inspirara a la empresa para que regresara a sus raíces innovadoras.

Es obvio que en el mundo empresarial y político, existen seres humanos que caen dentro de los conceptos de líderes carismáticos que inspiraron o supieron generar confianza y seguridad en sus pueblos para sobre llevar una crisis o para apalancar organizaciones en quiebra o rutinarias.

De acuerdo a Robbins (2009), existe un lado oscuro del liderazgo carismático.

Los líderes carismáticos en los negocios como Jack Welch, de General Electric; Herb Kelleher, Southwest Airlines, Michael Eisner, de Disney y Carly Fiorina; de HP; se han vuelto celebridades no menores que Shaquille O'Neal o Madonna.

Todas esas compañías querían tener un líder carismático y para atraer a esa clase de personas les dieron autonomía y recursos sin precedentes. Tenían Jets privados a su disposición penhouse de 30 millones de dólares, prestamos libres de intereses para su compañía y beneficios similares a los de la realeza. Un estudio mostro que los CEOs carismáticos eran capaces de utilizar su carisma para apalancar salarios más altos aun cuando su desempeño fueran mediocre.

Desafortunadamente, los líderes carismáticos que piensan que la vida no los merece no necesariamente actúan al mejor interés de sus organizaciones. Muchos de ellos usan su poder para transformar a sus compañías a su imagen y semejanza. Es frecuente que borren por completo la frontera que separa su interés personal con los de la empresa. En el peor de los casos, los peligros de ese carisma impulsado por el ego son los líderes que permiten que sus intereses y metas personales se impongan a las de la organización. Intolerantes ante las críticas, se rodean de personas que solo dicen sí, que reciben recompensas por agradarles y crean un clima en que la gente tiene miedo de cuestionar o desafiar al "rey" o "reina" cuando piensan que están cometiendo un error. Los

resultados en compañías como Enron, World Com y Healthsouth, fueron líderes que usaron sin miramientos los recursos de la organización para su beneficio personal y ejecutivos que violaron leyes y cruzaron límites éticos para generar números financieros que inflaron en forma temporal los precios de las acciones y permitieron a los líderes ganar millones de dólares al convertir en efectivo sus opciones sobre acciones.

Lo antes descrito revela que en todas las organizaciones sean públicas o privadas los sistemas de control, deben encontrarse en permanente vigilancia y monitoreo de logro de las metas y objetivos; sino que además de seguir atentamente cualquier violación a las leyes, normas, códigos de ética o las buenas costumbres de esas organizaciones para cerrar el paso e impedir que los egos de líder carismáticos traicionen los verdaderos fines y visión de esas organizaciones.

LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL

La mayor parte de las teorías presentadas se refieren a los líderes transformacionales y líderes transaccionales.

Los líderes transformacionales inspiran a quienes les siguen para que trasciendan sus intereses propios por el bien de la organización y son capaces de tener en ellos un efecto profundo y extraordinario.

Algunos ejemplos de líderes transformacionales son Andrea Jung de Avon; Richard Bronson, Virgin Group y Jim Mc Nermey de Boing.

Ellos atienden las preocupaciones y necesidades de desarrollo de sus seguidores individuales, cambian la visión de estos respecto de problemas viejos al ayudarlos a que los vean en una forma nueva, y son capaces de emocionar, atraer e inspirar a quienes dirigen para que hagan un esfuerzo adicional a fin de lograr las metas del grupo.

Las características de los líderes transaccionales y transformacionales

Líder transaccional.

- Recompensa Contingente: consiste en el intercambio de recompensas por esfuerzos y los premios por el buen desempeño, reconoce logros.
- Administración por excepción (activa): observa y busca desviaciones de las reglas y estándares, emprende acciones correctivas.
- Administración por excepción (pasiva): interviene solo si los estándares no se cumplen
- Dejar hacer: abdica de sus responsabilidades, evita tomar decisiones

Líder Transformacional

- Influencia idealizada: proporciona visión y sentido de la misión, transmite orgullo, gana respeto y confianza.
- Motivación inspiradora: comunica expectativas grandes, usa símbolos para centrarse en los esfuerzos, expresa propósitos importantes en forma sencilla.
- Estimulación intelectual: promueve inteligencia racional y solución cuidadosa de los problemas
- Consideración individualizada: concede atención personal trata a cada empleado en forma individual, dirige, asesora.

Los liderazgos transaccional y transformacional no deben considerarse enfoques opuestos para lograr que las cosas se hagan, sino que se complementan el uno al otro pero eso no significa que tengan la misma importancia.

El liderazgo transformacional se construye sobre el transaccional y produce niveles de esfuerzo y desempeño de los seguidores que van más allá de los que habría con el solo enfoque transaccional. Pero lo contrario no es cierto, por lo que si usted es un buen líder transaccional pero carece de cualidades transformacionales, lo más seguro es que solo sea líder mediocre. Los líderes mejores son transaccionales y transformacionales y ello da como resultado un esfuerzo adicional de los trabajadores, más productividad, moral y satisfacción más alta, eficacia organizacional mayor, menor rotación, menos ausentismo y más adaptabilidad de la organización.

Como se aprecia se hace necesario e imperioso que las organizaciones no solo se desarrolle el liderazgo vía capacitación, sino que resulta vital generar liderazgo transaccional y transformacional.

Liderazgo transformacional versus liderazgo carismático. El estudioso más responsable de introducir el liderazgo carismático al comportamiento organizacional (CO), Robert House, los considera sinónimos, y califica a las diferencias de “modestas” y “menores”. Sin embargo el individuo que primero investigo el liderazgo transformacional, Bernard Bass, considera que el carisma es parte de este y plantea que el liderazgo transformacional es más amplio que el carismático, lo que sugiere que este rasgo transformacional es más amplio que el carismático, lo que sugiere que este, por sí solo, es insuficiente para “que ocurra el fracaso transformacional”.

Otro investigador comento que “el líder” carismático puro tal vez quiere que sus seguidores adopten la visión del mundo del carismático y no vayan más allá; el líder transformacional tratara de inyectar en sus seguidores la capacidad de cuestionar no solo los puntos de vista establecidos, sino a la larga los que establece el líder” . Aunque muchos investigadores piensan que el liderazgo transformacional es más amplio que el carismático, los estudios demuestran que en realidad un líder muy transformacional también tienes mucha carisma. Por tanto, las mediciones del liderazgo por carisma y transformacional son, en la práctica, casi equivalentes.

Los estudios han revelado que tanto el liderazgo carismático, como en transformacional son importantes y deben desarrollarse, no constante en la practica la diferencia entre ambos es casi equivalente e inadvertida.

Según Robbins (2009), el Liderazgo Autentico: la ética y la confianza son el fundamento del liderazgo.

Si bien las teorías de los liderazgos carismáticos y transformacionales han aumentado mucha muestra comprensión De lo que es eficaz al dirigir, no tratan en forma explícita el rol de la ética y la confianza, algunos entre

estudiosos plantean que es esencial la inclusión de la ética y la confianza para tener el panorama completo del liderazgo eficaz.

¿Qué es el liderazgo auténtico?

Los líderes auténticos saben quiénes son los que crean y valoran y o actúan abiertamente y de buena fe con base a esos valores y creencias.

Sus seguidores los consideran por temas éticas, por tanto la primera cualidad que produce el liderazgo auténtico es la confianza. ¿Cómo la construye el líder auténtico? Los líderes auténticos comparten información, estimulan la comunicación abierta y sigue sus ideales. El resultado: la gente tiene fe en los líderes auténticos.

Douglas R. Conant, director general de Campbell Soup, no es un CEO común y corriente. Su estilo es sin duda de bajo perfil, cuando se le pregunta sobre el gran desempeño de Campbell Soup, musita: “estamos acercándonos a nuestro objetivo un poco más (que nuestros colegas)”. Por lo general o admite sus errores y es frecuente que diga: “lo puedo hacer mejor”, el de Conant, parece ser un buen ejemplo de liderazgo auténtico.

En consecuencia lo expresado nos lleva a pensar y creemos que es una forma prometedora de meditar acerca de la ética y la confianza en el liderazgo porque se centra en la moral de ser un líder. Pensamos que en ocasiones los líderes transformacionales o carismáticos tienen una intención y la comunican de manera persuasiva, pero en pocos casos la visión está equivocada (caso Hitler) o al líder le preocupan una de sus necesidades o placeres propias, como paso con los líderes de negocio Jett Skilling (es CEO de ENRON).

LA ÉTICA Y EL LIDERAZGO

Es sorprendente que el tema de la ética y el liderazgo haya recibido tan poca atención. Sólo hasta hace poco los investigadores de la ética y del

liderazgo empezaron a considerar las implicaciones éticas al respecto. ¿Porque hasta ahora? Una razón es el interés general creciente que hay en la ética en el campo de la administración. Otra razón tal vez sea el descubrimiento que han hecho los biógrafos de que muchos de nuestros líderes del pasado –como Martin Luther King. Jr., Jhon F. Kennedy y Thomas Jefferson – cometieron faltas de ética. Algunas compañías, como Boeing, incluso ligan la compensación de los ejecutivos con la ética para reforzar la idea de que “no existe contradicción entre hacer las cosas correctas y el desempeño “en palabras del CEO de Boeing, Jim McNerney.

La ética toca al liderazgo en varios aspectos. Por ejemplo, los líderes transformacionales han sido descritos por una autoridad como personas que aprecian la virtud moral cuando intentan cambiar las actitudes y comportamiento de sus seguidores. Así mismo, el carisma tiene un componente ético, pues los líderes faltos de ellas tal vez utilizan su carisma para aumentar su poder sobre sus seguidores, para dirigirlos hacia sus fines personales. Se considera que los líderes éticos usan su carisma en forma socialmente constructiva para servir a otros. También está el tema del abuso del poder por parte de los líderes, por ejemplo cuando se asignan salarios enormes, bonos y opciones sobre acciones, mientras que buscan disminuir costos mediante el despido de empleados de mucha antigüedad debido a que son los altos ejecutivos quienes dan el tono moral de una organización, necesitan fijar estándares éticos elevados, demostrar estos con su propio comportamiento y estimular y recompensar la integridad de los demás.

Es necesario que la eficacia del liderazgo considere los medios que utiliza un líder para tratar de alcanzar sus metas, así como el contenido de estas. Recientemente los estudios han tratado de integrar el liderazgo ético y carismático al proponer la idea del **liderazgo carismático socializado** –el liderazgo que transmite valores centrados en los demás versus en sí mismo; por líderes que son modelos de conducta ética.

El liderazgo no está libre de valores. Antes de juzgar si un líder es eficaz se deben considerar tanto los medios que uso para alcanzar sus metas como un contenido moral de estas.

Podemos apreciar que la ética y el liderazgo son conceptos que se encuentran íntimamente vinculados y tenemos la obligación de aceptar líderes que están al servicio de los demás y no hacia sus fines personales (liderazgo carismático socializado).

LA CONFIANZA Y EL LIDERAZGO

La confianza es el principal atributo que se asocia con el liderazgo. Y cuando esta se pierde hay efectos adversos serios en el desempeño de un grupo. Como dijo un autor: “parte del trabajo de un líder ha sido y sigue siendo trabajar con los demás para detectar y resolver problemas, pero que los líderes tengan acceso al conocimiento y pensamiento creativo que necesitan para ello. Depende de que tanto confíen en ellos las personas. La confianza y la confiabilidad modulan el acceso del líder al conocimiento y la cooperación”.

Cuando los seguidores confían en el líder están dispuestos a ser vulnerables ante las acciones de este: confían en que no se abusara de sus derechos e intereses. Es improbable que las personas se fijen o sigan a alguien que perciben a alguien como deshonesto o que se aproveche de ellos.

Apreciamos que la confianza que los seguidores tienen del líder, es una situación que este se la ha ganado y saben que no los defraudara; de manera que cuando esta se pierda, se afectara la organización.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA CONFIANZA

Las investigaciones permiten plantear ciertos principios para entender mejor la creación tanto de confianza como de desconfianza.

LA DESCONFIANZA DESTRUYE LA CONFIANZA: Las personas que confían lo demuestran con el incremento de su apertura hacia los demás, revelan información relevante y expresan sus verdaderas intenciones. Quienes no confían no son recíprocos. Ocultan la información y actúan de manera oportunista para sacar ventaja de otros. Para defenderse contra la explotación repetida, la gente que confía es obligada a desconfiar. Unas cuantas personas desconfiadas envenenan a toda la organización.

LA CONFIANZA GENERA CONFIANZA: Del mismo modo en que la desconfianza destruye la confianza, demostrar que se confía en los demás tienden a aumentar la reciprocidad. Los líderes eficaces aumentan la confianza en incrementos pequeños y permiten que los demás respondan en consecuencia. Al ofrecer dosis pequeñas de confianza limitan el castigo o pérdida que ocurriría si se abusara de ellos.

LA CONFIANZA PUEDE VOLVERSE A GANAR: Una vez que se viola, la confianza se puede volver a ganar, pero solo en ciertas situaciones. Cuando se rompe la confianza de un individuo en otro debido a que la otra parte falló en hacer lo que se esperaba de ella, es posible restaurarla cuando el transgresor observa un patrón consistente de comportamiento digno de confianza, sin embargo cuando ocurre una decepción el mismo comportamiento que destruyó la confianza, esta nunca se recupera, aun si la persona decepcionada recibe disculpas, promesas o un patrón consistente de acciones para construir confianza.

LOS GRUPOS DE DESCONFIANZA SE DESTRUYEN: El corolario del principio anterior es cuando los miembros del grupo desconfían unos de otros, se repelen y separan. Persiguen sus propios intereses y no los del grupo. Los miembros de los grupos con desconfianza tienden a sospechar unos de otro, están en guardia constante contra la explotación y limitan su comunicación con el resto de grupo. Estas acciones tienden a debilitar y eventualmente destruir al grupo.

LA DESCONFIANZA POR LO GENERAL REDUCE LA PRODUCTIVIDAD: Si bien no puede decirse que la confianza necesariamente incremente la productividad, aunque por lo general si lo hace, la desconfianza casi siempre la reduce. La desconfianza centra la atención en las diferencias entre los intereses de los miembros del grupo, lo que hace difícil que la gente visualice metas comunes. Las personas responden con el ocultamiento de información y la búsqueda secreta de sus propios intereses. Cuando los empleados encuentran problemas evitan recurrir a los demás, pues temen que estos se aprovechen de ellos. Un clima de desconfianza estimula las formas disfuncionales del conflicto y retrasa la cooperación.

Hasta aquí se puede apreciar que una situación indispensable hay que desarrollar en la organización es la confianza. Que ella contribuye a generar un clima agradable que incrementa la productividad ya que permite que las personas visualicen metas comunes en la empresa en que laboran

¿QUE ES UN MENTOR?

- Es un empleado superior que asesora y apoya a un empleado con menos experiencia.
- ¿Por qué quería un líder ser mentor? Porque hay beneficios personales para él, como para la organización.
- Los protegidos son una fuente excelente para identificar problemas potenciales y además dan señales de alerta temprana.

Tal vez suponga que la función de mentor es importante, pero las investigaciones al respecto arrojan resultados desalentadores. Dos revisiones de amplio espectro sugieren que los beneficios son sobre todo psicológicos, más que tangibles. Con base en dichas revisiones, parece que los resultados objetivos de la función de mentor, en términos del éxito

en la carrera, (compensación, desempeño en el trabajo), son muy pequeños. Una de las revisiones concluyo que;" aunque no puede decirse que la función del mentor sea un concepto inútil para la carrera, tampoco es tan importante como los efectos principales de otras influencias para triunfar en esta, como los de la aptitud y personalidad. Tal vez se sienta bien tener un mentor, pero no parece que tenerlo, o incluso tener uno bueno que brinde tanto apoyo como consejos, sea importante para la propia carrera.

Algunos gerentes parecen reconocer los límites de la función de mentor. Cuando Scott Flanders se convirtió en CEO de Freedom Communications, dijo a sus gerentes que limitaran el tiempo que pasaban como mentores de sus equipos, Tom Mattia, gerente de Coca- Cola que revisa 90 por ciento de los informes directos, afirma que tiene que practicar "la función de mentor sobre la marcha"

Apreciamos que es importante disponer y capacitar a ciertos líderes como mentores porque de una u otra forma se contribuye en la formación de los trabajadores y además se puede conocer mejor el sentir de estos al estar en contacto y relación con el trabajador.

Se debe indicar además que siendo importante la mentoría, tampoco tiene el valor de esta influencia como la aptitud y la personalidad.

AUTOLIDERAZGO

¿Es posible que las personas se dirijan a sí mismas? cada vez más investigaciones sugieren que sí. Quienes proponen el autoliderazgo plantean que hay un conjunto de procesos por lo que los individuos controlan su propio comportamiento, y los líderes eficaces (o lo que sus defensores gustan de llamar superlíderes) ayudan a que sus seguidores se dirijan a sí mismas. Hacen esto con el desarrollo de la capacidad de liderazgo de los demás y fortalecimiento a quienes lo sigan para que ya no

necesiten depender de líderes formales en cuanto la dirección y motivación.

Las suposiciones tras el liderazgo de sí mismo son que las personas son responsables, capaces y pueden ejercer su iniciativa sin restricciones externas de jefes, reglas o regulaciones. Dado el apoyo adecuado, los individuos vigilan y controlan su propio comportamiento.

La importancia de liderazgo de uno mismo ha aumentado con la mayor popularidad de los equipos, pues lo que tienen poder y se auto dirigen requieren individuos que a su vez se auto dirijan. La administración no puede esperar personas que han pasado sus vidas organizacionales con un liderazgo centrado en el jefe, de pronto de ajusten a equipos autodirigidos. Por tanto, la capacitación para el liderazgo de uno mismo es un medio excelente de ayudar a que los empleados hagan la transición de la dependencia a la autonomía.

Para ser eficaz en el auto liderazgo es recomendable lo siguiente: (1) construya su propio organigrama mental horizontal, más que vertical (aunque las relaciones de autoridad verticales son importantes, es frecuente que los compañeros en quienes más confía y las personas con mayor influencia posibles sean sus iguales en el trabajo);(2) céntrese en la influencia y no en el control (haga sus trabajos con sus compañeros, no para ellos ni hacia ellos),y (3) no espere el momento adecuado para hacer algo; cree sus oportunidades en lugar de aceptarlas.

Esta concepción acerca del auto liderazgo, se constituye en una opción válida e indispensable en nuestros tiempos de cambios frecuentes y de superación, recordando que con la constitución de equipos, los que tienen poder y se auto dirigen, también requieren trabajadores que se auto dirigen. Una vía que ayuda es la capacitación para el liderazgo de uno mismo.

RETOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL LIDERAZGO

Un experto connotado en administración cuestiona el rol omnipotente que los académicos, gerentes profesionales y público en general dan al concepto de liderazgo Dice: Antiguamente la gente atribuía a Dios todos los acontecimientos que no comprendía.

¿Por qué se habrían perdido las cosechas? Dios, ¿Por qué murió alguien? Dios, ahora nuestra explicación para todo es el liderazgo. Hace la explicación que cuando una compañía triunfa, las personas necesitan a alguien a quien dar el crédito por lo ocurrido. Y ese es el CEO, de la compañía por lo general. De manera similar cuando una empresa tiene mal desempeño se requiere a alguien a quien culpar, y el CEO, también desempeña ese rol. Sin embargo, gran parte del éxito o fracaso de una organización se debe a factores ajenos a la influencia del liderazgo. En muchos casos, el triunfo y fracaso solo es cuestión de estar en el lugar correcto o incorrecto en cierto momento.

Se presentan dos puntos de vista que contradicen la creación tan extendida en la importancia del liderazgo. El primer argumento propone que este es más cuestión de apariencia que de realidad. Usted no tiene que ser un líder eficaz, siempre y cuando le parezca. El segundo argumento es un ataque directo al concepto de que cierto liderazgo siempre será eficaz sin importar la situación. Este argumento plantea que en muchas situaciones, son irrelevantes las acciones de los líderes, cualesquiera que ellos sean.

La situación antes descrita, nos hace recordar que cuando una compañía triunfa, se busca a quien atribuir, esta acción y cuando ella tiene mal desempeño se requiere culpar a alguien y ese es el CEO.

Los que contradicen la importancia de liderazgo argumentan que uno no tiene que ser un líder eficaz, siempre y cuando lo parezca y que en muchas ocasiones son irrelevantes las acciones de los líderes.

Recordemos que existen sustitutos y neutralizadores del liderazgo, como; característica de los empleados como su experiencia, capacitación,

orientación o indiferencia hacia las recompensas organizacionales y además las metas explícitas y formalizadas, reglas y procedimientos rápidos y grupos de trabajos cohesivos, entre otros aspectos.

El liderazgo en ciertas ocasiones contribuye mucho a explicar la productividad, el ausentismo, la relación, la satisfacción y el comportamiento del empleado, pero en otras aporta para alcanzar el fin⁴.

1.2.2 Motivación

Etimológicamente, motivación proviene del vocablo latino “moveré”, que significa mover. La motivación es pues, algo que mueve a las personas a llevar a cabo ciertas acciones.

Así podemos el termino motivación como todo aquello que da energía (causa acción), dirección y sostiene comportamientos humanos.

Para comprender el comportamiento humano es fundamental conocer la motivación humana.

La motivación es importante en la administración de personal por lo que se requiere conocerlos e identificarlos en una organización.

En general, motivación es el impulso que lleva a la persona a actuar de determinada manera, es decir que da origen a un comportamiento específico. Este impulso a la acción puede ser provocado por un estímulo externo, que proviene del ambiente, o generado internamente por procesos mentales del individuo.

En este aspecto la motivación se relaciona con el sistema de cognición del individuo. Cognición o conocimiento representa lo que las personas saben respecto de sí mismos y del ambiente que las rodea. El sistema cognitivo de cada persona incluye sus valores personales y está profundamente influido por su ambiente físico y social, su estructura fisiológica, los procesos fisiológicos, y sus necesidades y experiencias anteriores. En consecuencia,

⁴ Robbins S. y Judge, T. (2009) Comportamiento Organizacional. 13ª Edición. México. Pearson Education

todos los actos del individuo están guiados por su cognición por lo que siente, piensa y cree.

Robbins (2009) define motivación como la voluntad de ejercer altos niveles de esfuerzo hacia las metas organizacionales, condicionados por la capacidad del esfuerzo de satisfacer alguna necesidad individual.

Los elementos claves para este autor son: esfuerzos, metas organizacionales y las necesidades.

Certo (2009) concibe que la motivación, es el estado interior que hace que el individuo se comporte de una manera que la asegure el alcance de algún tipo de logro.

“La motivación me indica hacer algo porque resulta muy importante para mi hacerlo” (Herzberg, citado en Cave, Morales, Terzano, & Calfapietra, 2004).

Sobre la motivación en el trabajo, el autor Amaru (2009) expresa: “Es un estado psicológico de disposición, interés o voluntad de perseguir o realizar una tarea o meta.

Decir que una persona está motivada en el trabajo significa decir que presenta una disposición favorable o positiva para efectuar el trabajo.

Teoría de la Jerarquía de necesidades de Maslow

De acuerdo a Maslow (1954) el resorte interior de una persona está constituido por una serie de necesidades en orden jerárquico, que va desde lo material hasta lo espiritual.

Se identifican 5 niveles y cada uno de ellos se activa solamente cuando la necesidad del nivel inmediatamente inferior está razonablemente satisfecho, que son las siguientes:

- 1) **Fisiológicas**: Tienen que ver con las condiciones mínimas de subsistencia del hombre (alimento, vivienda, vestimenta, etc.).

Estas necesidades constituyen la primera prioridad del individuo y se encuentran relacionadas con su supervivencia. Dentro de éstas encontramos, entre otras, necesidades como las hemostasias (esfuerzo del organismo por mantener un estado normal y constante de riego sanguíneo), la alimentación, el saciar la sed, el mantenimiento de una temperatura corporal adecuada, también se encuentran necesidades de otro tipo como el sexo, la maternidad o las actividades completas.

- 2) **Seguridad**: Se relaciona con la tendencia a la conservación frente a situaciones de peligro. Conservación de su propiedad, de su empleo, etc.

Con su satisfacción se busca la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad.

Dentro de estas encontramos la necesidad de estabilidad, la de tener orden y la de tener protección, entre otras. Estas necesidades se relacionan con el temor de los individuos a perder el control de su vida y están íntimamente ligadas al miedo, miedo a lo desconocido.

- 3) **Pertenencia**: El hombre por naturaleza tiene la necesidad de relacionarse, de agruparse informalmente en las organizaciones.

Una vez satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad, la motivación se da por las necesidades sociales. Estas tienen relación con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él, entre otras.

- 4) **Estima**: A esta altura de la pirámide el individuo necesita algo más que ser miembro de un grupo, se hace necesario recibir reconocimiento de los demás en términos de respeto, status, prestigio, poder, etc.

También conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo radica en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado,

tener prestigio y destacar dentro de su grupo social, de igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo.

- 5) **Autorrealización**: Consiste en desarrollar al máximo el potencial de cada uno, se trata de una sensación auto superadora permanente, son ejemplo de ella autonomía, independencia, autocontrol.

También conocida como Auto-Superación, que se convierten en el ideal para cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo.

CUADRO DE JERARQUÍA DE NECESIDADES DE MASLOW



Las características del funcionamiento de esta teoría según Chiavenato (2011), son las siguientes:

1. Sólo las necesidades no satisfechas influyen en el comportamiento de las personas, aquella necesidad satisfecha no genera comportamiento alguno.
2. Las necesidades fisiológicas nacen con el hombre, el resto de las necesidades surgen con el transcurso del tiempo.
3. A medida que la persona logra controlar sus necesidades básicas aparecen gradualmente necesidades de autorrealización debido a que ello es una conquista individual.

4. Las necesidades más elevadas aparecen gradualmente, surgen en la medida en que las más bajas van siendo satisfechas. Pueden ser concomitantes pero las básicas predominan sobre las superiores.
5. Las necesidades básicas requieren para su satisfacción un ciclo motivacional relativamente corto en contraposición a las necesidades superiores que requieren un ciclo más largo.

Maslow separó estas cinco necesidades en órdenes altos y bajos. Las necesidades fisiológicas y de seguridad se describieron como de orden bajo, y la pertenencia, estima y autorrealización como necesidades de orden alto. La diferenciación entre órdenes se hizo según la premisa de que las necesidades de bajo orden se satisfacen internamente (dentro de la persona), y las necesidades de nivel alto se satisfacen de manera externa (por cosas como salario, contratos sindicales, antigüedad).

Las personas son motivadas por diversas necesidades ordenadas (jerarquizadas) de acuerdo con su importancia e influencia. El administrador, para motivar a alguien, necesita determinar en qué nivel se encuentra esa persona en la jerarquía de necesidades y concentrarse en satisfacer necesidades a ése o un nivel superior⁵.

El autor Gibson (2006) puntualiza que:

“Una forma en que los administradores pueden usar esta teoría es sugiriendo estrategias que la organización puede implementar para corregir las deficiencias en las necesidades”.

Teoría ERC Clayton Alderfer, Piramide ERC (Existencia, Afiliación y Crecimiento)

La Teoría E.R.C. expuesta por Alderfer, considera que los seres humanos tienen tres tipos básicos de necesidades: necesidades de existencia (E), que requieren la provisión de los requisitos materiales para la subsistencia del

⁵ Chiavenato, I. (2012). Administración de Recursos Humanos. Edit. Pearson

individuo y de la especie (abarcan las necesidades fisiológicas y de seguridad de la pirámide de Maslow); necesidades de relación (R), de mantener interacciones satisfactorias con otros, sentirse parte de un grupo y dar y recibir afecto (corresponde a las necesidades sociales y la parte de estima de las necesidades psicológicas de Maslow); y necesidades de Crecimiento (C), anhelo interior de desarrollo personal y de tener un alto concepto de sí mismo (equivalen las necesidades psicológicas de autoestima y a la autorrealización en el esquema Maslow).

Alderfer plantea que esas necesidades se ordenan desde las más concretas (de Existencia, que se satisfacen básicamente con incentivos materiales) hasta las menos concretas (de Crecimiento, cuya fuente de satisfacción es absolutamente intrínseca).

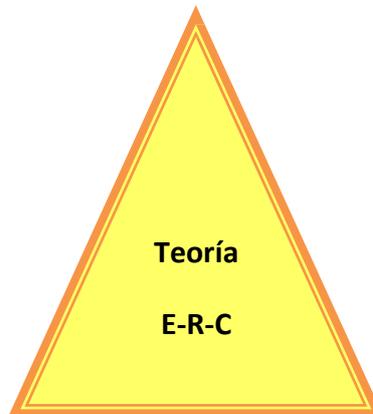
Aunque no hay una jerarquía rígida como la que establece Maslow, la energía que alimenta la conducta del individuo tiende a moverse, según Alderfer, desde las necesidades más concretas hacia menos concretas (E->R->C), dándose el fenómeno de la satisfacción-proyección (se satisface una necesidad y se pasa a otra menos concreta).

Sin embargo, Alderfer incluye en su modelo la posibilidad del fenómeno de la frustración-regresión, el cual ocurre cuando es bloqueada la satisfacción de una necesidad menos concreta (de relación, por ejemplo) y el individuo retorna con más énfasis a la satisfacción de una necesidad más concreta (de existencia, pongamos por caso).

Otros dos eventos completan los postulados básicos de la teoría ERC. Cuando un individuo ve frustrada la satisfacción de sus necesidades de existencia (las más concretas), se dedica con más ahínco a la satisfacción de otra necesidad de esa misma categoría. Finalmente, cuando un individuo satisface una necesidad de crecimiento, dirige su conducta a la satisfacción de otra necesidad de esa misma naturaleza.

DIAGRAMA E-R-C

E: Necesidades materiales, incentivos materiales



**R: Ser parte del grupo
Dar y recibir afecto.**

C: Desarrollo personal

La teoría ERC no representa solamente una forma distinta de agrupar las necesidades consideradas por Maslow, ya que se distingue de la teoría de este último en los siguientes aspectos:

- a) La teoría ERC no considera una estructura rígida de necesidades, en donde debe seguirse un orden correlativo para su satisfacción.
- b) En contraposición a Maslow, quien considera que las personas permanecen en un determinado nivel de necesidades hasta tanto sean satisfechas, esta teoría considera que si el individuo no logra satisfacer una necesidad de orden superior aparece una necesidad de orden inferior (frustración-regresión).
- c) Pueden operar al mismo tiempo varias necesidades.
- d) Variables tales como antecedentes familiares y ambiente cultural pueden alterar el orden de las necesidades, ejemplo de esta situación son

culturas como la japonesa que anteponen las necesidades sociales a las fisiológicas⁶.

De acuerdo con Bernal (2008) la diferencia que establece Alderfer frente al superior Modelo de jerarquía de necesidades de Maslow, adicionalmente a reducir la jerarquía de cinco necesidades a solo tres grupos, consiste en que, para el primer autor, la satisfacción de necesidades no debe si o si seguir una jerarquía, esto es, satisfacer primero algunas necesidades para que una vez satisfechas, se pasa a la satisfacción de necesidades de otro nivel.

Teoría de los dos Factores de Frederick Herzberg

Frederick Herzberg basa su teoría en el ambiente externo y en el trabajo de individuo (Enfoque orientado hacia el exterior).

La teoría bifactorial tuvo como sustento los estudios que Frederick desarrollo en empresas de Pittsburg, EEUU. La investigación consistía en la aplicación de un cuestionario a trabajadores profesionales, a quienes les planteo situaciones de trabajo muy buenas y muy malas.

Dicha investigación se detectó que las situaciones extremadamente favorables estaban vinculadas con factores motivadores (contenido de trabajo). Ej. Grado de responsabilidad, reconocimiento, posibilidad de progreso, etc.; mientras que las circunstancias excepcionalmente desfavorables estaban asociadas a factores higiénicos (entorno de trabajo). Ejemplo. Condiciones de trabajo, supervisión recibida, salario, etc.

En síntesis, para Chiavenato (2011) la teoría de los factores afirma que: la satisfacción en el trabajo es función del contenido o de las actividades desafiantes y estimulante del puesto: Estos son los llamados factores motivadores.

La satisfacción en el trabajo depende del ambiente, de la supervisión, de los

⁶ Bernal, C. (2008) Proceso Administrativo para las Organizaciones del siglo XXI. Pearson Educación.

colegas y del contexto general del puesto: Estos son los llamados factores higiénicos. Según Herzberg, cuando una persona está motivada por algo, entonces su trabajo se convierte en una fuente de satisfacción.

De otro modo, si su trabajo no le brinda la oportunidad de logro, entonces esta persona no tendrá motivación para trabajar y estará satisfecho, que es diferente de estar insatisfecha. Cuando esta persona encuentre que su trabajo presenta un entorno adverso, entonces su trabajo pasará a ser una fuente de insatisfacción, porque los factores higiénicos no están adecuadamente resueltos. Si estas condiciones de trabajo mejoran, entonces la persona se encontrará no insatisfecha que no es lo mismo, de estar satisfecha. (Robbins, 2005)

El comportamiento de las personas en la organización está en función de dos factores:

- a) Factores higiénicos: Condiciones físicas de trabajo, administración de la organización, salario, las relaciones interpersonales, beneficios y servicios sociales, etc.; estos se localizan en el ambiente que rodea al individuo y se refiere a las condiciones en las cuales desempeña su trabajo. Cuando son óptimos solo evitan la insatisfacción, cuando son precarios provocan la insatisfacción.
- b) Factores motivacionales: Trabajo en sí, realización personal, reconocimiento, progreso profesional, responsabilidad, etc.; están relacionados con el contenido del cargo con la naturaleza de las tareas que el individuo ejecuta, cuando son óptimos provocan la satisfacción, cuando son precarios la impiden.

El autor Álvarez (2003) precisa que los factores motivadores se da en una escala que va desde la no satisfacción a la satisfacción, y a los factores higiénicos, es una escala que va desde la insatisfacción a la no insatisfacción.

En contraste con estas percepciones negativas acerca de la naturaleza de los seres humanos Mc Gregor, listó las siguientes posiciones positivas que forman parte de la teoría y:

- La persona promedio puede aprender a aceptar y aun más a buscar responsabilidades.
- La gente ejercitara la autodirección y el auto control en su trabajo, si están comprometidos con sus objetivos que persigue la organización.
- Los trabajadores perciben su trabajo como algo natural, sinónimo de descansar o jugar.
- La habilidad de tomar decisiones innovadoras se halla ampliamente dispersa en toda la población y no necesariamente en propiedad exclusiva de aquellos que tienen puestos gerenciales.

Estas dos percepciones opuestas acerca del trabajador, tiene su correlato en el tipo de gestión que se ha de implementar en las organizaciones. Para Chiavenato (2006) desde la óptica de la teoría X se concibe a la gestión como la tarea de aplicar y controlar la energía humana en función a los objetivos organizacionales.

En tanto que, para la teoría Y, es un proceso de crear oportunidades, liberar potencialidades, remover obstáculos, impulsar el crecimiento. La gestión se basa en el autocontrol y en la autodirección. Propio de la teoría de las relaciones humanas.

Dos concepciones diferentes acerca de la naturaleza humana

TEORIA X	TEORIA Y
<ol style="list-style-type: none"> 1. Las personas son perezosas e indolentes. 2. Las personas rehúyen al trabajo. 3. Las personas evitan las responsabilidades para sentirse más seguras. 4. Las personas deben ser controladas y dirigidas. 5. Las personas son ingenuas y no tienen iniciativa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las personas se esfuerzan y gustan de trabajar. 2. El trabajo es una actividad tan natural como jugar o descansar. 3. Las personas buscan y aceptan responsabilidades y desafíos. 4. Las personas pueden auto motivarse y auto dirigirse. 5. Las personas son creativas y competentes.
<p>La teoría X propone un estilo de administración autocrático.</p>	<p>La teoría Y propone un estilo de administración democrático.</p>

Teoría De Las Necesidades Secundarias – David Mc Clelland

Es también conocida como teoría de las tres necesidades. El autor Mc Clelland (1961) plantea que una vez que el individuo ha logrado satisfacer sus necesidades básicas o primarias (equivalentes a las necesidades fisiológicas y de seguridad en la jerarquía de Maslow), la conducta del individuo pasa a estar dominada por tres tipos de necesidades: necesidades de afiliación (nAf), que implican el deseo de mantener relaciones interpersonales amistosas y cercanas; necesidades de logro (nLog), que incluyen el impulso de sobresalir, de alcanzar metas, de vencer obstáculos y tener éxito; y necesidades de poder (nPod), que implican el

deseo de ejercer influencia sobre individuos y situaciones para hacer que ocurran ciertas cosas que de otra forma no ocurrirían.

Las tres motivaciones o necesidades operan simultáneamente, pero en un determinado momento una de ellas domina sobre las demás y la conducta del individuo se organiza en la búsqueda de la satisfacción de esa necesidad.

La orientación hacia alguna de esas motivaciones es aprendida a través del contacto con agentes socializantes como la familia, la escuela, los medios de comunicación y otras organizaciones.

Mc Clelland (1961) estableció que los realizadores excepcionales (personas de extraordinario desempeño) se diferencian de los buenos realizadores (individuos de rendimiento satisfactorio solamente), porque tienen una altísima motivación al logro (más que por el nivel de conocimientos).

Los trabajadores motivados por el logro buscan trabajos donde las metas sean de riesgo moderado, donde tengan responsabilidad por los resultados y donde puedan tener retroalimentación sobre su desempeño.

Mc Clelland (1961) estableció que hay una relación históricamente comprobable entre la cantidad de personas motivadas por el logro y el grado de desarrollo de las naciones.

Finalmente, si una elevada motivación al logro es necesaria para tener ejecutantes excepcionales, para el ejercicio de la gerencia se necesita motivación para el poder, pues el papel del gerente no es el de ejecutar directamente las tareas, sino dirigir a otros para que las realicen y alcancen determinados objetivos.

La teoría de Necesidades adquiridas de Mc Clelland es particularmente útil debido a que cada necesidad puede vincularse con un conjunto de preferencias de trabajo.

Según esta teoría. Existen tres motivos o necesidades principales en los puestos de trabajo:

1. **Necesidades de Logro**: El deseo de hacer algo mejor o de manera más eficiente, para resolver problemas, o para dominar tareas complejas. El impulso de obtener la excelencia, de lograr algo en relación con una serie de estándares, esforzarse por tener éxito.
2. **Necesidad de Afiliación**: El deseo de establecer y mantener relaciones amigables y cálidas con otras personas. El deseo de relaciones interpersonales amistosas y estrechas, de ser del agrado y aceptación por los demás.
3. **Necesidad de Poder**: El deseo de controlar a los demás, de influir en su conducta, o ser responsable por otra persona. El deseo de tener impacto y ejercer influencia sobre otros.

Los gerentes aprenden como identificar la presencia de las necesidades de logro, afiliación y poder en ellos mismos y en los demás, y a ser capaces de crear entornos de trabajo que respondan a perfiles de la necesidad respectiva.⁷

⁷ Robbins S. y Judge, T. (2009) Comportamiento Organizacional. 13ª Edición. México. Pearson Education

Teoría de Mc Clelland

MOTIVACION DE LOGRO: Lleva a imponerse elevadas metas que alcanzar. Tienen una gran necesidad de ejecución, pero muy poco de afiliarse con otras

- ° Deseo de la excelencia.
- ° Trabajo bien realizado.
- ° Acepta responsabilidades
- ° Necesita feed back.

MOTIVACION DE PODER: Necesidad de influir y controlar a otras personas y grupos y a obtener el reconocimiento por parte de ellas.

- ° Gusta que le considere importante
- ° Quiere prestigio y status.
- ° Gusta que predominen sus ideas.

MOTIVACION DE AFILIACION: Necesidad de formar parte de un grupo.

- ° Le gusta ser popular.
- ° Gusta del contacto con los demás
- ° No tolera estar solo, se siente bien en equipo.
- ° Le gusta ayudar a otra gente.

Teoría de las expectativas de Víctor Vroom

El autor Vroom (1964) refiere que la fortaleza de una tendencia a actuar de cierta manera depende de la fortaleza de la expectativa de que el acto se sigue por un resultado determinado y de lo atractivo del resultado para la persona.

Sostiene que la motivación del trabajador, es el resultado de multiplicar tres factores:

1. **Valencia:** Demuestra el nivel de deseo de una persona por alcanzar determinada meta u objetivo. Este nivel de deseo varía de persona a persona y en cada una de ellas puede variar a lo largo del tiempo, estando condicionada por la experiencia de cada individuo, pudiendo variar con el tiempo en la medida que las necesidades antiguas queden satisfechas y aparezcan otras nuevas.

El grado de valores que pueden admitir la valencia en esta ecuación matemática es entre -1 y +1. Cuando una persona no quiere llegar a un determinado resultado (Ej. Ser despedido de su trabajo), el valor adoptado es -1, cuando el resultado le es indiferente (Ej. Compensación en dinero o en ticket), el valor es 0 y cuando la persona pretende alcanzar el objetivo (Ej. Obtener un ascenso), su valor será de 1.

2. **Expectativa:** Está representada por la convicción que posee la persona de que el esfuerzo depositado en su trabajo producirá el efecto deseado.

Su valor entre 0 y 1, ya que la expectativa es la probabilidad de ocurrencia del resultado deseado.

Las expectativas dependen en gran medida de la percepción que tenga la persona de sí misma, si la persona considera que posee la capacidad necesaria para lograr el objetivo le asignará al mismo una expectativa alta, en caso contrario le asignará una expectativa baja.

3. **Instrumentalidad:** Está representada por el juicio que realiza la persona una vez realizado el trabajo, la organización lo valore y reciba su

recompensa. Ej. Si evalúa que las promociones son en base al desempeño, la Instrumentalidad tendrá una calificación alta. El valor de la instrumentalidad varía entre -1 y +1.

El modelo no actúa en función de necesidades no satisfechas o de la aplicación de recompensas y castigos, si no por el contrario considera a las personas como seres pensantes cuyas percepciones y estimaciones de probabilidades de ocurrencia influyen de manera importante en su comportamiento.

Como el modelo es la expresión matemática del resultado de multiplicar los valores asignados a la valencia, expectativa e Instrumentalidad, se considera que un incentivo sencillo es más motivante que uno complejo, ya que la incertidumbre que puede causar estímulo no le permita a la persona relacionar el esfuerzo a realizar con la probabilidad de alcanzar el objetivo.

Este modelo se encuentra muy relacionado con el de la modificación de la conducta, debido a que los gerentes pueden utilizar la información obtenida acerca de las valencias asignadas a las recompensas por los trabajadores, con el objeto de accionar a posteriori sobre sus conductas⁸.

¿Cuáles son las consecuencias, para las organizaciones y los ejecutivos la aplicación práctica de esta teoría?

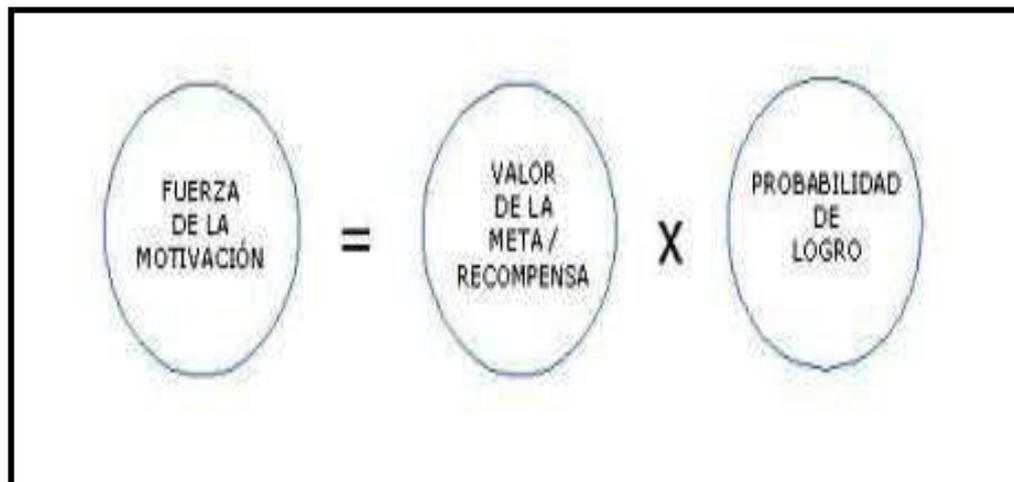
Al respecto, Flores (2001) citando a Nadler y Lawler sostiene que las organizaciones deberían, diseñar un adecuado sistema de remuneraciones y de esfuerzos, definir bien las tareas y roles a ser desempeñados por las personas, reconocer la importancia de grupos en motivación del trabajador, destacar la supervisión en la motivación del trabajador, medir periódicamente las motivaciones aplicadas y adecuar las organizaciones para atender las necesidades individuales del trabajador.

Por otro lado, los ejecutivos deberían identificar los resultados que valora cada trabajador, asegurándose de que se logren efectivamente, conectar los resultados que los trabajadores valoran con la conducta que desea lograr el

⁸ Chiavenato, I. (2011). Administración de Recursos Humanos. Edit. Pearson.

ejecutivo, analizar los escenarios para detectar los posibles conflictos entre las expectativas, hacer que los cambios en los resultados y en los esfuerzos sean lo suficientemente grandes para provocar el esfuerzo necesario, entre otros.

FIGURA DEL MODELO DE LAS EXPECTATIVAS



Teoría del Establecimiento de Metas

Esta teoría sostiene que las metas específicas y las metas difíciles son las que llevan a un alto desempeño.

A finales de la década del sesenta, Edwin Locke (1968) sostuvo que las intenciones de trabajar dirigidas hacia una meta, se constituían en una fuente muy importante de motivación en el trabajo, puesto que actúa también como un estímulo interno. Cuando las metas difíciles son aceptadas, se consigue un mayor desempeño. Otro punto importante es que la retroalimentación lleva a un mejor desempeño que el que se consigue cuando no existe.

Como es natural pensar, las metas fáciles son, probablemente, más aceptables; pero aun siendo esto verdad, cuando un empleado acepta una meta que percibe como difícil, ejercerá niveles de esfuerzo más elevado hasta que la consiga, la disminuya o en todo caso la abandone.

Cuando los individuos participan en el establecimiento de sus propias metas, se obtiene en la mayoría de los casos un mayor desempeño. La ventaja que posee el hecho que los individuos participen en el establecimiento de sus propias metas, consiste en que al hacer esto, podría ser que el individuo acepte la meta como un objetivo en el que debe trabajar, además es más probable que acepte una meta difícil, pues se sentiría más comprometido por el hecho que él ha participado en su elaboración.

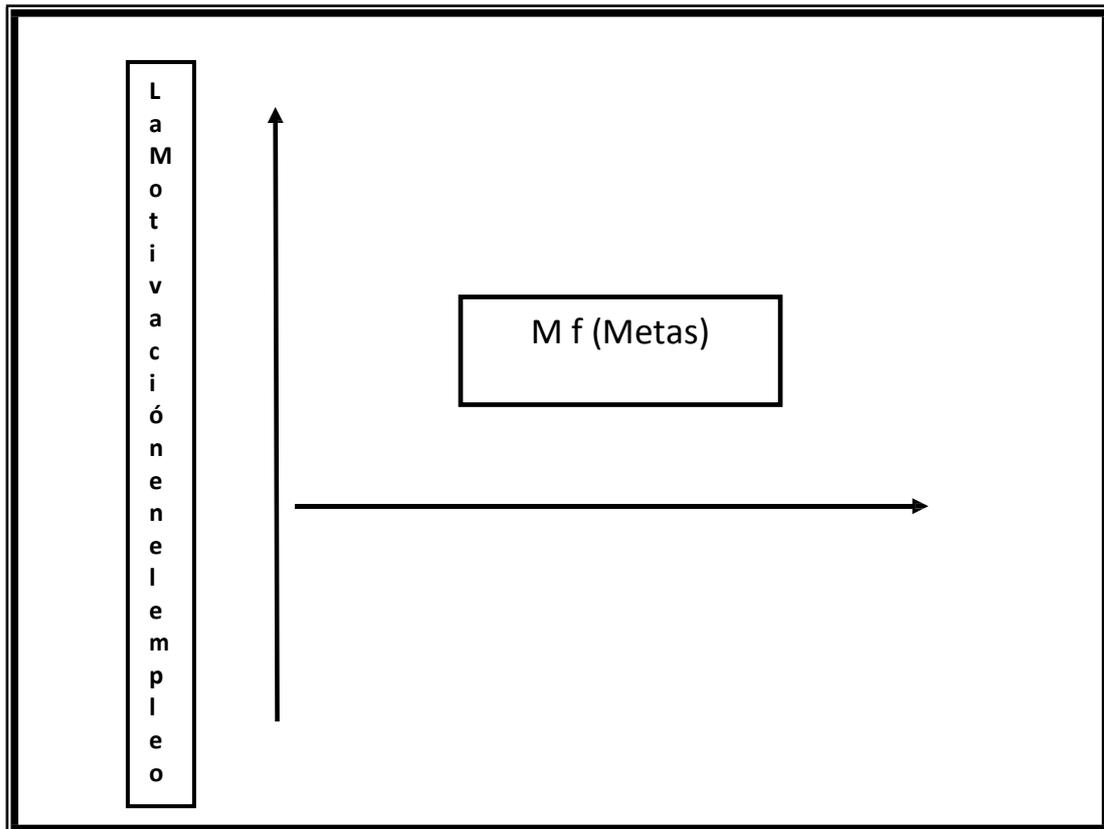
En lo que se refiere a retroalimentación, se debe diferenciar que no todas ellas son iguales de eficientes, la que proporciona una mayor ayuda puede ser la autogenerada, que es en la que el mismo trabajador es capaz de monitorear su propio progreso. Pero siempre es bueno tener en cuenta la retroalimentación de una persona que está observando nuestro desempeño desde afuera, pues vería la situación con más objetividad.⁹

Según esta teoría, las metas motivan a los empleados al proporcionarle metas de trabajo específicas y desafiantes para guiar y estimular el desempeño.

Las metas difíciles, cuando son aceptadas dan como resultado un mayor desempeño que con las metas fáciles.

⁹ Amorós, E. (2007) Comportamiento Organizacional. En Busca del Desarrollo de Ventajas Competitivas. Lambayeque. Escuela de Economía USAT.

LA MOTIVACIÓN EN FUNCIÓN DE LAS METAS



Desempeño Laboral

Según Huamaní (2006) la evolución del desempeño laboral busca conocer el estándar de desempeño del trabajador de acuerdo a ciertos parámetros que se establecen para tal fin, como una forma de medida del desempeño que tiene el recurso humano, en las diferentes actividades tareas que realiza sin embargo existen factores internos y externos que inciden en este desempeño que tenga dentro de la institución.

Sobre este tema se ha revisado que los diferentes autores han conceptualizado el desempeño laboral como el efecto neto del esfuerzo de una persona que se ve modificado por sus habilidades, rasgos y por la forma en que percibe su papel, entendiéndose que el esfuerzo es sinónimo de gasto de energía, sea física o mental, o de ambas, que es gastada cuando las personas realizan su trabajo.

Es conveniente que entendamos que el desempeño laboral tiene diferentes factores incidentes en el mismo, como pueden ser factores motivacionales, ampliamente conocidos, o la existencia de fuerzas ambientales que puedan estar incidiendo en su desempeño.

Cuando son ambientales, muchas veces pueden ser consideradas como pretextos para excusar la baja producción del trabajador, otras como malas condiciones de trabajo, equipos defectuosos, falta de cooperación, supervisión defectuosa, e información insuficiente obstaculiza el verdadero rendimiento del trabajador.

Los sistemas de evaluación sobre el rendimiento profesional, tienen diferentes enfoques, y los especialistas han planteado una serie de formas de evaluación, las mismas que coinciden en que miden el esfuerzo desplegado por el trabajador, teniendo aspectos importantes que tratan de medir lo que hace el trabajador como parte del cumplimiento de sus obligaciones, identifican fortalezas y debilidades del mismo.

Estas evaluaciones deben ser aplicadas por personal capacitado, periódicamente y sobre todo se debe dar retroalimentación al personal evaluado para que se pueda corregir fallas.

El Desempeño laboral describe como los gerentes o coordinadores de una organización logran sus funciones, tomando en cuenta los requerimientos del puesto ocupado, con base a los resultados alcanzados, el nivel de ejecución alcanzado por el trabajador en el logro de las metas dentro de la organización en un tiempo determinado.

En tal sentido, este desempeño está conformado por actividades tangibles, observables y medibles, y otras que se pueden deducir¹⁰.

Otra definición interesante acerca del Desempeño laboral es de Stoner (1996), precisando que es la manera como los miembros de la organización

¹⁰ Huamaní, B. (2006) Influencia de los Factores de Motivación en el Desempeño Laboral. Puno. Universidad Nacional del Altiplano.

trabajan eficazmente, para alcanzar metas comunes, sujeto a las reglas básicas establecidas con anterioridad.

Sobre la base de esta definición se plantea que el Desempeño Laboral está referido a la ejecución de las funciones por parte de los empleados de una organización de manera eficiente, con la finalidad de alcanzar las metas propuestas.

Para Chiavenato (2002) el desempeño es “eficacia del personal que trabaja dentro de las organizaciones, la cual es necesaria para la organización, desempeñándose el individuo con una gran labor y satisfacción laboral”.

En tal sentido, el desempeño de las personas es la combinación de su comportamiento con sus resultados, por lo cual se deberá modificar primero lo que se haga a fin de poder medir y observar la acción.

El desempeño define el rendimiento laboral, es decir, la capacidad de una persona para producir, hacer, elaborar, acabar y generar trabajo en menos tiempo, con menor esfuerzo y mejor calidad, estando dirigido a la evaluación la cual dará como resultado su desenvolvimiento.

En opinión de Drucker (2002) sobre el desempeño laboral, plantea se deben fijar nuevas definiciones de éste término, formulando innovadoras mediciones, y será preciso definir el desempeño en términos no financieros.

Hemos observado que hasta aquí, las diferentes teorías sobre el liderazgo su desarrollo y la necesidad de su aplicación en las organizaciones, lo que nos permite concluir que existen tres estilos de liderazgo que son el Autocrático o Autoritario, Democrático, y el Liberal, los mismos cuyo empleo tienen mejor efecto cuando se utilizan indistintamente los tres, dependiendo con que subordinado se ejerce y bajo qué circunstancias. En el caso de la Motivación, se ha apreciado las bondades de las ponencias, posiciones de diferentes expertos; mencionando la teoría de la atribución y otras teorías motivacionales, que buscan que el trabajador realice su trabajo en un adecuado clima laboral y sobre todo que este se sienta contento por las recompensas recibidas, a su aporte en el trabajo.

1.2.3 Calidad

Etimológicamente, la palabra calidad proviene del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección. El Pequeño Larousse ilustrado define calidad “como el conjunto de cualidades de una persona o cosa”. En estas definiciones se concibe a la calidad como un atributo o características que distingue a las personas, a bienes y a servicios. Veamos algunas definiciones de la calidad según algunos expertos.

Deming (1988), dice: “la calidad es el orgullo de la mano de obra” entendiendo mano de obra en el más amplio sentido y agrega que “la calidad se define en términos de quien lo valora”.

Crosby (1979), dice: “La calidad debe definirse como ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia” y J. Juran define calidad como “aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias”. Como podemos apreciar definir calidad no es fácil.

En la práctica, tal como lo refiere Schonberger (1994) “la calidad es como el arte; todos la alaban, todos la reconocen cuando la ven, pero cada uno tiene su propia definición de lo que es”.

El Objetivo de gestión de la calidad

El objetivo de la gestión de la calidad es lograr la armonización de la organización, de sus interesados directos y del entorno. Estos dominios son interdependientes; cada uno influye en las necesidades, las capacidades y el carácter de los otros. La armonización requiere la capacidad de responder a las condiciones en los tres dominios. Según Rowley (1998): “para cambiar de un modo adecuado, las instituciones deben poder analizarse a sí mismas, a sus procesos, estructuras y entorno, poder identificar las respuestas preferibles y apropiadas y ser capaces de aplicarlas. Eso es lo que constituye la gestión de la calidad.

El pensamiento de calidad

Las prácticas del pensamiento de calidad han dado lugar no sólo al estímulo de otros valores organizativos sino también a que se haga un mejor uso de las herramientas de gestión comunes. Básicamente, el pensamiento de calidad crea una atmósfera de innovación y cambio asociada con mejores servicios. Además, es una forma privilegiada de institucionalizar la capacitación y la educación de los empleados.

La calidad como referencia de las concepciones estratégicas mejora los siguientes aspectos organizativos:

1. Acumula los valores y la conciencia sobre la cadena de valores: la calidad mediante la suma de valores.
2. Crea mayor conciencia de las necesidades de la sociedad: una mejor consideración de los puntos de vista de la comunidad de los clientes y del grupo de pares.
3. Brinda respuestas a las exigencias de la sociedad.
4. Presenta una filosofía de mejoramiento consistente en tratar de obtener la mejor y más actualizada tecnología.
5. Permite la participación y el compromiso de los trabajadores con la organización.
6. Respeta éticamente a las técnicas productivas.
7. Presenta una perspectiva crítica sobre las prácticas vigentes.
8. Otorga aptitudes, capacidades y competencias institucionales fundamentales.
9. Permite la evaluación comparativa: informarse sobre las mejores prácticas.
10. Crea conciencia del trabajo en alianzas: ventaja comparativa y cooperativa por medio de alianzas estratégicas.
11. Da una visión estratégica para definir y ejecutar cada tarea.
12. Crea conciencia del flujo de trabajo. pensar en los clientes en cada tarea.

Fases de la ejecución de un programa de calidad en salud

Hay cinco fases en la ejecución de un programa de gestión de la calidad (Motwani y Ashook, 1997; Gilbert et al., 1993) citados por Douglas E. Angus, Mary Boutette, Paulo Roberto Motta. Éstas son las siguientes¹¹:

Determinar las metas y objetivos. ¿De qué modo nuestra institución de salud defina la calidad? ¿Qué esperamos lograr de un programa de gestión de la calidad?

Planificar. Determinar puntos fuertes y débiles de la organización y condiciones del entorno. Idear un sistema que mida la armonización entre la organización, las partes interesadas y el entorno. Elegir indicadores de desempeño. Capacitar a los empleados acerca del programa.

Medir. Consultar a las partes interesadas y los indicadores para determinar el nivel de desempeño de la organización. Establecer oportunidades para mejorar el desempeño, y también metas y prioridades.

Cambiar. Colaborar para conseguir el mejoramiento buscado. Intercambiar ideas, sugerencias y soluciones. Impartir capacitación permanente sobre estrategias de perfeccionamiento del desempeño. Premiar a los empleados.

Evaluar. Examinar los cambios ¿son eficaces? Examinar el programa de gestión de la calidad y modificar si resulta necesario.

El proceso de gestión de la calidad

Es necesario comprender y conocer que: “Algunos de los importantes cambios internos que se producen en la atención de la salud, son la transición de entornos institucionales a entornos ambulatorios y comunitario, la integración de las organizaciones de asistencia sanitaria, el manejo de la

¹¹ Angus, D.; Boutette, M. y Motta, M. (2000) Quality Improvement: A Rallying Point for Public Health Education in the Americas. University of Ottawa.

información sanitaria, la necesidad de “tomar decisiones basadas en pruebas científicas” y el desarrollo y la gestión de la calidad”.

Sistema de Gestión de la Calidad en Salud Pública

La certificación ISO 9000, da fe de que una empresa, producto o servicio cumple con los requisitos de una norma o especificación técnica concreta, tiene validez temporal y es emitida por un organismo certificador reconocido internacionalmente. Está encaminado a dar soluciones a situaciones repetitivas y sistemática, y consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas estandarizadas. No garantiza de manera ineludible la adecuación técnica ni tiene especialmente en cuenta el carácter de servicio que tiene la salud pública. El modelo ISO está enfocado hacia la garantía de la calidad y toma como un punto de partida, para el diseño y la elaboración del servicio, las demandas del consumidor. Tal como ya hemos mencionado, en salud pública no sólo es necesaria la satisfacción del usuario (calidad percibida), sino que hay que garantizar que el conocimiento científico se aplica de manera correcta (calidad científico – técnica). Ciertamente, muchas de las actividades propias de los servicios de salud pública, como las inspecciones o la actividad de laboratorio, son estandarizadas y, por tanto, ISO puede ser, y es, una muy buena alternativa para su garantía de calidad. ISO 9001-2000 se basa en un modelo de organización por procesos y se sustenta en la documentación de todas las acciones realizadas en el seno de la organización dirigidas hacia la elaboración de un producto o servicio determinado, y está construido por una estructura en la que se incluyen 4 requisitos: responsabilidad de la dirección, gestión de los recursos, realización del producto o servicio, y medida, análisis y mejora. En la que se exponen los diversos capítulos de la norma ISO 9001-2000.

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, mejorar, proteger y promocionar la salud y el bienestar mediante los esfuerzos organizados de la sociedad. Estos esfuerzos deben abordar tanto las políticas de salud y las causas últimas de salud y la enfermedad como la provisión de servicios sanitarios efectivos. La salud pública trabaja con

alianzas que cruzan disciplinas, profesiones y organizaciones, para suministrar en todas las áreas con impacto en la salud y el bienestar de las poblaciones, políticas basadas en la evidencia y la investigación.

A. Políticas y objetivos del sistemas de gestión de la calidad

El nuevo enfoque gerencial permite integrar las tres racionalidades básicas que gobiernan la gestión pública: los principios interdependientes de eficiencia, eficacia y equidad. No es posible el logro de alguno de ellos con menoscabo de los demás.

A cada área y nivel de la gestión le corresponde aportar los criterios de su especialidad, a la vez que acepta e integra los argumentos de los demás; para producir una interpretación y orientación de la gestión bajo la integración de los tres principios básicos. El peso relativo de cada uno de ellos puede variar de acuerdo al momento, espacio y acto de la gerencia institucional.

La gerencia involucra y relaciona a las dos funciones: conducción y administración. La conducción que orienta el cambio hacia la búsqueda de objetivos y la administración que mantiene el proceso dentro del procedimiento normados. Ambas dimensiones de la gerencia son necesarias y se complementan mutuamente.

Existen cuatro pasos esenciales para lograr un fácil entendimiento y estructuración de una política de calidad.

- ¿A qué nos dedicamos?: Como primer punto se requiere una clara explicación del giro y dedicación de los miembros de la organización de salud. Esto es muy esencial aunque parezca que no.
- Satisfacción del Cliente (¿Qué quiero lograr?) la satisfacción del cliente es la esencia de toda organización, un cliente satisfecho permite el crecimiento y ampliación de los beneficios de la organización de la salud.

- Norma de Aplicación (¿Bajo qué método trabajo?) se recomienda mencionar la norma de aplicación que esté usando la organización para promocionar sus logros y métodos de trabajo. Buscando la excelencia de nuestros servicios sanitarios basados en los requisitos de la norma ISO 9001: 2000 y el cumplimiento de los objetivos de calidad.
- Mejora continua. Es importante mencionar que se trabaja mediante un proceso denominado mejora continua, la mejora continua es crecer y mejorar pero de forma imparable, el estancamiento no permite nunca la mejora continua.

Todo objetivo debe de contar con tres características para poder decir que el objetivo está bien planteado.

- Claro, el objetivo debe ser muy claramente definido, para que sepa exactamente qué es lo que quiero medir.
- Medible, el objetivo debe de contener información numérica y en términos de tiempo para que puede ser medible y determinar si al cierre del periodo se alcanzó a lograr lo que se indicó.
- Alcanzable, el objetivo debe de ser alcanzable refiriéndose a que para yo poder escribir que las no conformidades serán de un 5% es debido a que tal vez anteriormente ya he logrado que sean del 7%.

Para la buena implantación o seguimiento del sistema de calidad en salud de toda organización de salud debemos de tener unos objetivos de calidad muy bien estructurados y claramente definidos.

B. Estrategias en base a criterios y métodos

La reforma de las instituciones y el desarrollo de las mismas es esencial para el logro de las metas dado que es a través de ellas que se materializan las estrategias. Estas deben implementar mejores estilos de gestión flexibles y descentralizados y técnicas administrativas de los servicios. Introducción de mecanismos de garantía de calidad, auditoría y control en todos los

niveles del sistema y de las organizaciones dedicadas a brindar el servicio de salud y otras organizaciones prestadoras de servicios del país.

Los cambios en la gestión del sector público, las reformas del sistema de salud y de sus organizaciones, los cambios epidemiológicos, la necesidad de retomar la estrategia de Atención Primaria de Salud e impulsar la iniciativa de Municipios Saludables, entre otros, representan desafíos importantes para la gestión de los servicios de salud y por ende para la gestión de la calidad de los centros de salud en diferentes regiones del país.

A pesar de los avances en el mejoramiento de la cobertura de los servicios de salud, existe cada vez mayor disparidad en la accesibilidad a estos servicios entre los países desarrollados y subdesarrollados y entre ricos y pobres de los países de todas las etapas del desarrollo económico. “Esto implica replantear las políticas y estrategias encaminadas a lograr equidad y justicia en el acceso a la salud, las cuales van más allá de las reformas del sistema de salud, dado que la salud está ligada a factores socioeconómicos, políticos, laborales, etc. De acuerdo con Frenk, J. “La estructura económica, las formas de organización social, los esquemas de participación política, las características del medio ambiente, el grado de urbanización, la situación de fecundidad, los niveles educativos, las expectativas sociales, los avances tecnológicos, las condiciones y los estilos de vida, son todos determinantes cruciales de la salud, a los cuales el sistema de atención debe dar respuesta”. Esto justifica la intervención intra y multisectorial en el abordaje de la problemática de salud.

Para lograr una participación efectiva y eficiente del personal de enfermería en estos procesos, los profesionales requieren una formación gerencial que contribuya no solamente al mejoramiento de la gestión de los servicios de enfermería sino también en la gestión de las organizaciones de salud, en el liderazgo de los proyectos y programas de salud colectiva llevados a:

- Implementación de estrategias para la organización de la red de servicios de salud.

El especialista de salud juega un rol importante en la organización y gestión del sistema y de los servicios de salud, velando para que las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades se satisfagan de manera oportuna, enfrentando las dificultades generadas por la falta de personal suficiente e idóneo, la burocracia, etc. Se requiere promover y fortalecer la acción intersectorial en los diferentes ámbitos, la comunidad, las organizaciones de salud, los lugares de trabajo, el ámbito educativo entre otros.

- Desarrollo de modelos y estrategias no tradicionales de cuidado de la salud. Esto con el objetivo de racionalizar la utilización de los recursos, disminuir los costos, acercar los servicios a la comunidad y los grupos con necesidades específicas para los cuales los profesionales de salud pueden desarrollar nuevas formas de atención en salud extra e intramurales y a nivel domiciliario.
- Contratación y retención del personal de salud. Se requiere una política integral e integrada de las organizaciones de salud que establezca directrices y estrategias de contratación y mantenimiento del personal de enfermería en las organizaciones de salud.

C. Organización y disponibilidad de recursos capacitados

También, se definen los servicios integrados de salud en términos de organización como “los servicios necesarios para la protección sanitarias de una zona determinada y que se presentan con subordinación a una sola dependencia administrativa o de varias pero con los mecanismos adecuados para su coordinación. Más específicamente la integración de los servicios de salud consiste en reunir funciones comunes, existentes en una o varias organizaciones, para resolver problemas comunes, comprometerse con una concepción de los problemas y unas metas compartidas y utilizar tecnologías y recurso comunes para alcanzar esas metas. Se trata de promover servicios de Atención Primaria de Salud que estén plenamente integrados bajo la administración de un equipo de personal sanitario de distrito dirigido

por un administrador competente con el fin de sacar el máximo rendimiento de los recursos escasos.

La gerencia en el sector público sigue lógicamente la evolución de la gestión pública: desde la administración de los recursos a la conducción de las políticas, pasando por un enfoque de gestión de recursos y del sector a un enfoque público de los servicios y las políticas. El enfoque actual es conducción de políticas públicas.

La capacidad del nuevo gerente de salud pública está siendo retada por la complejidad del manejo de las relaciones múltiples y cambiantes entre actores, intereses y potencialidades, para enfrentar la brecha entre recursos y necesidades sociales, mediante la organización de la mejor respuesta posible para lograr los objetivos de desarrollo de las comunidades. Complejidad, compromiso social y productividad son los tres criterios básicos para la construcción de la nueva capacidad gerencial.

Capacidad que debe construirse sobre la base de una reflexión crítica de lo ejecutado, para aprender de la realidad, y elaborar propuestas innovadoras de actuación cada vez más concretas, pertinentes, efectivas y comprometidas para lograr el desarrollo deseable. Creatividad, riesgo y responsabilidad son los referentes de la nueva capacidad gerencial a desarrollar.

En síntesis, el desarrollo de la capacidad gerencial implica una maduración personal de los gerentes para que sean capaces de comprometerse inteligentemente y responsablemente con el desarrollo de su sociedad. La sociedad actual demanda al gerente público, además de mejor técnica, un conjunto de valores que deberá promocionar y hacer efectivos en su quehacer institucional y social.

D. Dirección y control: planificación, supervisión, evaluación

La dirección debe revisar, la eficacia del sistema de gestión de calidad para alcanzar las políticas y objetivos establecidos para realizar la evaluación tendrá en cuenta los resultados de las auditorías internas y externas; las

medidas de la satisfacción de los usuarios, los profesionales de otros sectores, del sistema de quejas, las investigaciones, las acciones correctoras y preventivas, así como otra información relevante.

La función de control se realiza mediante tres subprocesos: vigilar el proceso y evaluar los resultados, para establecer y calificar las desviaciones entre lo ejecutado y lo planificado, y a partir de ellos optar por las medidas correctivas necesarias para lograr los objetivos deseables.

Se planifica, en la medida de lo posible y de un modo sistemático y evidente un conjunto de procesos clave que definan la actividad, expresados en un mapa de procesos.

La participación activa de los profesionales de saludes en todos los niveles de gestión y supervisión en la aplicación de las políticas y objetivos de la organización deben estar corregidas en la estructura organizativa, también se deben definir los recursos necesarios para la participación de los miembros en las reuniones, grupos de mejora, encuentros, boletines informativos, etc. Promoviendo la participación de los usuarios.

El proceso de dirección y control son instrumentos que nos permiten facilitar el usuario tal como manifiesta Manuel Lamela Fernández al decir: “Para mejorar la accesibilidad de los centros de salud y consultas, es preciso orientar claramente nuestras actividades hacia el ciudadano. En primer lugar garantizando una información actualizada y entendible sobre el funcionamiento y organización de los servicios, estudiando fórmulas que propicien la participación de los ciudadanos. En segundo término adecuando la oferta horaria a las expectativas de la población, racionalizando el tiempo tanto de gestiones administrativas como asistencial, minimizando ciertos procedimientos administrativos y adecuando las agendas de los distintos profesionales del centro. En tercer lugar, mejorar la accesibilidad geográfica de los ciudadanos, estudiando los tiempos de desplazamiento y crecimientos de la población. Por tanto se establecen las siguientes líneas de actuación.

Para Jesús Aranaz André, “El desarrollo de un Programa de Mejora de la Calidad en un Establecimiento de Salud es un proceso lento que supone,

necesariamente, un cambio en la forma de hacer las cosas, se ha de involucrar a todos los profesionales impulsando el espíritu de equipo y compartiendo metas comunes.

Desde nuestro punto de vista, el programa de calidad de un servicio clínico debe enmarcarse en el plan estratégico de calidad del Servicio de Salud, ha de tener como norte la orientación al paciente, y fundamentarse en la consideración de tres pilares esenciales.

- Calidad Científico – Técnica o Física, que hace referencia a la asistencia que el paciente realmente está recibiendo, de acuerdo con la salud de las personas, como derecho fundamental protegido y protegible. Representa el punto de vista de los profesionales y se establece basándose en evidencias científicas. Sus jueces son pues, los avances técnicos y el juicio profesional.
- Calidad Funcional o Interactiva, que se refiere al componente interpersonal del proceso asistencial (cómo se produce la interacción paciente – profesional). En este caso sus jueces son el propio paciente y su familia.
- Calidad Corporativa, que se corresponde con la imagen que los pacientes, los profesionales y aún la población general, tienen de ese servicio / hospital. Sus jueces serán el cliente interno y externo.

Los modelos clásicos y tradicionales de Administración tratan de desarrollar principalmente patrones de eficiencia basado en una gerencia pragmática, por objetivos y resultados, sin visión estratégica ni estrategias inteligentes, con pertinencia a las necesidades existentes y a la realidad ambiental; en el desarrollo de éste proceso, podemos visualizar con los estudios base de la calidad que se han realizado, que algunos procesos se han consolidado e institucionalizado en el establecimiento sólo de rutina de metas por alcanzar en sí mismas.

Dentro de la temática relacionada con Calidad, existen diferentes enfoques y concepciones, es así que el enfoque que utilizó Judy Bruce fue la base que

utilizó el Proyecto 2000 quien intentó reunir ciertos requisitos, principios, indicadores, metodologías para la calidad de los productos o servicios, construyéndose de esta forma un nuevo paradigma para la administración.

“El mejoramiento de la calidad está basada en los cinco componentes. Gestión y disponibilidad de recursos, manejo estandarizado, uso de datos, educación permanente, trabajo con usuarios”.

Sustentado en que es necesaria la integración de los servicios, la disponibilidad de recursos, el proceso de información para la toma de decisiones, mejorar la competencia técnica de los recursos y lograr mecanismos de seguimiento y continuidad para la interacción del cliente proveedor.

Por otro lado Juran (1988), sostiene las consideraciones de calidad en la concepción general sobre el cómo mejoraría a través de 10 pasos.

1. Crear conciencia de la necesidad y oportunidad para mejorar.
2. Poner metas para la mejora.
3. Organizarse para alcanzar las metas (establecer consejos de calidad)
4. Proporcionar formación y entrenamiento.
5. Llevar a cabo proyectos para resolver los problemas.
6. Informar sobre el progreso.
7. Reconocer los logros
8. Comunicar los resultados
9. Documentar puntuaciones
10. Mantener el momento por medio de integrar las mejoras anuales como parte de los procesos y sistemas regulares de la compañía.

Deming (1990) nos amplía el panorama referido a la calidad, indicando que establece ciertas características que en términos generales concentran la esencia de calidad. Tales como:

- 1) Crear constancia del propósito para la mejora del servicio.
- 2) Adoptar una nueva filosofía, no se puede vivir con los niveles de retraso, errores, defectos de material e ineptitud, comúnmente aceptados.
- 3) Dejar de depender de inspecciones de masa. Apoyarse, por el contrario, en evidencia estadística de que la calidad este presente, es inherente.
- 4) Acabar con la práctica de premios, basados en etiquetas.
- 5) Identificar problemas.
- 6) Instaurar métodos modernos de información profesional
- 7) Instituir métodos modernos de supervisión de la producción de los trabajadores.
- 8) Despejar medios para aumentar la eficiencia.
- 9) Derruir barreras entre departamentos.
- 10) Eliminar metas numéricas póster, slogans pidiendo más productividad sin proveer método.
- 11) Eliminar estándares que prescriban cuotas numéricas.
- 12) Potenciar el orgullo en el trabajo.
- 13) Instaurar un vigoroso programa de educación y formación.
- 14) Crear una estructura en la Gerencia que vele por todo lo anterior. Con estas características reafirmamos a la calidad y su implementación de los procesos en los servicios.

Deming (1990) reiteradamente destaca el papel del consumidor en la apreciación de lo que es la calidad de un producto, es un autor profundamente comprometido con aquello que podemos denominar una pedagogía problematizadora de la calidad, porque ha sido más importante la creación de una mentalidad de la calidad que una teoría, así mismo la calidad está definida como: “La adecuación de uso, la que esta expresada en la condensación de las necesidades humanas en la dimensión sicológica, tecnológica y ética”.

Así mismo con el presente estudio se requiere determinar qué problemas de efectividad podemos apreciar el Sistema de Gestión de la Calidad y el impacto en la población y en los usuarios interno y externo y qué aspecto de la Calidad considerada por el sistema de Gestión de la Calidad están institucionalizados.

Se puede señalar que se trabaja con aspectos parciales del Sistema de Gestión de la Calidad dominando la inercia del sistema tradicional; por ejemplo en estos casos y no con la filosofía que este sistema comprende, teniéndose en cuenta las variables y atributos que vamos a utilizar para evaluar esa realidad.

En el momento en que vivimos de gran competitividad, vemos que la calidad es una herramienta fundamental para la nueva gerencia, teniéndose en cuenta que es de prioridad la percepción del usuario, razón fundamental de nuestro quehacer de los procesos desarrollados por nuestro sector salud, que es de servicios. Por ello, se considera pertinente ver el grado de efectividad del sistema de gestión de la calidad, desarrollada en los Centros y Puestos de la Red Sanitaria Moquegua, que nos llevaría a tomar en cuenta el impacto social del servicio, su relevancia y apreciar la política del sector que dispone la RM 768-2001 S/DM disponiendo la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

La evaluación de la calidad como la comparación de una situación previamente determinada como deseable, con la realidad, el análisis de los motivos de discrepancia y la sugerencia de los cambios necesarios para evitarla, comprobando posteriormente su eficacia.

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia de la Lengua: “Es la capacidad de concentrar la actividad psíquica sobre un determinado objeto, cortesía, urbanidad”

Atender: “Es acoger favorablemente o satisfacer un deseo, ruego o mandato”¹².

¹² Diccionario de la Lengua Española (1998) Barcelona. Editorial Océano.

De acuerdo a la Ley General de Salud N° 26642 del 20 de Julio de 1997 en su Título Preliminar expresa: “Que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo”

Que la protección de la salud es de interés público. Por tanto es responsabilidad del Estado de regularla vigilarla y promoverla.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud en los términos y condiciones que establece la Ley.

Que la Salud Publica es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo la Sociedad y el Estado.

En su título I de los Derechos, Deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual prescribe:

Toda persona tiene el derecho a libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia.

Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud corresponden a las característica y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización así mismo tiene derecho a exigir que los servicios que se les prestan para atención de su salud cumplan con los estándares; de calidad aceptados en los procedimientos y practicas institucionales y profesionales.

Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud atención médico quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud.

El médico tratante, así como el Cirujano Dentista y la Obstetra están obligados de informar al paciente sobre el diagnostico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problemas de salud, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos

De la Ley antes citada en cuanto a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, se prescribe que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo cualquiera sean su naturaleza o modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la autoridad de salud a nivel nacional.

Los establecimientos de salud y servicios a que se refiere quedan sujetos a la evaluación y control periódicos y a las autorías que dispone la autoridad de salud a nivel nacional.¹³

Como se puede apreciar todos los ciudadanos del país de todos los niveles sociales y condiciones tienen el derecho de recibir atención médica de calidad en cualquier establecimiento de la Red Hospitalaria Nacional en todo el territorio peruano, siendo esta atención de calidad y de acuerdo a los estándares internacionales y de lo que prescribe la Ley General de Salud.

De conformidad con la Ley N° 27806.- Ley de Transparencia y acceso a la Información Pública del 02 de Agosto del 2002, en cuanto al acceso a la información pública del Estado se prescribe en el Art. 7° “Toda persona tiene derecho a solicitar y recibir información de cualquier entidad de la administración pública. En ningún se exige expresión de causa para el ejercicio de este derecho.

Y en su Art. 10° sobre información de acceso público prescriben: “Las entidades de la administración pública tienen la obligación de proveer la información requerida si se refiere a la contenida en documentos escritos, fotografías, grabaciones, soporte magnético digital o cualquier otro formato, siempre que haya sido creada u obtenida por ella o que se encuentre en su posesión o bajo su control.

Asimismo, para los efectos de esta Ley se considera como información pública cualquier tipo de documentación financiada por el presupuesto

¹³ Ley General de Salud N° 26842 (1997)

público que sirva de base a una decisión de naturaleza administrativa, así como las actas de reuniones oficiales¹⁴.

Artículo 15º-B.- Excepciones al ejercicio del derecho: Información confidencial

El derecho de acceso a la información pública no podrá ser ejercido respecto de siguiente:

5. La información referida a los datos personales cuya publicidad constituya una invasión de la intimidad personal y familiar. La información referida a la salud personal, se considera comprendida dentro de la intimidad personal.

En este caso, sólo el juez puede ordenar la publicación sin perjuicio de lo establecido en el inciso 5 del artículo 2º de la Constitución Política del Estado.

6. Aquellas materias cuyo acceso esté expresamente exceptuado por la Constitución o por una Ley aprobada por el Congreso de la República.

Tal como se puede apreciar, la mencionada Ley da toda facultad a las personas para solicitar y recibir información de cualquier entidad de la administración pública y las entidades de la administración pública tienen la obligación de proveer la información requerida en el caso del sector salud esto queda para exacto cumplimiento de dicho sector y se mantiene el derecho de las personas.

En el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Sergio E. Bernales del 2002; en cuanto a la visión, misión y objetivos estratégicos se prescribe lo siguiente:

Artículo 5º.- VISIÓN

“El Hospital Sergio E. Bernales, contribuirá en la mejora del estado de salud de la población del cono norte de Lima y de la referencia nacional, priorizando al sector pobre y de extrema pobreza, brindando atención

¹⁴ Ley de Transparencia y acceso a la información pública N° 27806 (2002)

especializada e integral con calidad humana, eficiencia y eficacia, mediante la capacitación y motivación de su personal, investigando y desarrollando tecnología sanitaria en respuesta a sus necesidades de salud de la población”

Artículo 6º.- MISIÓN

La Misión del Hospital Sergio E. Bernales es prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural.

Artículo 7º.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los Objetivos Estratégicos del Hospital son los siguientes:

- a) Ampliar la cobertura de salud a los sectores más pobres de la población.
- b) Motivar e incentivar conocimientos y capacitación a los trabajadores para brindar una atención de calidad técnica y humana, acorde con el nivel de complejidad y capacidad resolutoria institucional.
- c) Contar con todas las Especialidades médica en un ambiente ecológico, respondiendo ante situaciones de desastres y de emergencia.
- d) Contar con sistemas y procesos modernos, que respondan a la demanda, permitiendo el acceso a la población de mayor pobreza y brindando servicios eficientes y de calidad.
- e) Alcanzar un importante nivel de calificación y posicionamiento como hospital de apoyo a la docencia y de investigación aplicada a la salud.
- f) Remodelar la infraestructura hospitalaria y renovar los equipos médicos acordes al avance tecnológico, incorporando tecnología moderna.¹⁵

Tal como se puede apreciar efectivamente el Hospital Sergio E. Bernales tiene como visión contribuir a la mejora del estado de salud de la población del cono norte de Lima y la de referencia nacional, priorizando al sector pobre y de extrema pobreza, brindando atención especializada e integral con calidad humana, eficiencia y eficacia; de otro lado es su responsabilidad

¹⁵ Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Sergio E. Bernales. 2002

prevenir los riesgos, proteger del daño y recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los clientes; objetivos que cumple de manera regular a pesar de los esfuerzos que muestran las autoridades del referido nosocomio.

Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospital e Instituto Especializados emitidos por el Ministerio de Salud de Setiembre del 2003 se prescriben los estándares e indicadores de calidad, tales como:

Atributo: Respeto al usuario externo

Estándar 1: Los establecimientos cuentan con mecanismo de escucha al usuario y un sistema eficaz de gestión de sus quejas y sugerencias.

Estándar 2: Los usuarios externos reciben un trato adecuado con amabilidad respeto y empatía.

Atributo: Información completa

Estándar 3: El usuario externo recibe, comprende y acepta la información que se les brinda acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento referido a su caso.

Atributo: Eficiencia

Estándar 4: La organización de salud evalúa los gastos administrativos.

Estándar 5: La organización constituye y formaliza equipos de mejora continua de la calidad (MCC) en los servicios.

Estándar 6: La organización cuenta con medicamentos necesarios para satisfacer la demanda de los usuarios.

Atributo: Eficacia

Estándar 7: la organización incorpora en el plan estratégico institucional (PEI) y en el plan operativo institucional (POI) un objetivo y actividades de calidad correspondientes.¹⁶

Tal como se aprecia el Ministerio de Salud a través de las normas técnicas de estándares de calidad prescribe el cumplimiento de estándares de calidad que pasan por el respeto al usuario, un trato adecuado con amabilidad, respeto y empatía, así como normas de calidad para estricto cumplimiento de la red hospitalaria nacional:

Directiva Administrativa N° 115-MINSA/SG.V.01 DEL 2006 “Directiva Administrativa para clasificación de la Información del Ministerio de Salud del 2007, tiene como objetivos: “Establecer el procedimiento para la utilización de sistema de atención de solicitudes de acceso a la información pública vía internet del Ministerio de Salud, de acuerdo al procedimiento establecido por la Directiva N° 170-MINSA/SG-V-01.

Directiva N° 118-MINSA/DSTV.02 de 2007: “Regula el procedimiento para la atención de consultar, sugerencias, quejas, solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería en la Defensoría de Salud y transparencia del Ministerio de Salud, que tiene como finalidad una relación fluida y satisfactoria entre la ciudadanía y el Ministerio de Salud en el ejercicio de sus derechos a la salud de acceso a atenciones de calidad y de acceso a la información.

Directiva N° 094-MINSA-OGC/ODEI-V-01; tiene como finalidad “facilitar el acceso de la información del Ministerio de Salud a las personas como parte del proceso de modernización institucional y en el marco de la transparencia de gestión pública.

Como se puede apreciar las normas antes citadas buscan que la comunidad en general y los pacientes en particular tengan la oportunidad de acceder directa y libremente a la información pública relacionada con el sector salud en todos sus aspectos, bajo las normas antes descritas.

¹⁶ Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especialidades. Ministerio de Salud (2003)

De acuerdo al Decreto Supremo N° 043-2003-PCM del 2003, se aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública que establece en su Art. 5° - Publicación en los portales de las dependencias públicas.

Las entidades de la administración pública establecerán progresivamente de acuerdo a su Presupuesto, la difusión a través de Internet de la siguiente información:

1. Datos generales de la entidad de la Administración Pública que incluyan principalmente las disposiciones y comunicados emitidos, su organización, organigrama, procedimientos, el marco legal al que está sujeto y el Texto Único Ordenado de Procedimientos Administrativos, que la regula, si corresponde.
2. La información presupuestal que incluya datos sobre los presupuestos ejecutados, proyectos de inversión, partidas salariales y los beneficios de los altos funcionarios y el personal en general, así como sus remuneraciones.
3. Las adquisiciones de bienes y servicios que realicen. La publicación incluirá el detalle de los montos comprometidos, los proveedores, la cantidad y calidad de bienes y servicios adquiridos.
4. Actividades oficiales que desarrollarán o desarrollaron los altos funcionarios de la respectiva entidad, entendiéndose como tales a los titulares de la misma y a los cargos del nivel subsiguiente.
5. La información adicional que la entidad considere pertinente.

Tal como se puede apreciar con la publicación en los portales de las dependencias públicas se busca lograr una verdadera transparencia en las actividades desarrolladas en cada sector y que además los usuarios tengan derecho a tener acceso a la información pública a través de Internet con lo cual se estaría favoreciendo un mejor control y sobre todo en este caso el Ministerio de Salud daría cumplimiento al Decreto Supremo antes expresado y se esforzaría por cumplir con mayor eficiencia y eficacia su labor.

Mediante Resolución Ministerial N° 538-2007-MINSA del 26 de Junio del 2007 se aprobó la Directiva N° 115-MINSA/DST-V.01 denominada Directiva administrativa que regula el procedimiento para la utilización del sistema de atención de solicitudes de acceso a la información pública vía internet del Ministerio de Salud; habiéndose establecido la responsabilidad de la Defensoría de la Salud y Transparencia del MINSA asesorar, administrar y evaluar el funcionamiento y cumplimiento de la presente Directiva administrativa, que la Oficina General de Estadística e Informática será responsable del archivo y seguridad de la información contenida en este sistema de atención de solicitudes de acceso a la información pública vía internet del Ministerio de Salud y que los funcionarios responsables de entregar información pública al MINSA de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 825/MINSA, serán responsable de mantener el registro de atenciones registradas en el sistema de atención de solicitudes de acceso a la información pública vía internet del MINSA y cumplir con las disposiciones contenidas en esta Directiva administrativa.

Observamos que efectivamente el Ministerio de Salud está dando claras muestras de continuar afianzando el procedimiento para la utilización del sistema de atención de solicitudes de acceso a la información pública vía internet del referido Ministerio y ha establecido responsabilidades sobre el manejo de dicho instrumento.

El Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 603-2007/MINSA del 25 de Julio del 2007, se resuelve aprobar la Directiva N° 118-MINSA/DST-V.02 Directiva administrativa que regula el procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería en la defensoría de la salud y transparencia del Ministerio de Salud, estableciéndose en la misma Directiva como objetivos definir:

1. Definir los principios que rigen la atención en las consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería ante la Defensoría de la Salud y Transparencia (DST).

2. Regular el procedimiento para la presentación y trámites de las consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería Defensoría de la Salud y Transparencia.
3. Establecer los mecanismos para el registro, sistematización y difusión de la información para contribuir a que los servicios que brindan los establecimientos de salud del Ministerio de Salud sean accesibles, aceptables y de buena calidad, así como coadyuvar en el mejoramiento de la gestión administrativa del Ministerio de Salud.
4. Promover la cultura de la puntualidad como deber ciudadano esencial y valor fundamental de respeto a los demás para contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud, así como la gestión administrativa del Ministerio de Salud.

Se aprecia que el Ministerio de Salud está brindando y definiendo acciones para mejorar la atención de la salud en toda su red hospitalaria; así como la presentación y trámites de las consultas, sugerencias y quejas entre otras acciones, así como también la disposición de disponer de un registro, sistematización y difusión de la información para contribuir a que dichos servicios sean accesibles, aceptables y de buena calidad.

De otro lado promover la cultura de la puntualidad como deber ciudadano esencial y valor fundamental de respeto a los demás. Todo lo cual revela la gran preocupación existente en el Ministerio de Salud por buscar que las atenciones en la red hospitalaria sean de la máxima calidad y acorde con los estándares internacionales.

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mediante “Plan Estratégico Institucional 2007-2011”, se establece la situación actual de los macro servicios del hospital, enfatizando el análisis de los principales procesos que dan lugar a la prestación de servicios.

En la primera parte del plan se presenta el rol estratégico de la institución, el cual permite tener una mirada prospectiva del hospital para los próximos cinco años.

La segunda parte comprende un diagnóstico general donde se presenta el análisis estratégico en el cual se determinan el escenario futuro para el hospital en los próximos cinco años y en análisis estratégico interno donde se analizan las condiciones actuales en las que el Hospital presta los servicios a los usuarios.

La tercer parte comprende el análisis de la demanda y oferta para saber la capacidad actual de atención del hospital.

Cuarta parte, se realiza un ordenamiento del Plan Estratégico, según la normativa del Ministerio de Economía y Finanzas, así mismo se identifican objetivos estratégicos por programas, sub programas y actividades y/o proyectos traduciendo los objetivos del plan en su correspondencia presupuestal, es decir presentando la estimación de los recursos necesarios requeridos para la implementación del plan.

De lo anteriormente expuesto podemos colegir la formulación de todo plan estratégico institucional constituye una herramienta moderna, flexible y adaptativa a los cambios que se producen en el acontecer externo de la organización e interno y además permite que todo ello cumplan con la normatividad del Ministerio de Economía y Finanzas (SNIF) para su estricto cumplimiento.

La Organización Mundial de la Salud, mediante el Manual de Aplicación de la Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009, en su preocupación por reducir el número de defunciones de origen quirúrgico en todo el planeta a través del Departamento de Seguridad del paciente de la OMS, creó el programa “La Cirugía Segura Salva Vidas”, que pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad, como las inadecuadas prácticas de seguridad anestésicas, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico habiendo comprobado que éstos son problemas habituales que comportan riesgo mortal y podría evitarse en todos los países y entornos.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos el número de acontecimientos de este tipo el Manual ha establecido diez objetivos fundamentales que son recogidos en la “Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía” que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas.

Podemos apreciar que efectivamente que la OMS a través del Manual de Aplicación difundido busca lograr una seguridad del paciente y evitar o disminuir prácticas que puedan conducir a negligencias o errores cometidos en las redes hospitalarias, con funestas consecuencias.

La Presidencia del Consejo de Ministros mediante la Resolución Ministerial N° 200-2010-PCM del 24 de Junio del 2010 ha resuelto aprobar la Directiva N° 001-2010-PCM/SGP “Lineamientos para la Implementación del Portal de Transparencia Estándar en las entidades de la Administración Pública”, donde en su Art. 15° prescribe la obligación a publicar, todos los actos administrativos, actos de administración internas y documentos que deban publicarse en el portal de transparencia de la respectiva entidad, deberán consignar un artículo, cláusula o nota en la que se señale expresamente que existe la obligación de publicar el acto o documento en dicho portal y el plazo para realizar dicha diligencia; así mismo en su Art. 16, de los portales institucionales, establece todo el registro y actualización de información realizada a través del portal del estado peruano administrado por la Oficina Nacional de Gobierno Electrónico e Informático ONGEI, se visualizará automáticamente en los respectivos portales institucionales de las entidades públicas en su enlace Web al portal de transparencia.

Tal como se puede apreciar el documento antes aludido busca implementar el portal de transparencia estándar, para lo cual el Ministerio de Salud como sector responsable de la prestación de una salud de calidad a todos los peruanos, está obligado a cumplir con lo prescrito en la Resolución Ministerial antes aludida con lo cual todos los miembros de la organización deberán trabajar no solo obedeciendo a sus códigos de conducta y valores sino además están obligados a comunicar todos sus actos administrativos con lo cual se da un paso más para asegurar que en el caso del Ministerio

de Salud se brinde información seria y confiable para los usuarios y pacientes del referido Ministerio.

El Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 597-2012/MINSA del 17 de Julio del 2012 en su Art. 1º aprueba el “Plan para la Promoción de la Ética, Transparencia y Lucha contra la corrupción 2012 – 2013 en el Ministerio de Salud”, cuyo objetivo general es el de fortalecer la política anticorrupción en el Ministerio de Salud impulsando el desarrollo articulado de una gestión pública eficiente, transparente y participativa orientada a promover una cultura institucional con principios y valores éticos como herramienta en la lucha contra la corrupción como práctica de buen gobierno.

Se puede colegir de lo antes expresado que día a día resulta un imperativo categórico luchar contra la corrupción y la Resolución Ministerial antes señalada busca precisamente una gestión pública eficiente, transparente y participativa buscando cambiar la cultura institucional fortaleciendo principios y valores éticos.

Satisfacción

Modelos de Satisfacción del Usuario

Es importante considerar los tres modelos de satisfacción del usuario que nos propone Rey (2000), citando a Rache Applegate:

1. El modelo de satisfacción material con el funcionamiento de un producto (obtención del mismo o precisión del mismo) se constata si este producto responde a la demanda o no, si satisface materialmente o no. Esta satisfacción material está determinada por la eficacia del sistema de recuperación. Las cuatro variables tradicionales en la medida del rendimiento son: la relevancia, la pertinencia, la precisión y la obtención.
2. El modelo de satisfacción emocional de vía simple: los usuarios están “felices” o emocionalmente satisfechos, cuando se ha respondido correctamente a sus preguntas. Introducimos dos razones que imprimen importancia a la satisfacción emocional, la posibilidad de evaluación y el

comportamiento. Un sistema que ofrece una satisfacción material, pero no emocional, es susceptible de mejora si conseguimos que ofrezca ambas. La satisfacción puede afectar al comportamiento de un usuario positiva o negativamente. En el último caso, puede expresar sus quejas o intentar solucionar el problema por sí mismo.

Ambas decisiones beneficiarán al servicio, pero puede darse el caso que un usuario insatisfecho evite, en un futuro, el sistema. La primera insatisfacción podríamos denominarla positiva, pues permite que el asistente constata que el usuario no tenga sus necesidades satisfechas. Y debemos considerar que se trata de una desviación positiva, por lo que esta satisfacción negativa podemos considerar menor.

Cuando existe un usuario que expone sus quejas, y manifiesta que está insatisfecho, el asistente tiene la oportunidad de corregir la situación. La meta que debería alcanzar cualquier servidor es que sus usuarios sean positivos reales, satisfechos material y emocionalmente, aunque existe otro problema, la existencia de los que se denominan positivos falsos, sin satisfacción material. Esta puede generar comportamientos negativos, una falta de quejas, el silencio o el comentario a terceras personas.

3. El modelo de satisfacción emocional – vía múltiple expresa que la felicidad de los usuarios depende no sólo de las preguntas que se responden (satisfacción material), sino también de otros factores como la situación y las expectativas acerca del servicio. Este tercer modelo de satisfacción permite la comprensión de la satisfacción emocional, denominada “positiva falsa”, que corresponde a usuarios insatisfechos aunque el resultado de sus consultas haya sido infructuoso. Las tres variables que afectan a la satisfacción son: la disconformidad, la ubicación del producto, y el rendimiento del producto (satisfacción material). La disconformidad es una idea que procede de la motivación, y que se refiere a la diferencia entre lo que uno espera del rendimiento del producto y el mismo rendimiento.

La ubicación del producto hace referencia a una serie de variables, como la presencia de intermediarios y el efecto “aura” del servicio de la biblioteca en general, mientras que el rendimiento del producto puede medirse con las variables tradicionales del concepto de satisfacción. Es interesante la definición de dos variables: usuario y situación. La variable de usuario es de dos tipos: de organismos y adquiridas. Las primeras son aquellas características que el usuario aporta en el proceso de búsqueda de información; mientras que las adquiridas son características que el usuario adopta en el propio proceso de búsqueda. Se establece una relación directa entre las expectativas y la satisfacción. Cuando existe una discrepancia entre las expectativas y el resultado obtenido, los individuos ajustan retroactivamente sus expectativas con la finalidad de reducir la tensión psicológica. Este proceso se denomina teoría de la acomodación.

Otro concepto, estrechamente relacionado con las características antes mencionadas, es el de equidad; muestra que un componente importante de la satisfacción es la calidad, percibida entre los costos y los beneficios de los usuarios o clientes que creen les están ofreciendo el prestador. Si el producto o el servicio cumplen las expectativas y el rendimiento del producto; la confirmación se daría si fuera igual. La disconformidad positiva o negativa se da cuando el producto funciona mejor o peor de lo que se esperaba.

La Satisfacción del Usuario Externo e Interno

La Atención de Salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Maimónides afirmó “El bienestar del alma sólo puede obtenerse cuando se ha garantizado el del cuerpo”. Hay un papel fundamental que debe cumplir el médico y el personal de salud cual es el del conocimiento del paciente, de sus aspectos biológicos, familiares, psicosociales y espirituales y el del

acompañamiento, apoyo y soporte al paciente enfermo y a su familia, sin olvidárenos que están sufriendo física, moral y psicológicamente y por lo tanto esperan un trato cordial, comprensivo, solidario, compasivo y respetuoso del sufrimiento que lo hagan sentir que se encuentra entre amigos preocupados por su bienestar y no que se sienta como un objeto de un negocio, una mercancía o peor aún un capital económico al que hay que exprimir y sacarle el mayor provecho.

Bien lo definió Laín (1964) al determinar que la misión del médico es: “Curar con frecuencia, aliviar, siempre consolar acompañado en todos los casos... más aún... Allá donde no puede llegar la técnica, debe llegar la misericordia”

La calidad en la atención en salud en una organización hospitalaria es al mismo tiempo una función directiva y herramientas y métodos de gestión orientados al cliente, pero principalmente es un sistema de pensamiento empresarial, una filosofía de vida empresarial e individual.

La Calidad no solamente está ligada a los medios, no es solo cuestión de automatización, tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, si no que está ligada fundamentalmente a la aptitud y a la actitud de quienes prestan el servicio, conscientes de que lo verdaderamente importante son las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio. De poco sirven los mejores conocimientos con las mejores habilidades técnicas profesionales utilizando los mejores equipos y tecnologías y los mejores procesos, si se desconoce al paciente como eje fundamental y la razón de ser del ejercicio médico clínico. Terminaríamos siendo excelentes mecánicos pero pésimos médicos y trabajadores sanitarios.

Para lograr la calidad requerida es necesario poner atención tanto en las relaciones con los clientes como en las relaciones interpersonales dentro de la empresa; de aquí nace el criterio de cliente interno y cliente externo. Por lo tanto, para lograr globalmente la calidad requerida se considerarán y se tratarán las relaciones entre personas dentro y fuera de la organización.

Dar satisfacción al cliente significa conocerlo, conocer sus expectativas, necesidades, gustos y preferencias, mediante un método acorde con las normas, ya sea el cliente interno y externo

El concepto de cliente interno tiene diferentes aspectos a considerar:

En primer lugar, la relación entre departamentos dentro de la empresa: ¿Quién vende y quién compra?; ¿qué servicios vende un departamento a otro?, ¿cómo los vende?, ¿está satisfecho al comprador? y finalmente, ¿cómo mejorar el servicio requerido por el comprador?

Otro aspecto es la relación entre las personas que componen un departamento de la organización, de la tienda o del buffet de abogados: ¿cómo es la comunicación entre las personas?, ¿cuáles son sus actitudes, motivaciones y conductas? y especialmente ¿cómo están dando o recibiendo el servicio tiene que dedicar tiempo y energía a arreglar cosas mal hechas por otro? En todo caso, ¿a qué costo?

En los diferentes tipos de empresas de servicios encontramos toda una escala de relación entre servicio y producto. Una empresa que fabrica bienes (autos, electrodomésticos, muebles, casas...) tiene un alto contenido de producto, pero también debe dar un servicio, tanto a sus clientes internos como a sus clientes externos. En el otro extremo tendríamos empresas de consultoría, asesoría o profesionales que dan un servicio prácticamente puro, donde el producto puede ser sencillamente, el proyecto, póliza de seguros, o dinero, como en el caso de un banco. En este grupo también se incluyen los servicios dados por profesionales (abogados, psicólogos, médicos, dentistas, asesores, consultores, etc.)

A medio camino encontramos empresas que combinan por igual producto y servicio, como es el caso de un restaurante, una cafetería, donde el interés se centra tanto en la relación como en el producto en sí.

El énfasis de la relación en una empresa de producción está en el bien en sí. El comprador ve, toca, prueba, usa el producto. En las empresas de servicios el énfasis de la relación está establecido por las personas. La

importancia radica en el trato, amabilidad, confianza, profesionalidad que pueda demostrar el asesor o el profesional. La fuerza está en las personas, pero para vender productos es necesario contar con esta fuerza si se espera tener éxito en la venta.

La norma indica que los requisitos de un servicio necesitan estar claramente definidos en términos de características observables, y ser sometidos a la evaluación del cliente.

Por lo tanto, en el mercado el gran juez de la calidad es el cliente; es a quien queremos conocer para satisfacer mejor. Los tiempos de la venta a presión han pasado, el marketing actual se centra en los diferentes métodos que es posible aplicar para conocer las expectativas de los clientes. De aquí que se desprende la necesidad de un marketing interno que analiza las necesidades de los departamentos y de las personas, optimizando la relación.

La prestación del servicio, independientemente del tipo de empresa, también necesita estar definida en términos de las características que, aunque no siempre son observados por el cliente, le afectan directamente,

Tanto los requisitos de un servicio como la prestación del servicio en sí necesitan ser evaluados tomando como base criterios definidos de aceptación.

Las características del servicio y la prestación del servicio, pueden ser cuantitativas, es decir, medidas en unidades de tiempo, por número de llamadas, etc., o cualitativas, es decir aquellas en que la medida surge en comparación y que dependen de la forma de evaluación.

Las exigencias de servicio son detectables y medibles por lo tanto evaluables y controlables.

El Ministerio de Salud ha implementado normas e indicadores, así: Los usuarios están satisfechos con los servicios de salud brindados por el equipo del establecimiento de salud.

- Propósito: Componente de resultado.

- **Ámbito:** En todos los niveles de prestación de servicios del Ministerio de Salud.
- **Pro actividad:** Promueve la incorporación de las medicinas de satisfacción del usuario externo de manera periódica, sistemática y analítica.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** En base al indicador satisfacción del usuario con los de servicios de salud recibidos.
- **Impacto:** Mejora sostenida de la satisfacción del usuario.
- **Despliegue en la institución:** En todos los niveles de servicios la medición de satisfacción del usuario es consistente en las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario:** Es la esencia del enfoque en el usuario y es percibido por los usuarios internos y/o externos.

Satisfacción del usuario interno

El personal de salud está satisfecho por su trabajo en la institución.

- **Propósito:** Estándar de resultado.
- **Ámbito:** Todos los niveles de servicios de salud dentro de la organización.
- **Pro actividad:** Promueve la medición sistemática de la percepción del eje o motor del cambio hacia la calidad de atención en salud.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** A través del indicador de satisfacción del usuario interno.
- **Impacto:** Mejora global y sostenida de la calidad de atención en los servicios de salud.
- **Despliegue en la institución:** En todos los niveles de atención dentro del Sistema del MINSA.

Despliegue hacia el usuario: Centra su atención en el usuario interno.

Despliegue hacia el usuario: Centra su atención en el usuario interno.

Elaborar el Plan Anual de Auditoría en Salud, conforme a las prioridades institucionales y a sus necesidades de evaluación, el mismo que será

presentado a la Dirección de la organización de salud y/o establecimiento de Salud para su conocimiento, aprobación y difusión.

Conformar los equipos de auditoría de acuerdo a lo estipulado en la presente norma.

Planear, organizar, ejecutar, supervisar y evaluar las auditorías programadas en el Plan Anual de Auditoría según nivel de complejidad de la organización y/o establecimiento de Salud.

Elaborar el informe de auditoría y realiza el seguimiento de las recomendaciones y/o sugerencias emitidas.

El miembro de secretaría del Equipo de Gestión deberá garantizar el ordenamiento de la documentación de la Coordinación de Auditoría en Salud y facilitará su trabajo los adjuntos del Equipo de Gestión apoyarán en sus funciones al Coordinador de Auditoría en Salud de quien dependen jerárquicamente.

Tipo de Asistencia Sanitaria

Toda la actividad asistencial cumple con los mismos criterios de calidad humana, base científica, evaluación constante y sometimiento a los mecanismos de control de calidad en vigor en todas las Unidades de los centros de salud, por lo que presentamos a continuación los siguientes tipos de asistencia sanitaria: el benéfico, el privado y el concertado.

- **Benéfico**

La asistencia gratuita para ciertos colectivos. Esta asistencia se organiza en colaboración con las entidades sociales representaciones de los colectivos beneficiados, como Trabajadores, campesinos, personas de la tercera edad, que selecciona y remiten a los pacientes subsidiarios de ser tratados a su amparo.

La asistencia es financiada por la Fundación, el Estado, ONGs, instituciones, empresas, donaciones filantrópicas nacionales e internacionales.

- **Directo**

El paciente el que se dirige directamente Al centro de salud para ser atendido y quien cubre el coste por consulta que genera su asistencia, sin que exista ninguna entidad remitora.

Los eventuales remanentes se destinan a financiar la asistencia benéfica que se realiza en las Unidades ubicadas de los centros de salud.

- **Concertado**

Los médicos del Ministerio de Salud quienes derivan a las Unidades a los pacientes en los que existen criterios de indicación para la realización de una intervención sanitaria, quien cubre los costes derivados de su atención. La transparencia y colaboración con los Servicios de Salud con los que están concertada de acuerdo a ley de la política de salud de nuestro país, la atención es gratuita.

Cuidados recibidos

La satisfacción de los (as) usuarios (as) de los servicios de salud ha venido adquiriendo notable importancia como indicador de la calidad de la atención en salud desde la década de 1980. Para que la atención que brinda el personal de salud sea de calidad, requiere la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, de relaciones interpersonales cálidas y de un ambiente físico agradable.

La satisfacción en la oportunidad de la atención fue menor entre los familiares cuidadores tanto de los adultos como de los niños, especialmente con relación al tiempo de espera para la consulta médica y para las diligencias de ingreso y egreso en caso de hospitalización. La percepción del tiempo de espera se pudo ver afectada por las condiciones de las

instalaciones las cuales se espera la atención; éstas fueron percibidas como no satisfactorias.

Tal como se ha podido apreciar la Ley General de Salud desde 1997, la Organización Mundial de la Salud, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Sergio E. Bernales del 2002, la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del 2003, la Resolución Ministerial del MINSA del 2007, entre otros documentos normativos expresan que la salud es una función y actividad más importante de la red hospitalaria del Ministerio de Salud, para lo cual conciben, formulan, ejecutan y controlan que los pacientes reciban la atención que se ha definido bien el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como en las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se presta a la población y brindar satisfacción significa conocer al paciente, conocer sus expectativas, necesidades, gustos y preferencias, mediante un método acorde con las normas.

El Hospital Sergio E. Bernales basado en las normas nacionales e internacionales, busca lograr que los Directores, los funcionarios, personal médico, técnicos y otros líderes ejerzan sus funciones con un liderazgo ético y de respeto a los pacientes, para lo cual este debe estar sustentado en los valores y en la conducta ética de los mismos de tal forma que logren entusiasmar y motivar a los trabajadores en sus diferentes niveles y de esta forma se encuentran en capacidad de brindar una atención médica a los pacientes de la más alta calidad acorde con los estándares internacionales y que permitan de esta manera devolver la salud a la población atendida.

Por lo tanto, los pacientes deben tener una orientación e información adecuada para solicitar su atención, que los pacientes mantengan una comunicación fluida con el médico y evitar de ese modo quejas y reclamos, brindando un trato preferente, para lo cual capacita al personal médico, asistencial y administrativo en sus diferentes niveles, que faciliten atención médica rápidas, oportunas y de calidad, evitando las largas colas. De otro

lado se reciben los medicamentos a través de un sistema de abastecimiento que logre la entrega de los mismos con la calidad y a entera conformidad y satisfacción del usuario.

Todos los documentos normativos y constitucionales prescriben como debe ser la atención de la salud en la red hospitalaria del Estado a través del Ministerio de Salud y cuyo objetivo primordial es tratar y recuperar la salud de los pacientes con una atención de calidad y a entera satisfacción de los pacientes.

En consecuencia se estima que El liderazgo y la motivación están en relación con la calidad de la atención de los pacientes en el Hospital Sergio E. Bernales.

1.3 Investigaciones

El tema de estudio del Liderazgo y Motivación de los Trabajadores en un Hospital, es un asunto de interés cada vez mayor en el ámbito de la Administración de instituciones de salud; particularmente el estudio de la variable Atención de los Pacientes. La productividad y la eficiencia de una institución se encuentran en función a esa relación ya que el personal mediante las mejores condiciones que ofrece al paciente va traer como consecuencia una satisfacción en el mismo.

Entre otros antecedentes teóricos podemos mencionar estudios que si bien es cierto no tienen relación directa, pero se refieren al ambiente en el cual se desarrolla la actividad de salud de un Hospital o Centro de Salud.

A continuación se presentan algunos de esos antecedentes teóricos:

FERNANDEZ, J. (2003) *Grado de Insatisfacción del Usuario Externo en los Servicios de Consulta Externa del Hospital Militar Geriátrico (HMG)*, tesis para optar el grado académico de Medicina Integral y Gestión en Salud, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú, llegó a las siguientes conclusiones:

- En promedio el usuario externo se encuentra medianamente satisfecho. En lo que se refiere a los recursos y al trato recibido se consideran

medianamente satisfechos. Sobre las condiciones de limpieza, privacidad, asientos, ventilación, iluminación y sanitarios se consideran satisfechos. La única esfera donde se consideran insatisfechos es en el tiempo de espera. En forma subjetiva la mayor cantidad de encuestados consideran buenos los servicios.

- La mayor proporción de los que aprueban los servicios son de educación secundaria y los que tienen educación primaria no refieren deficiencias.
- Personal de caja con deficiencias en su trato al usuario quienes indican falta de cortesía y de orientación.
- El personal técnico de enfermería con deficiencias en su trato por falta de cortesía.
- El personal médico asistencial cumple una labor bastante aceptable aunque en casos aislados los pacientes manifiestan que son poco tolerantes, escasa explicación.
- Ausencia de recursos humanos en formación en apoyo a consultorios externos.

GARCÍA, J. (2011) *Evaluación de la Calidad y Calidez de Atención a los Usuarios del Subcentro de Salud “El Bosque” Propuesta Gerencial de Mejoramiento. Periodo 2011*, tesis para optar el grado académico de Maestría en Gerencia y Administración de Salud, Universidad de Guayaquil, Guayaquil – Ecuador, llegó a las siguientes conclusiones:

- En el subcentro de salud “El Bosque” del Área 1 de Machala la demanda de servicios es alta en relación a la oferta del talento humano existente. Los porcentajes mayores de atención corresponden a los Médicos, Odontólogos, Obstetra, Laboratorio e inmunizaciones. El sexo femenino es el género que el mayor número acuden por atención.
- Por grupos de edad, en las atenciones preventivas y de morbilidad por parte de los médicos destaca un mayor porcentaje de atenciones a niños menores de 5 años. La atención de adultos mayores tiene un significativo porcentaje. La procedencia de los usuarios que demandan atención en su gran mayoría más del 90% corresponde al área de cobertura y provienen de las aéreas urbanas y rurales.

- Definitivamente el espacio físico es reducido, funciona en una sola planta con una sala de espera pequeña y poca ventilada para la cantidad de usuarios que diariamente acuden a esta unidad durante las 8 horas de jornada de trabajo. La climatización en razón del clima tropical es insuficiente y causan molestias a los usuarios. El resto de equipamiento es adecuado para una unidad de primer nivel.
- El subcentro de salud el bosque requiere de un plan de mejoramiento en la calidad y calidez de la atención estableciendo estrategias que conduzca a fortalecer el proceso de atención al usuario en un mediano y largo plazo, ya que las acciones a desarrollar no son complejas y no requieren incremento de presupuesto y con el mismo personal que labora actualmente se lo puede implementar. Para lograr su puesta en marcha, el seguimiento y verificación se requiere que las autoridades de salud con la participación comunitaria y los miembros del equipo de salud lo acoja y fortalezca con una muy buena disposición.

MEJÍA, Y. y AMAYA, R. (2011) *Evaluación de Calidad de Atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe en el Período de Abril a Junio 2011*, tesis para optar el Grado Académico de Maestría en Gestión Hospitalaria, Universidad de El Salvador, San Salvador – El Salvador, llegó a las siguientes conclusiones:

- La Unidad de Emergencia del Hospital de Nueva Guadalupe, no cuenta con la capacidad instalada para la categoría del segundo nivel de atención, pero sus servicios son accesible a la población urbana y rural por su ubicación geográfica y estratégica.
- En la calidad técnica existe un cumplimiento de los protocolos y guías de manejo, lo que genera confianza en los usuarios de los servicios de la unidad de emergencia del hospital.
- La dimensión de la continuidad de los servicios brindados, se ha visto afectada por las malas relaciones interpersonales de los trabajadores lo que se dificulta el trabajo en equipo y se refleja en la percepción de mala calidad que manifiestan los usuarios.

- Los usuarios internos y externos expresan que la infraestructura es mala, tiene poca iluminación y las condiciones higiénicas, interfieren en la comodidad de la Unidad de Emergencia, afectando la calidad de atención.
- Las condiciones físicas de la Unidad, los servicios brindados son rápidos, resuelven los problemas de salud según lo expresado de los usuarios, generando confianza en el hospital.
- La demora de tiempo de espera de los usuarios, es mayor para recibir la atención del médico y el complemento de los tratamientos, lo que genera abandono y atraso en el proceso asistencial.

VÁSQUEZ, M. (2011) *Factores de la Motivación que Influyen en el Comportamiento Organizacional del Equipo de Salud de Centro Quirúrgico Hospital Regional Docente Las Mercedes –HRDLM - Chiclayo, 2011*, tesis para optar el grado académico de Magíster en Enfermería, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo – Perú, llegó a las siguientes conclusiones:

- Los factores motivacionales que influyen en el comportamiento organizacional del personal de salud en estudio, es el salario (76.2%) y la falta de reconocimiento en los dos últimos años por parte de la dirección del hospital (81.2%); estos factores conllevan a que en determinadas circunstancias el profesional de la salud no cumpla un trabajo eficiente en el desempeño de sus actividades, por lo que se debe tener en consideración como factor motivacional la estabilidad laboral y los reconocimientos, ya que estos hacen sentir más seguros y valorados.

RÍOS, L. (2012) *Percepción de la Calidad de la Atención en el Programa de Planificación Familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Perspectiva de los Usuarios : Lima, enero - febrero 2012*, tesis para obtener el Título de Médico – Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana, Lima – Perú, llegó a las siguientes conclusiones:

- Los usuarios del programa de planificación familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza tienen una buena percepción en general respecto a la calidad, la calidez del personal y gratuidad del tratamiento dado por dicho programa.

- A pesar de que las personas tienen una percepción favorable del Hospital, el tiempo de espera es uno de los principales factores y el principal problema presente en el programa de planificación familiar del Hospital nacional Arzobispo Loayza, el cambio en el manejo de las historias por otro servicio sería un tema de análisis para posteriores trabajos.
- El grado de insatisfacción es alto debido al tiempo de espera demasiado prolongado y en ese tiempo las usuarias realizan otras actividades como el sacar citas para otros servicios u obtener citas para exámenes auxiliares.

1.4 Marco Conceptual

Para evaluar El liderazgo y la motivación de los trabajadores que permiten brindar una calidad en la atención de los pacientes es importante, tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. A partir de las múltiples reuniones de trabajo se logró un consenso acerca de los atributos prioritarios a ser excluidos en esta fase de implementación del sistema, los mismos que se definieron operacionalmente para facilitar su manejo y operativización.

Liderazgo: Es el conjunto de capacidades que una persona tiene para influir en un conjunto de personas, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo en el logro de metas y objetivos. También se entiende como la capacidad de tomar la iniciativa, gestionar, convocar, promover, incentivar, motivar y evaluar a un grupo o equipo. En la administración de empresas el liderazgo es el ejercicio de la actividad en un proyecto, de forma eficaz y eficiente, sea éste personal, gerencial o institucional (dentro del proceso administrativo de la organización).

Mecanismos: Conjunto de procesos o fases, los cuales van a producir un efecto.

Motivación: Son los estímulos que mueven a la persona a realizar determinadas acciones y persistir en ellas para su culminación. Este término está relacionado con voluntad e interés.

Mecanismos de Motivación: Conjunto de procesos de motivación los cuales van a originar que las personas tengan una mejor actitud positiva, que posibilite el incremento de la calidad y cantidad de las funciones asignadas.

Calidad de la Atención: Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.

Trabajador: Persona que pertenece a una organización, sean públicas, privadas o no gubernamentales, concebido como un elemento dinámico y valioso que genera valor para desarrollar la misma.

Desempeño Laboral: Es el proceder del trabajador en la búsqueda de su meta fijada, el cual puede incluir habilidades conocimientos técnicas para lograr dichos objetivos.

Salario: Es el pago que recibe de forma periódica un trabajador de mano de su empleador a cambio de cierta actividad productiva. El empleado recibe un salario a cambio de poner su trabajo a disposición del jefe, siendo éstas las obligaciones principales de su relación contractual. La remuneración salarial es uno de los aspectos de las condiciones de trabajo que influyen en la vida diaria de los trabajadores.

Seguridad en el Empleo: Se relaciona con la tendencia a la conservación frente a situaciones de peligro. Conservación de su propiedad, de su empleo, etc. Dentro de estas encontramos la necesidad de estabilidad, la de tener orden y la de tener protección entre otras.

Condiciones Físicas de Trabajo: Las condiciones de trabajo son un área interdisciplinaria relacionada con la seguridad, la salud y la calidad de vida en el empleo. También puede estudiar el impacto del empleo o su localización en comunidades cercanas, familiares, empleadores, clientes, proveedores y otras personas.

Respeto: Es un valor que permite que el hombre pueda conocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades de otras personas y sus derechos. Es decir el respeto es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad.

Ascenso: Oportunidad para el crecimiento personal, mayor responsabilidad e incrementan el estatus social de la persona.

Autonomía: Es la capacidad de tomar decisiones si ayuda de otra persona, sin influencia de presiones externas o internas.

Reconocimiento: La acción de distinguir a una persona o una institución entre los demás como consecuencia de sus características y rasgos de desempeño, se le designa como reconocimiento. También sirve para expresar la gratitud que se experimenta como consecuencia de algún favor o beneficio.

Accesibilidad.- Condiciones necesarias para que las personas puedan obtener servicios de salud individual y colectiva, disminuyendo las barreras geográficas, socioeconómicas, organizativas y culturales.

Eficacia.- Uso correcto de las normas, protocolos y procedimientos en la gestión y prestación de servicios de salud individual y colectiva.

Gestión.- Gestionar es coordinar todos los recursos disponibles para conseguir determinados objetivos, implica amplias y fuertes interacciones fundamentalmente entre el entorno, las estructuras, el proceso y los productos que se deseen obtener.

Información completa.- Provisión de contenidos, veraces, oportunos y entendibles por las personas o público, que le permite tomar decisiones sobre su salud.

Insatisfacción.- La insatisfacción de cada persona puede contribuir involuntariamente a deteriorar la imagen de la empresa, la calidad de sus productos y servicios e influir en el entendimiento del crecimiento y el desarrollo organizacional bajando los niveles de productividad y calidad. La situación generada por la crisis generalizada requiere de la organización, de un plan estratégico para salvar la integridad empresarial y la de los empleados. La insatisfacción y el malestar en el trabajo suele expandirse a otros grupos como familia y amigos.

Integridad.- Acciones dirigidas a las personas, su familia, la comunidad y su ambiente en un proceso que contiene los momentos de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de salud.

Oportunidad.- Respuesta a una necesidad de salud en un tiempo que implique menor riesgo y mayor beneficio para la para la persona o la población.

Participación Social.- Mecanismos y procesos que permiten a la población organizada a intervenir y tomar decisiones respecto a las prioridades, políticas y estrategias sanitarias.

Respeto al usuario.- Considerar a la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales.

Satisfacción del usuario externo.- Es el balance favorable entre lo que la persona o población espera de los servicios de salud y su percepción acerca de lo que reciben de ellos.

Satisfacción del usuario interno.- Es el balance favorable entre lo que el usuario interno espera de la organización y lo que percibe de ella.

Satisfacción del Usuario.- Knapp, A. (2003) es más específico al definirla como “el conjunto de ideas, sensaciones y valoraciones del usuario resultado de la interacción con un producto; es resultado de los objetivos del usuario, las variables culturales y el diseño del interfaz”, especificando no sólo de qué fenómenos es resultante, sino también qué elementos la componen y qué factores intervienen en la interacción. La buena experiencia del usuario como un objetivo, es generar sensaciones y valoraciones de los usuarios, los más agradables, positivas y satisfactorias posibles, además de reseñar la “fidelidad del usuario” como consecuencia de alcanzar este objetivo.

Satisfacción del Usuario es la sensación, sentimiento, respuesta emocional, valoración y satisfacción del usuario respecto a un producto, resultado del fenómeno de interacción con el producto y la interacción con su proveedor.

Satisfacción.- La satisfacción laboral podría definirse como la actitud del trabajador frente a su propio trabajo, dicha actitud está basada en las creencias

y valores que el trabajador desarrolla de su propio trabajo. Las actitudes son determinadas conjuntamente por las características actuales del puesto como por las percepciones que tiene el trabajador de lo que “deberían ser”.

Seguridad.- Condiciones en el establecimiento que garanticen a los usuarios, acceso a servicios sanitarios básicos para prevenir riesgos en él y medio ambiente.

Sistema de Gestión de la Calidad.- Un sistema de gestión de la calidad en una organización es un conjunto de manuales, procedimientos, instrucciones técnicas, registros y sistemas de información.

Sistema de Gestión de la Formación.- Es el conjunto de políticas y normas relacionadas entre sí que se establecen para el acceso y tratamiento de los recursos de información. Incluye los registros administrativos y los archivos, el soporte tecnológico de los recursos y el público a que se destina.

Sistema de gestión.- Una forma segura de gestionar con éxito una organización o una actividad consiste en conseguir el involucramiento de las personas en ese compromiso. Más que procesos de “Reingeniería” deberíamos hablar y pensar en la “rehumanización” de las empresas y organización.

Sistema.- Un sistema es un conjunto de elementos organizados que interactúan entre sí y con su ambiente, para lograr objetivos comunes, operando sobre información, sobre energía o materia u organismos para producir como salida información o energía o materia u organismos. Un sistema aislado no intercambia ni materia ni energía con el medio ambiente.

Trabajo en equipo.- Personas con visión compartida que asumen responsabilidad y compromisos, complementen capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.

1.5 Marco Legal

- R.S. N° 1870, se inició la construcción del Hospital del Niño ubicado en Collique distrito de Comas a inicios del mes de diciembre de 1939, con la

finalidad de atender especialmente a niños de ambos sexos con afecciones de tuberculosis.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, promulgada el 09 de Julio de 1997.
- Ley N° 27086, Ley de Transparencia y Acceso a la Información, promulgada el 02 de Agosto 2002.
- Ley N° 27927, Ley que modifica la Ley N° 27086 del 03 de Febrero 2003, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública del 22 de Julio 2002.
- Ley N° 28496, Ley que modifica la Ley N° 27815, Ley del Código de la Función Pública del 15 de Abril 2005.
- Decreto Supremo DS N° 043-2003-PCM, aprueban Texto Único Ordenado de la Ley 27086, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 027-2007-PCM, define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades de Gobierno Nacional.
- Decreto Supremo N° 063-2010-PCM, aprueba implementación del Portal de Transparencia Estándar en las Entidades de la Administración Pública. Jueves 3 de Junio de 2010.
- Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, aprueban Reglamento de la Ley de Código de Ética de la Función Pública.
- Directiva Administrativa N° 070-MINSA/OGC-V.01, Directiva Procedimiento de Atención a Solicitudes sobre Acceso a la Información Pública aprobado por Resolución Ministerio N° 825-2005-MINSA.

- Directiva Administrativa N° 118-MINSA/DST-V.02, Directiva Administrativa que regula el procedimiento para la atención de Consultas, Sugerencia, Quejas, Solicitudes de Interposición de buenos oficios y consejería en la Defensoría de la Salud y Transparencia del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 603-2007/MINSA.
- Directiva Administrativa N° 094-MINSA/OGV-V.01, Directiva Administrativa para la publicación y Actualización de Información en el Portal del Ministerio de Salud aprobada por Resolución Ministerial N° 687-2006/MINSA.
- Directiva Administrativa N° 115-MINSA/DST.V.01, Directiva Administrativa que regula el procedimiento para la utilización del Sistema de Atención Solicitudes de Acceso a la Información Pública Vía Internet del Ministerio de Salud (Resolución Ministerial N° 538-2007/MINSA).
- Directiva Administrativa N° 105-MINSA/SG.V.01, Directiva Administrativa para la clasificación de la Información del Ministerio de Salud (Resolución Ministerial N° 1201-2006/MINSA).
- Resolución Ministerial N° 597-2012/MINSA, se aprueba “Plan para la Promoción de le Ética, Transparencia y lucha contra la corrupción 2012-2013 en el Ministerio de Salud”. Se dispone se incorpore en sus Planes Objetivos, actividades de dicho Plan.
- Resolución Ministerial N° 037-2012/MINSA, aprueban Metas e Indicadores de Desempeño 2012 del Ministerio.
- Resolución Ministerial N° 054-2011/MINSA, aprueba Metas e Indicadores de Desempeño 2011-Ministerio de Salud, articulados a las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para todos y cada uno de los Ministerios y demás entidades del Gobierno Nacional.

- Resolución Ministerial N° 046-2010/MINSA, aprueba Metas e Indicadores de Desempeño 2010-Ministerio de Salud, articulados a las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para todos y cada uno de los Ministerios y demás entidades del Gobierno Nacional.
- Resolución Ministerial N° 203-2012-PCM, modifica Directiva sobre Lineamientos para la Implementación del Portal de Transparencia Estándar en las Entidades de la Administración Pública. (Publicado en el diario oficial El Peruano) Sábado 11 de Agosto de 2012.
- Resolución Ministerial N° 200-2010-PCM, aprueban Directiva “Lineamientos para la implementación del Portal de Transparencia Estándar en las Entidades de la Administración Pública” (Quedando derogada la Resolución Ministerial N° 398-2008-PCM).
- Resolución Ministerial N° 384-2010-MINSA, aprueban el Plan del Ministerio de Salud para la Promoción de la Ética, Transparencia y Lucha contra la Corrupción 2010 – 2011.
- Resolución Ministerial N° 195-2012-PCM, modifican título de la Directiva N° 001-2009-PCM-SGP por el Reconocimiento a las Prácticas de Buen Gobierno en las Entidades del Poder Ejecutivo y modifican articulados.
- Resolución Ministerial N° 050-2009-PCM, aprueban Directiva “Lineamientos para la Promoción del Código de Ética de la Función Pública en las entidades públicas del Poder Ejecutivo”.
- Resolución Ministerial N° 195-2012-PCM, modifíquese el Título de la Directiva N° 001-2009-PCMSGP denominada “Lineamientos para la promoción del Código de Ética de la Función Pública en las entidades públicas del Poder Ejecutivo”.

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales se encuentra en la Av. Túpac Amaru N° 8000 Km. 14.5 Comas, distrito que se encuentra ubicado en el Cono Norte de Lima Metropolitana en la región natural de la costa provincia y departamento de Lima.

Con una superficie del distrito de 48.72 Km² lo que representa el 5% del territorio del cono norte y 1.7% de Lima metropolitana.

Dimensiones del hospital

Área de terreno inicial:	600,205.62 m ²
Área construida:	16.899.33 m ²
Sótano:	189 m ²
Primer piso:	15,201 m ²
Segundo piso:	1,413.33 m ²
Área entre construcciones:	8,358.90 m ²
Área libre:	578,100.47 m ²
Por el frente:	405,50 m (Av. Túpac Amaru)
Lateral derecho:	881 m ²
Lateral izquierdo:	486.41 m
Por el frente:	134.50 m

Limites:

Norte: Distrito de Ancón y la provincia de Canta – Región Lima

- Sur: Distrito de los Olivos, San Martín de Porres y San Juan de Lurigancho.
- Este: Distrito de San Juan de Lurigancho y provincias de Canta y Huarochirí – Región Lima
- Oeste: Distrito de Puentes Piedra; Los Olivos y San Martín de Porres.

Accesibilidad:

Está estratégicamente ubicado entre los distritos de Comas y Carabayllo y también muy cerca al distrito de Los Olivos, Independencia, San Martín de Porres y Puente Piedra y es el hospital más cercano para la provincia de Canta. Tiene grandes avenidas importantes y que nos comunican con otros distritos y Lima dentro de ellos.

- i) Avenida Túpac Amaru
- ii) Avenida Universitaria
- iii) Carretera Panamericana – Avenida Túpac Amaru
- iv) Carretera Panamericana – Avenida Universitaria

El Ministerio de Salud, organismo perteneciente al Poder Ejecutivo es la entidad encargada de brindar el marco legal y las normas correspondientes a la atención de salud de la población peruana por intermedio de su Red Hospitalaria en todo el territorio nacional para lo cual cuenta con los presupuestos que le asigna el Ministerio de Economía y Finanzas anualmente.

A pesar de los esfuerzos que realiza el gobierno por incrementar los presupuestos de los Hospitales del Ministerio de Salud, sin embargo este aún resulta insuficiente para brindar una atención de calidad a los pacientes que demandante este servicio.

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales brinda una atención de servicios de salud a la población de Comas, Carabayllo, Independencia y de otros

distritos que la requieran; pudiéndose calificar esta atención regular, no satisfaciendo plenamente las demandas de la población atendida.

En el caso concreto del Hospital Sergio E. Bernales se ha podido observar entre otras evidencias en cuanto al liderazgo y motivación de los Funcionarios, Personal Médico, Técnicos, lo siguiente:

- Que si se encuentran claramente establecidas las metas y objetivos de la organización, sin embargo no existe una participación activa de los trabajadores en la toma de decisiones.
- Se aprecia también una comunicación ineficiente entre las diferentes jerarquías que solo los trabajadores reciben disposiciones y órdenes por cumplir.
- De otro lado se aprecia un trato al personal medianamente bueno, pero algo frío y distante.
- En cuanto a la motivación específicamente podemos mencionar que no se premia oportunamente al personal en los diferentes niveles por sus acciones meritorias.
- No se elogia ni se ofrece recompensas satisfactorias y oportunas por los éxitos alcanzados por los trabajadores.
- Existen equipos médicos modernos, sin embargo en algunos casos suelen haber ausencia de insumos básicos.
- En cuanto a las presentaciones de las instalaciones se puede apreciar que son más o menos atractivas, no obstante podrían mejorar su presentación.
- No se demuestra sincero interés en dar solución a los diferentes problemas que se presentan diariamente.
- No todos los trabajadores se muestran proclives a ayudar a los pacientes durante su estadía en el Hospital.

- Los pacientes tienen poca confianza en el Personal Médico y Administrativo.
- Que los pacientes llegan al Hospital y no reciben una orientación o información adecuada para solicitar su atención, de otro lado se ha podido apreciar que el equipamiento médico, así como el instrumental empleado es de tecnología de punta.
- Se ha podido también observar que los pacientes no mantienen una comunicación fluida con el personal técnico y médico tratante.
- De otro lado se ha podido apreciar que existen pacientes que muestran disconformidad con el diagnóstico prescrito por los médicos.
- De otro lado en cuanto a la calidad por la atención recibida se ha podido apreciar que a pesar de los esfuerzos que realiza el personal del Hospital el trato no es del mejor expresado esto en múltiples quejas y reclamos.
- También se ha podido observar que existe personal tanto Administrativo, Técnico y Profesional que no muestra una capacitación para las funciones en que realizan sus actividades diarias. Como es el caso de los profesionales de la salud no todos están capacitados en el manejo de los equipos (de tecnología de punta).
- Se ha podido observar que en todo caso las atenciones son muy lentas y se forman largas colas para recibir la atención correspondiente, muchos de los pacientes deben venir desde muy tempranas horas para poder obtener un cupo en la atención.
- Por otro lado finalmente se ha podido apreciar que existe personal que expresa no estar conforme con el abastecimiento de los medicamentos prescritos así como por la poca existencia de los mismos en la Farmacia del Hospital.

La situación antes descrita se debería entre otros factores fundamentalmente a lo siguiente:

- Poca preparación del personal administrativo, técnico y profesional del Hospital. No todos cuentan con la capacitación adecuada para el manejo de los equipos moderno que tienen.
- Por los presupuestos que no cubren la demanda de las medicinas que requieren los pacientes.

De no darse una solución oportuna a los problemas existente en el Hospital, se verá resentida la atención a los pacientes que acuden diariamente a dicho nosocomio, y los paciente optaran por acudir a otros centros de atención médica como pudiera ser ESSALUD, Hospital de la Solidaridad, Clínicas privadas, con lo cual se estaría desatendiendo a una gran población del cono norte que vería disminuida sus posibilidades de atención entre otros factores por los escasos recursos de las familias que requieren atención médica y por la cercanía al referido Hospital.

Una posible solución a los problemas antes señalados pudiera estar regida entre otras por las siguientes acciones:

Realizar un Programa de capacitación para todos los niveles de personal, tanto para personal médico, técnico y personal administrativo del mismo, pudiendo complementarse esta capacitación con profesionales y personal técnico de la más alta calificación, tanto del Ministerio de Salud como de otros especialistas en la materia, de acuerdo con la tecnología que cuentan.

Mantener un diálogo abierto con el Ministerio de Salud para solicitar oportunamente los equipos, el instrumental y las medicinas necesarias para brindar una atención de calidad en el Hospital.

2.1.2 Antecedentes Teóricos

En la Biblioteca de la Escuela de Posgrado de Universidad Inca Garcilaso de la Vega, así como en el Archivo del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, no se han encontrado trabajos de investigación que establezcan una relación entre liderazgo, la motivación y la calidad de la atención de los pacientes en Hospitales o Clínicas de Lima Metropolitana. Así mismo no se han hallado estudios similares.

2.1.3 Definición del Problema

2.1.3.1 Problema Principal

¿De qué medida el Liderazgo y la Motivación de los Trabajadores están en relación con la Calidad en la Atención de los pacientes en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique 2012?

2.1.3.2 Problemas Específicos

1. ¿En qué forma el Liderazgo está en relación con el Esfuerzo Individual de los Trabajadores?
2. ¿De qué manera el Liderazgo está en relación con el Desempeño de los Trabajadores?
3. ¿En qué forma el Liderazgo está en relación con el Logro de las Metas Individuales de los trabajadores?
4. ¿De qué manera el Liderazgo está en relación con la obtención de Recompensas organizacionales de los trabajadores?
5. ¿De qué manera el Liderazgo está en relación con la Calidad de la Atención de los Pacientes?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La finalidad de la presente investigación es el de tratar de obtener si existe una relación entre el liderazgo, la motivación y la calidad en la atención de los pacientes en el Hospital Sergio E. Bernales – 2012.

La importancia de la investigación es lograr que los trabajadores del Hospital se desempeñen con la mayor eficiencia y eficacia, producto de un adecuado liderazgo y una estimulante motivación que dan como resultado una

excelente calidad en la atención de los pacientes que acuden diariamente al Hospital Sergio E. Bernales.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo General

Sustentar de qué medida el Liderazgo y la Motivación de los Trabajadores están en relación con la Calidad en la Atención de los pacientes en el Hospital Sergio E. Bernales –2012.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

1. Señalar en qué forma el Liderazgo está en relación con el Esfuerzo Individual de los Trabajadores.
2. Identificar de qué manera el liderazgo está en relación con el Desempeño de los Trabajadores.
3. Identificar de qué forma el Liderazgo está en relación con el logro de las Metas Individuales de los Trabajadores.
4. Sustentar de qué manera el Liderazgo está en relación con la obtención de las Recompensas Organizacionales de los trabajadores.
5. Señalar cómo el liderazgo está en relación con la Calidad de la Atención de los pacientes.

2.2.3 Delimitación del Estudio

El objeto de la investigación se realizó en los meses de Enero a Agosto del 2012. (Se refiere al periodo de estudio y no a la población).

Esta investigación recopilará y analizará la información referente al problema en el Hospital Sergio E. Bernales de Collique.

El grupo social objeto de estudio son los pacientes y trabajadores de la entidad mencionada.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

El presente estudio es sumamente importante puesto que trata de ver la relación existente entre el Liderazgo que se ejerce en el Hospital Sergio Enrique Bernales, y la motivación con la calidad de la atención de los pacientes del referido nosocomio para buscar solución que permita establecer un excelente clima laboral que a su vez motive a los trabajadores tanto del personal funcionario como médicos tecnólogos y enfermeras y personal administrativo para que se encuentren en las mejores condiciones para brindar una atención de mayor calidad a los pacientes que asistan para requerir su tratamiento o restablecimiento de su salud.

Este reto impone que el Director del Hospital y los demás líderes de la organización ejerzan un liderazgo que esté sustentado en el ejemplo en los valores y códigos de conducta que deben observarse por todos esos integrantes del Hospital.

De otro lado es importante porque se busca conocer la percepción acerca de la calidad en la atención que tienen los pacientes respecto a la atención que se brinda en el ese Centro Hospitalario para tomar las acciones correctivas que se requieren a fin de elevar su eficiencia y eficacia.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Supuestos teóricos

El presente trabajo se basa fundamentalmente en las teorías sustentadas por los gurús de la administración y los expertos, tales como; Certo, Samuel en su obra *Administración Moderna* 2001; Daft L., Richard en su obra *La Experiencia del Liderazgo* 2006; Bernal, César en su obra *Proceso Administrativo para el Siglo XXI* 2008; Chiavenato, Idalberto 2007 en su obra *Introducción a la teoría General de la Administración*; Chiavenato, Idalberto en su obra *Administración de Recursos Humanos* 2011, Robbins, Stephen y Coulter Mary en su obra *Administración* 2010; Robbins, Stephen y Judge,

Timothy en su obra Comportamiento Organizacional 2009; entre otros, fundamentalmente por su aporte al conocimiento y aplicación de las teorías del Liderazgo, Motivación y Calidad.

En la Directiva Administrativa 118-MINSA-2002, sobre el Procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería en la Defensoría de la Salud y Transparencia del Ministerio de Salud; en la Ley de Código de Ética de la Función Pública del 2005; en la Resolución Ministerial N° 037-2012-MINSA sobre la aprobación de Metas e Indicadores de Desempeño; documento que han sido tenidos en cuenta por su gran connotación en brindar una calidad de atención en los pacientes del Hospital Sergio E. Bernales y de esa manera buscar optimizar la salud de la población del distrito de Collique y distrito aledaños.

2.3.2 Hipótesis Principal y Específicas

2.3.2.1 Hipótesis General

El Liderazgo y la Motivación de los trabajadores están en relación favorable y positiva con la Calidad en la Atención de los Pacientes del Hospital Sergio E. Bernales Collique – 2012.

2.3.2.2 Hipótesis Específicas

1. El Liderazgo está en relación favorable con el Esfuerzo Individual de los Trabajadores.
2. El liderazgo está en relación favorable con el Desempeño de los Trabajadores.
3. El Liderazgo está en relación favorable con el logro de las Metas Individuales de los Trabajadores.
4. El Liderazgo está en relación favorable con la obtención de las Metas Organizacionales de los trabajadores.
5. El Liderazgo está en relación favorable con la Calidad de la Atención de los pacientes.

2.3.3 Definición Operacional de Variables

Variable Independiente: LIDERAZGO, es el conjunto de capacidades que una persona tiene para influir en un conjunto de personas, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo en el logro de metas y objetivos.

Indicadores:

- Establecimiento de objetivos
- Participación y toma de decisiones
- Comunicación efectiva
- Trato al personal

Variable Independiente: MOTIVACIÓN, son los estímulos que mueven a la persona a realizar determinadas acciones y persistir en ellas para su culminación.

Indicadores:

- Esfuerzo individual
- Desempeño
- Metas individuales
- Recompensas organizacionales

Variable Dependiente: CALIDAD EN LA ATENCIÓN, es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.

Indicadores:

- Elementos tangibles
- Fiabilidad
- Capacidad de respuestas
- Seguridad
- Empatía

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

Estuvo constituida por los trabajadores y pacientes del Hospital Sergio E. Bernales que acuden diariamente a dicho nosocomio, que en total son de mil trescientos treinta y uno (1331) trabajadores y trescientos noventa y uno (391) pacientes.

3.1.2 Muestra

Para determinar las Actitudes de los trabajadores con respecto al Liderazgo y Motivación, se tomó una muestra no probabilística, eligiéndose a los cuarenta y seis (46) trabajadores que realizan la gestión administrativa por el buen conocimiento de sus funciones y actividades. Asimismo se hizo empleo de la Escala de Likert, que permitió medir la actitud medianamente favorable y positiva de los trabajadores hacia el Liderazgo y la Motivación.

Para determinar la Calidad del Servicio que se brinda a los pacientes, se tomó una muestra a los cuarenta y cinco (45) primeros pacientes que solicitaron atención el martes 28 de Agosto del 2012, en el Hospital, empleándose para tal fin el Modelo Servqual, que mide la calidad del servicio mediante la diferencia entre las percepciones que tuvieron los pacientes y las expectativas de los clientes (pacientes).

3.2 Diseño a utilizar en el estudio

El presente estudio es del tipo aplicativo y corresponde a un nivel descriptivo, no experimental.

Se utilizó la Escala Likert para medir la actitud de los trabajadores en cuanto a Liderazgo y Motivación, y el Modelo Servqual, para medir la calidad de la atención a los pacientes.

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.3.1 Técnicas

La técnica que se utilizó en este estudio fue la encuesta.

3.3.2 Instrumentos

Para la recolección de la información se utilizó el cuestionario, por intermedio de una serie de preguntas en su modalidad cerrada.

3.4 Procesamiento de Datos

Es la parte de la Estadística que está basada en el razonamiento sobre las observaciones y se ocupa del estudio de la población a partir de una muestra. La Estadística Inferencial, puede definirse como aquellos métodos que hacen posible la estimación de una característica de una población o la toma de una decisión referente a una población basándose sólo en los resultados de una muestra.

Los datos recogidos mediante el instrumento del cuestionario y la técnica de entrevista serán procesados y analizados mediante la Escala de Likert y el Método Servqual para elaborar la información que nos permita lograr los objetivos de la investigación.

**CAPÍTULO IV:
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1 Presentación de Resultados

**Actitud de los Trabajadores frente al Liderazgo y la Motivación
(Escala Likert)**

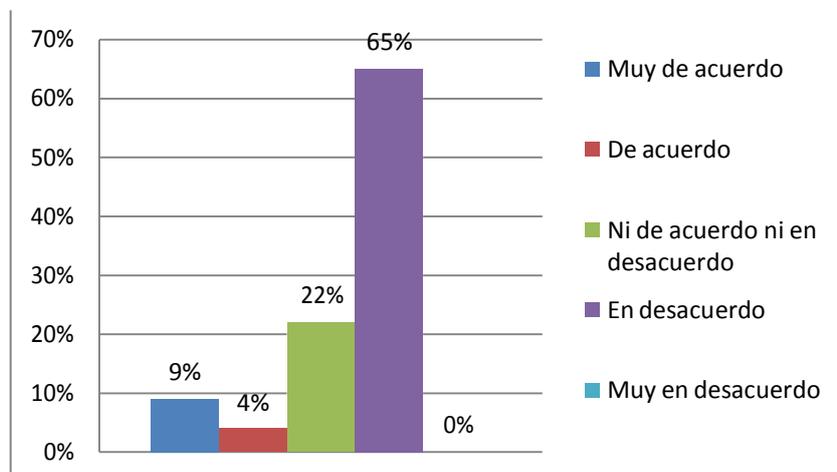
Tabla 1

Esfuerzo Individual de los Trabajadores

Alternativas	Fi	%
Muy de acuerdo	4	9
De acuerdo	2	4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	22
En desacuerdo	30	65
Muy en desacuerdo	0	0
TOTAL	46	100%

Los resultados muestran que un 9% está muy de acuerdo con el esfuerzo individual de los trabajadores, solamente un 4% está de acuerdo con dicho esfuerzo, mientras que un 22% refiere que está ni de acuerdo ni en desacuerdo con el esfuerzo y finalmente un 65% está muy en desacuerdo con el esfuerzo individual de los trabajadores del Hospital, es decir los pacientes creen que los trabajadores no realizan un gran esfuerzo en la atención.

Gráfico 1



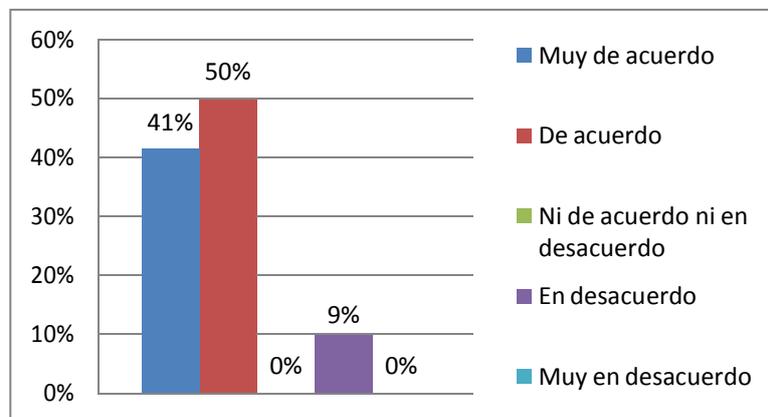
Fuente: Elaboración propia

Tabla 2
Desempeño de los Trabajadores

Alternativas	Fi	%
Muy de acuerdo	19	41
De acuerdo	23	50
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	4	9
Muy en desacuerdo	0	0
TOTAL	46	100%

Como apreciamos un 41% está muy de acuerdo con el desempeño de los trabajadores, y un 50% está de acuerdo, es decir que los trabajadores si realizan un buen desempeño en el desarrollo de sus labores, lo cual debería seguir; luego vemos que solo un 9% está en desacuerdo con el desempeño de los trabajadores.

Gráfico 2



Fuente: Elaboración propia

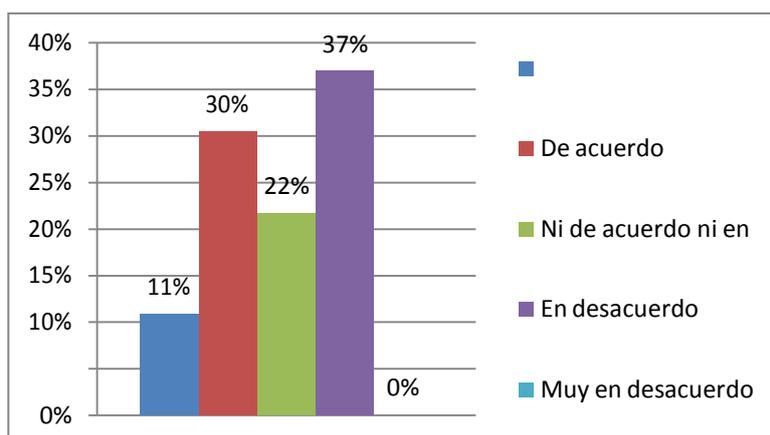
Tabla 3

Logro de las Metas Individuales de los trabajadores

Alternativas	Fi	%
Muy de acuerdo	5	11
De acuerdo	14	30
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	22
En desacuerdo	17	37
Muy en desacuerdo	0	0
TOTAL	46	100

El presente resultado revela que el logro de las metas individuales de los trabajadores no es muy bueno, ya que un 37% está en desacuerdo con esto, mientras que solo un 11% está muy de acuerdo con el logro de las metas, lo cual se debería de trabajar para que esa cifra crezca un poco mas; así también vemos que un 30% está de acuerdo y un 22% ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Gráfico 3



Fuente: Elaboración propia

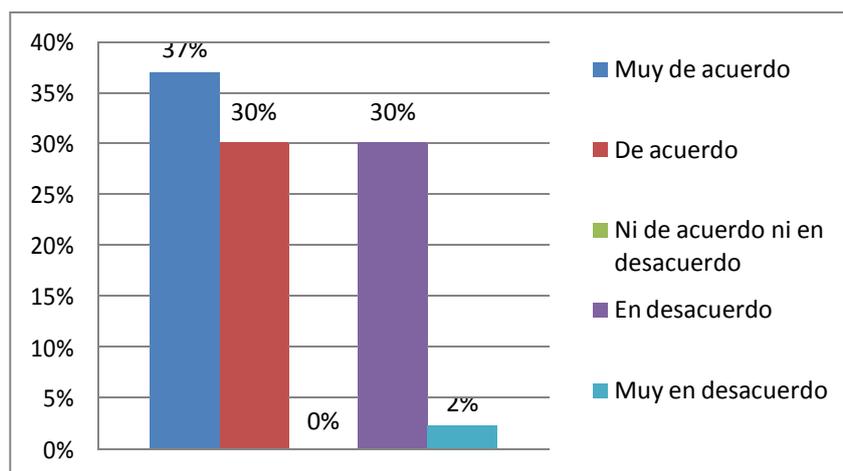
Tabla 4

Obtención de las Recompensas Organizacionales

Alternativas	Fi	%
Muy de acuerdo	17	37
De acuerdo	14	30
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	14	30
Muy en desacuerdo	1	2
TOTAL	46	100%

El presente resultado nos revela que el mayor porcentaje, es decir un 37% considera estar muy de acuerdo que el liderazgo está en relación con la obtención de las recompensas organizacionales, así también vemos que el 30% está de acuerdo con esta premisa, igual porcentaje de muestra estar en desacuerdo, es decir un 30% y finalmente un 2% considera que está muy en desacuerdo que el liderazgo está en relación con la obtención de recompensas organizacionales.

Gráfico 4



Fuente: Elaboración propia

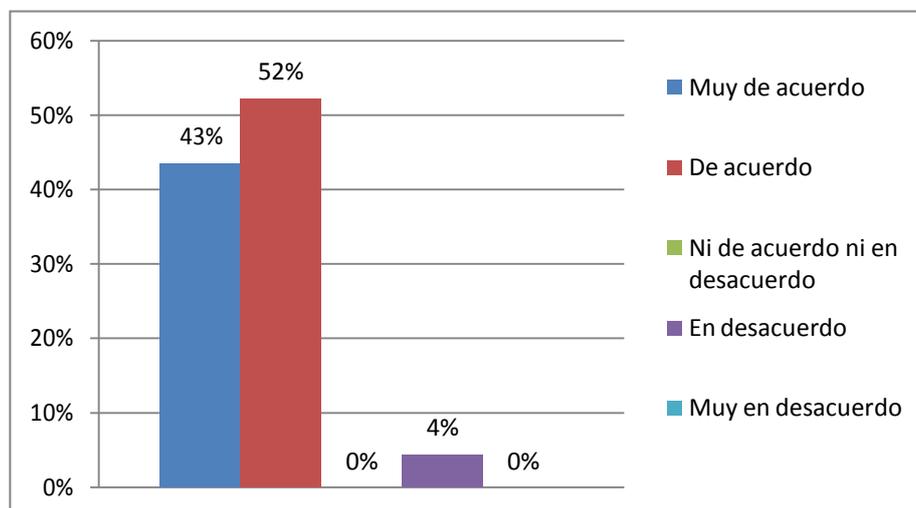
Tabla 5

Motivación y la Calidad en la Atención

Alternativas	Fi	%
Muy de acuerdo	20	43
De acuerdo	24	52
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0
En desacuerdo	2	4
Muy en desacuerdo	0	0
TOTAL	46	100%

Los resultados muestran que un 43% encuentra muy de acuerdo que el liderazgo al establecer objetivos está en relación con la motivación y la calidad en la atención, del mismo modo un 52% está de acuerdo con esto, lo cual demuestra ser muy positivo para el alcanzar los objetivos de la organización. Por otro lado solo un 4% dice estar en desacuerdo con esta premisa.

Gráfico 5



Fuente: Elaboración propia

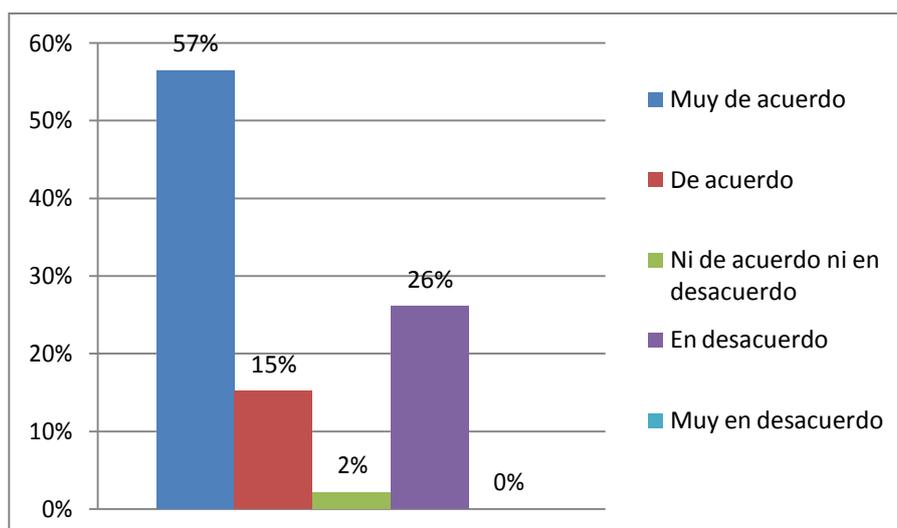
Tabla 6

El liderazgo al tomar en cuenta la Participación de los trabajadores en la Toma de Decisiones está en relación con la Motivación y la Calidad de Atención de los Pacientes

Alternativas	Fi	%
Muy de acuerdo	26	57
De acuerdo	7	15
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2
En desacuerdo	12	26
Muy en desacuerdo	0	0
TOTAL	46	100%

Apreciamos que un 57% está muy de acuerdo en referir que el liderazgo al tomar en cuenta la participación de los trabajadores en la toma de decisiones está en relación con la motivación y la calidad de atención de los pacientes, del mismo modo un 15% está de acuerdo con dicha afirmación; por otro lado tenemos que un 2% está ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 26% está muy en desacuerdo.

Gráfico 6



Fuente: Elaboración propia

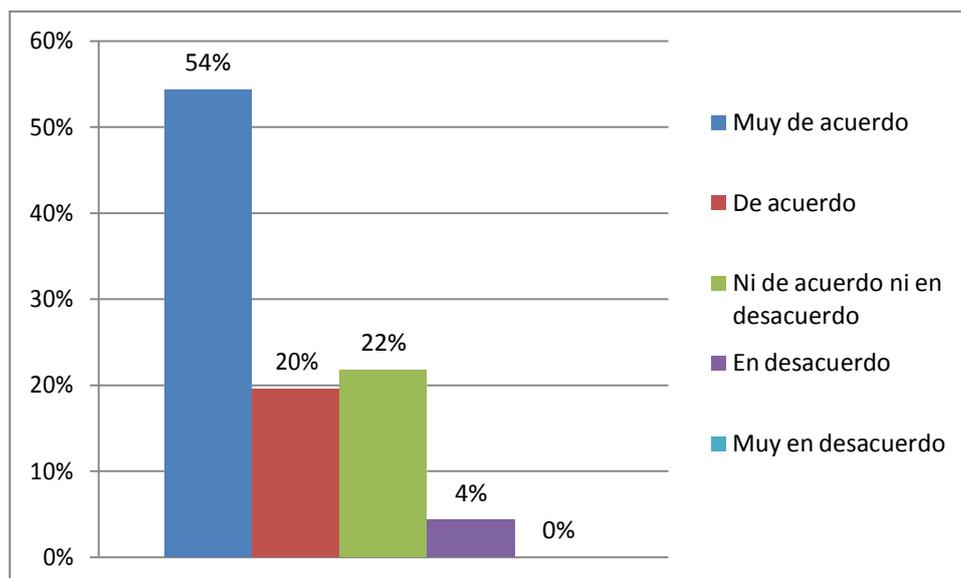
Tabla 7

El liderazgo al considerar la Comunicación Efectiva está en relación con la Motivación y Calidad de Atención de los Pacientes.

Alternativas	Fi	%
Muy de acuerdo	25	54
De acuerdo	9	20
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	22
En desacuerdo	2	4
Muy en desacuerdo	0	0
TOTAL	46	100%

El presente resultado revela que la comunicación es buena ya que el 54% está convencido que la comunicación efectiva está en relación con la motivación y calidad de atención a los pacientes, así como también vemos que un 20% está de acuerdo y un 22% ni de acuerdo ni en desacuerdo con esta situación, y por último un 4% está en desacuerdo con dicha afirmación.

Gráfico 7



Fuente: Elaboración propia

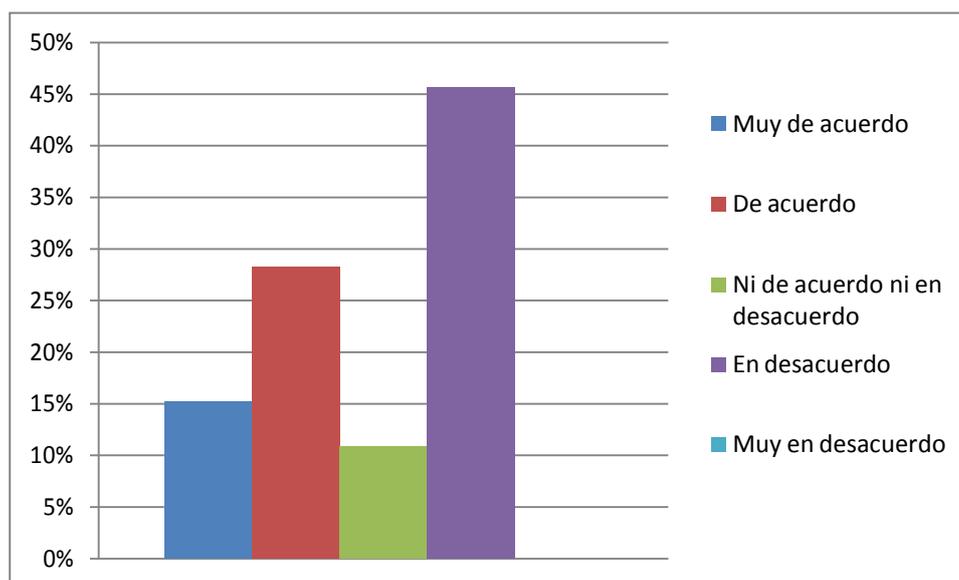
Tabla 8

La Motivación y la Calidad de la Atención se caracterizan por incidir en disponer de Normas y Procedimientos modernos

Alternativas	Fi	%
Muy de acuerdo	7	15
De acuerdo	13	28
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	11
En desacuerdo	21	46
Muy en desacuerdo	0	0
TOTAL	46	100%

Podemos apreciar que existe un 15% que está muy de acuerdo en que el liderazgo al brindar un buen trato al personal está en relación con la motivación y la calidad de la atención se caracteriza por incidir en disponer de normas y procedimientos modernos, igualmente que un 28% muestra estar de acuerdo; por otro lado el 11% demuestra estar ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 46% muestran estar en desacuerdo con esta premisa.

Gráfico 8

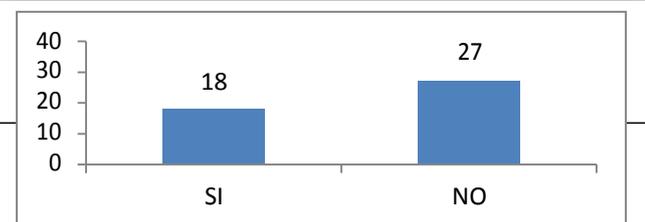
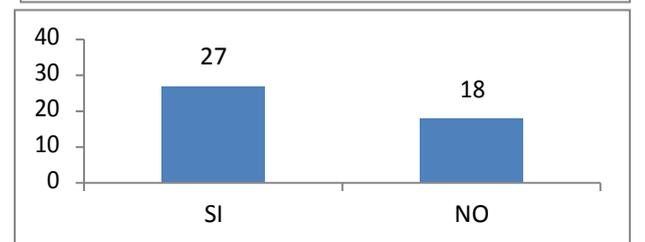
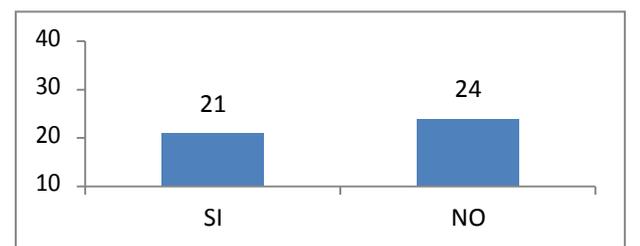
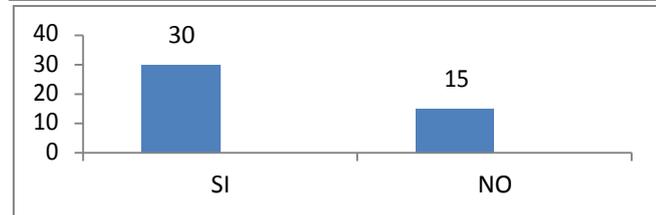
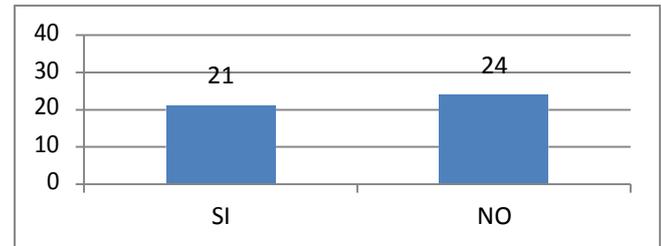
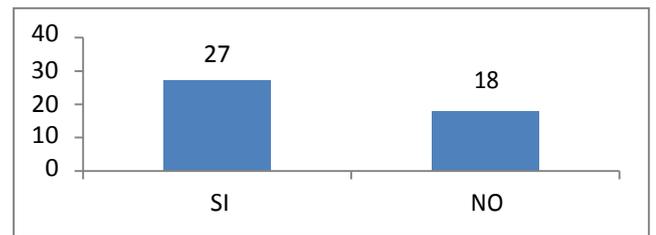
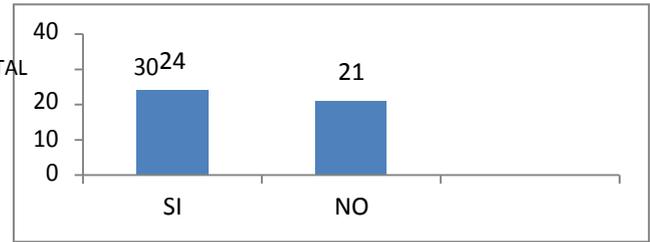


Fuente: Elaboración propia

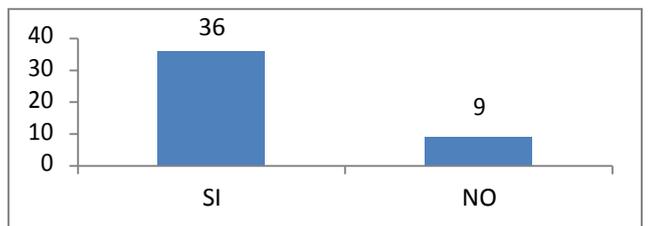
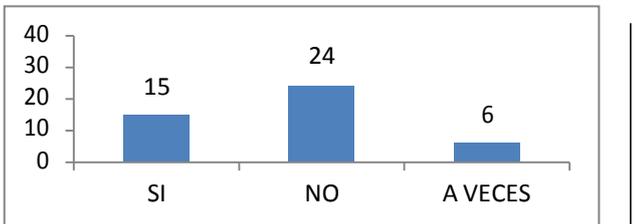
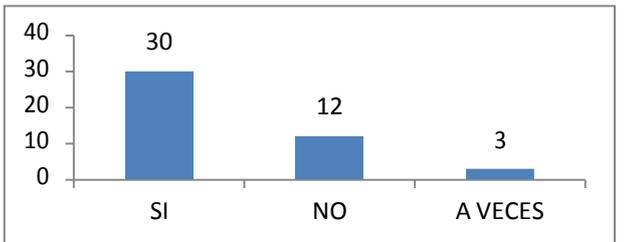
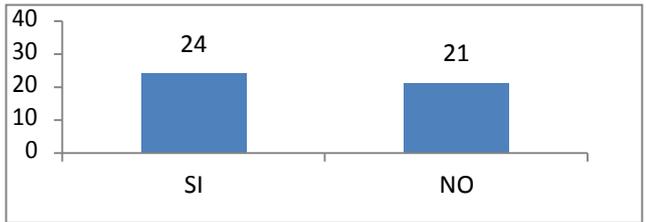
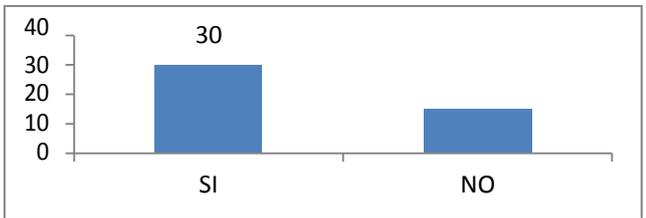
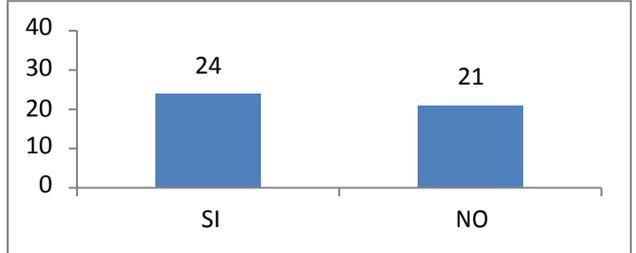
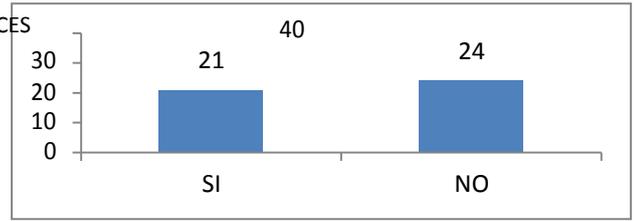
Calidad de la Atención de los Pacientes (Modelo Servqual)

Percepción

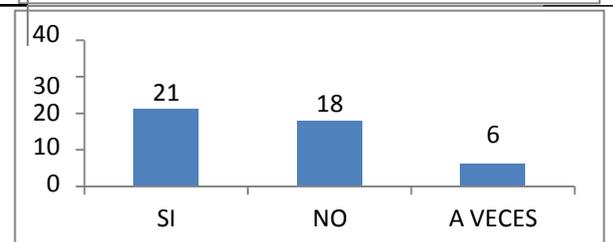
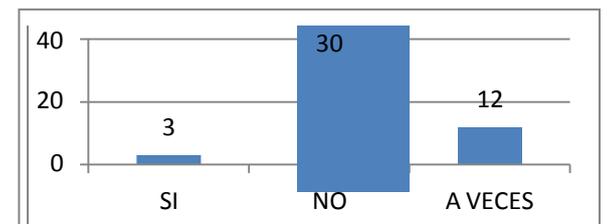
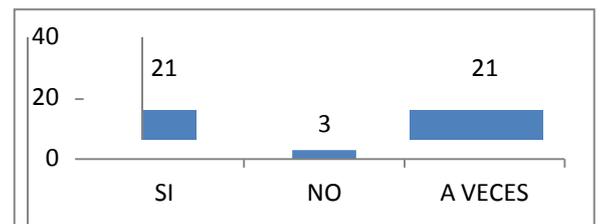
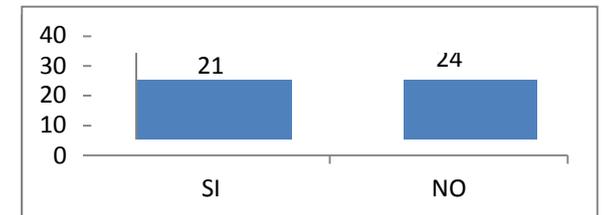
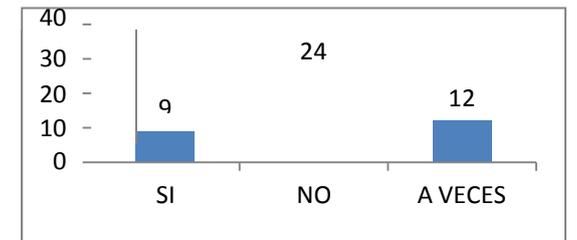
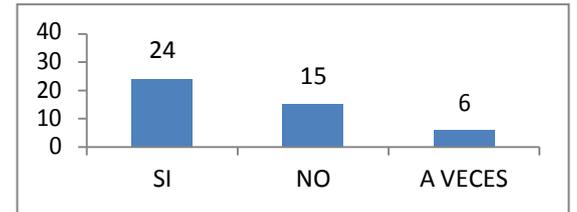
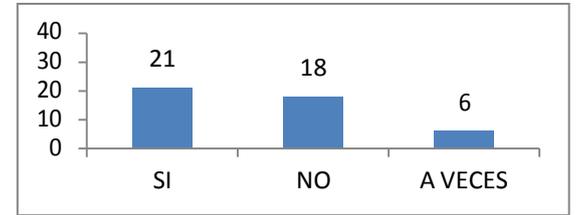
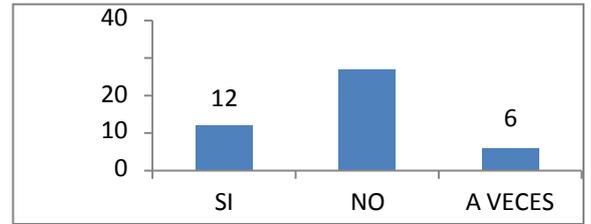
	PREGUNTAS	SI	NO	A VECES	TOTAL
	1	24	21		45
		SI	NO	A VECES	
	2	27	18		45
		SI	NO	A VECES	
	3	21	24		45
		SI	NO	A VECES	
	4	30	15		45
		SI	NO	A VECES	
	5	21	24		45
		SI	NO	A VECES	
	6	27	18		45
		SI	NO	A VECES	
	7	18	27		45



	SI	NO	A VECES	
8	21	24		45
	SI	NO	A VECES	
9	24	21		45
	SI	NO	A VECES	
10	30	15		45
	SI	NO	A VECES	
11	24	21		45
	SI	NO	A VECES	
12	30	12	3	45
	SI	NO	A VECES	
13	15	24	6	45
	SI	NO	A VECES	
14	36	9		45



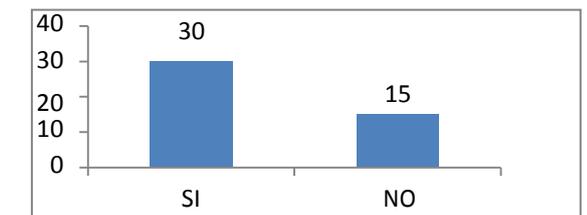
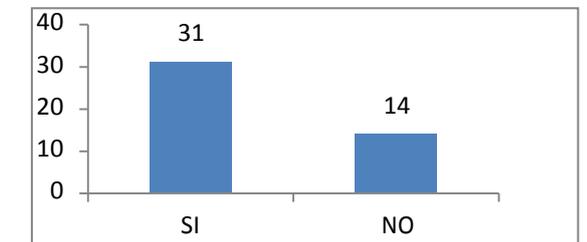
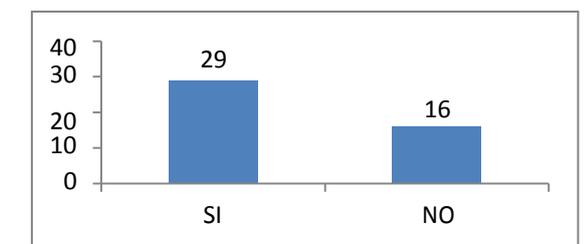
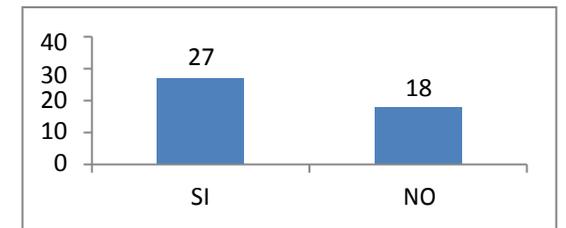
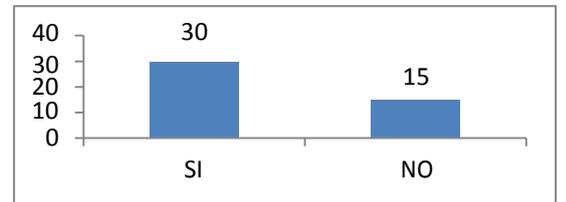
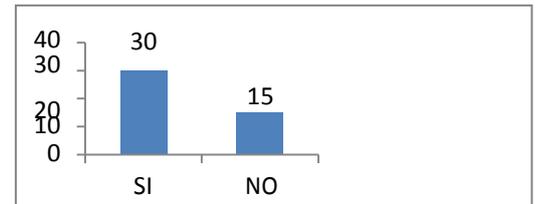
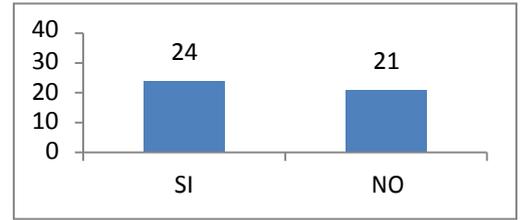
15	12	27	6	45
	SI	NO	A VECES	
16	21	18	6	45
	SI	NO	A VECES	
17	24	15	6	45
	SI	NO	A VECES	
18	9	24	12	45
	SI	NO	A VECES	
19	21	24		45
	SI	NO	A VECES	
20	21	3	21	45
	SI	NO	A VECES	
21	3	30	12	45
	SI	NO	A VECES	
22	21	18	6	45



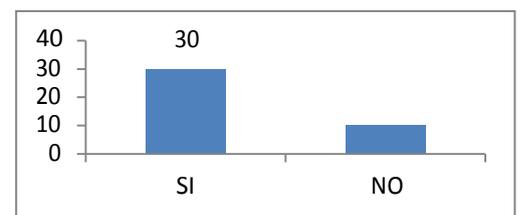
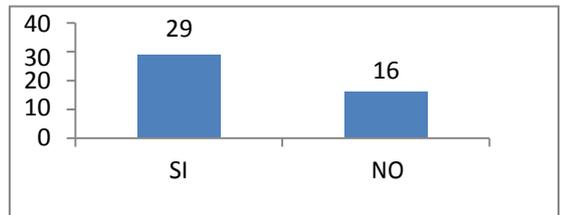
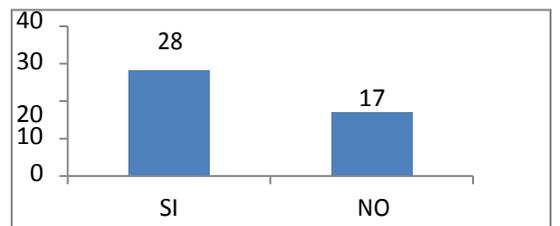
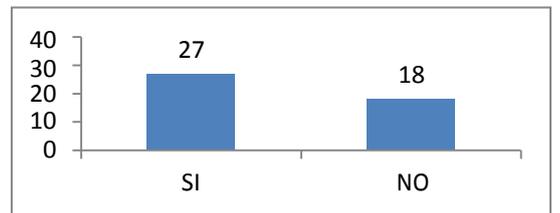
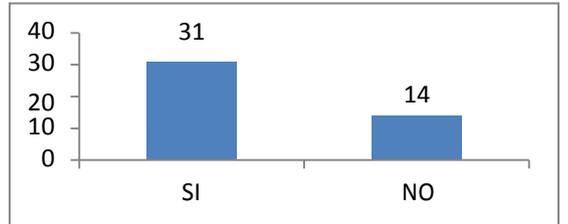
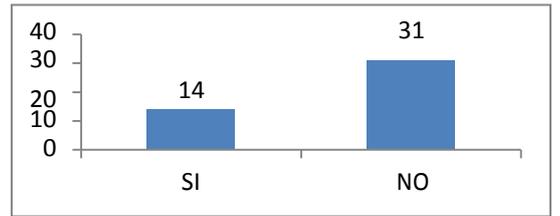
Fuente: Elaboración propia

Expectativa

PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
1	24	21	45
	SI	NO	
2	30	15	45
	SI	NO	
3	30	15	45
	SI	NO	
4	27	18	45
	SI	NO	
5	29	16	45
	SI	NO	
6	31	14	45
	SI	NO	
7	30	15	45

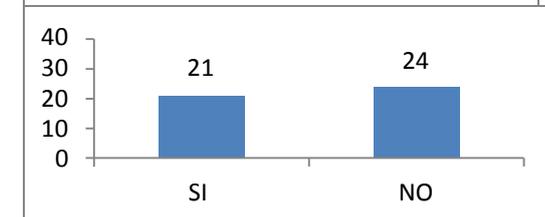
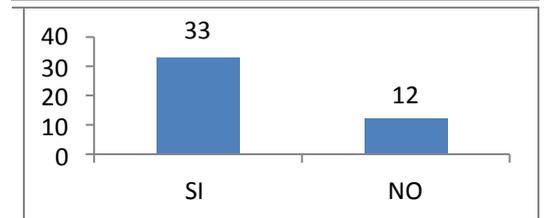
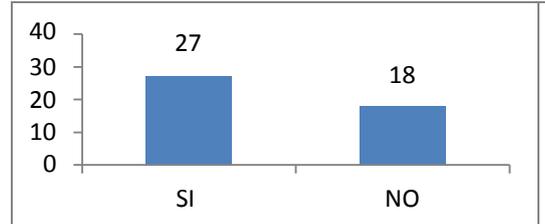
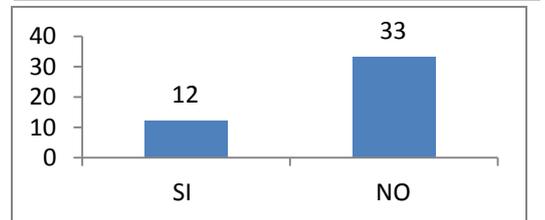
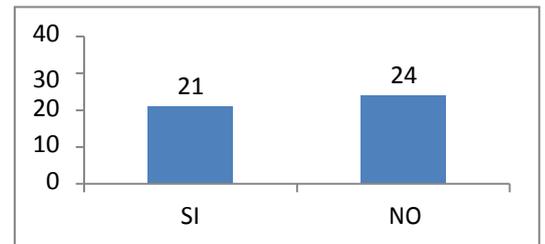
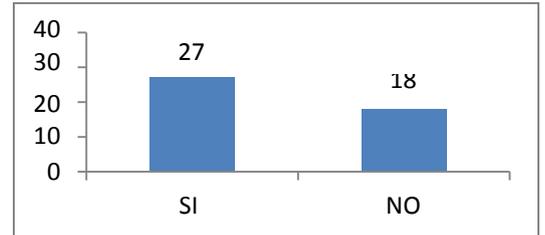
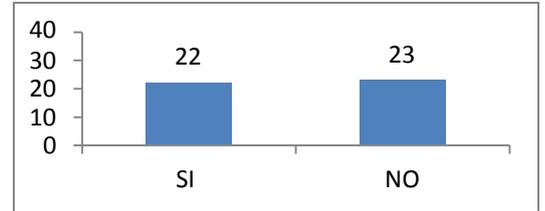
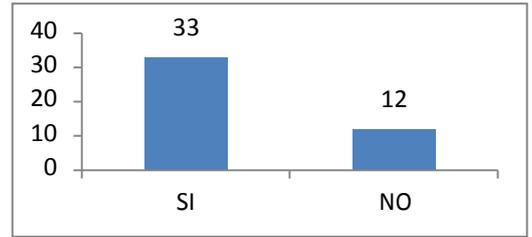


	SI	NO	
8	14	31	45
	SI	NO	
9	31	14	45
	SI	NO	
10	27	18	45
	SI	NO	
11	28	17	45
	SI	NO	
12	29	16	45
	SI	NO	
13	21	24	45
	SI	NO	
14	30	10	40



	SI	NO	
15	33	12	45
	SI	NO	
16	22	23	45
	SI	NO	
17	27	18	45
	SI	NO	
18	21	24	45
	SI	NO	
19	12	33	45
	SI	NO	
20	27	18	45
	SI	NO	
21	33	12	45
	SI	NO	
22	21	24	45

Fuente: Elaboración propia



4.2 Contrastación de Hipótesis

Para contrastar las hipótesis se emplearon dos (02) pruebas estadísticas, una para medir la actitud de los trabajadores hacia “El Liderazgo, Motivación y la Calidad en la Atención de los Pacientes del Hospital Sergio E. Bernales de Collique 2012” para lo cual, se aplicó la Escala Likert y otra prueba Modelo Servqual, para los pacientes que acudían al Hospital, a fin de medir la calidad del servicio que brindaba dicha nosocomio.

4.2.1 Escala de Likert

En el cuestionario aplicado en este estudio se utilizó la escala de calificación de Likert del 1 al 5. La escala de respuesta para los elementos iban desde "muy de acuerdo" (1) a "totalmente en desacuerdo" (5).

Escala de Likert

Puntuaciones obtenidas por los Trabajadores del Hospital Serbio E. Bernales de Collique, con respecto a la pregunta: "El Liderazgo está en relación con el Esfuerzo Individual de los Trabajadores".

PP = Puntaje por pregunta

Nº P = Número de preguntas

NT = Número Total de Trabajadores

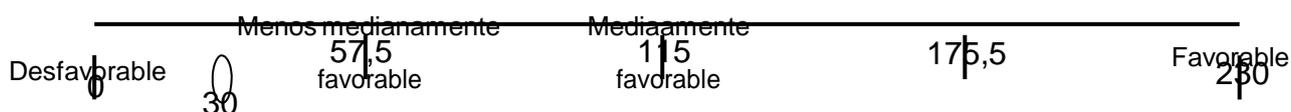
PM = Puntaje Máximo

PTF = Puntaje Total Favorable

PF = Puntaje Favorable

$$NT \times N^{\circ} P = PM \quad 46 \times 5 = 230$$

$$PF \times PP = PTF \quad 6 \times 5 = 30 \text{ n}$$



Conclusión:

A la primera pregunta, sólo contestaron en forma favorable seis (06) trabajadores, ya que cuatro (04) trabajadores estaban muy de acuerdo y dos (02) consideran estar de acuerdo, lo que se estima entre menos que medianamente favorable y favorable, esta situación indica que un significativo número de trabajadores (40) no tiene claro que el liderazgo está en relación con el esfuerzo individual, lo que se podría revertir con una mayor capacitación y entrenamiento en temas de liderazgo y aplicación de las teorías de la Motivación, así como con una mejora de los procesos de admisión de las personas (Reclutamiento y selección).

Conclusión:

A la segunda pregunta, sólo contestaron en forma favorable cuarenta y dos (42) trabajadores, ya que cuatro (04) trabajadores estaban muy de acuerdo y dos (02) consideran estar de acuerdo, lo que se estima entre menos que medianamente favorable y favorable, esta situación indica que un significativo número de trabajadores (40) no tiene claro que el liderazgo está en relación con el esfuerzo individual, lo que se podría revertir con una mayor capacitación y entrenamiento en temas de liderazgo y aplicación de las teorías de la Motivación, así como con una mejora de los procesos de admisión de las personas (Reclutamiento y selección).

Escala de Likert

Puntuaciones obtenidas por los Trabajadores del Hospital Serbio E. Bernaldes de Collique, con respecto a la pregunta: “El Liderazgo está en relación con el Desempeño de los Trabajadores”

PP = Puntaje por pregunta

Nº P = Número de preguntas

NT = Número Total de Trabajadores

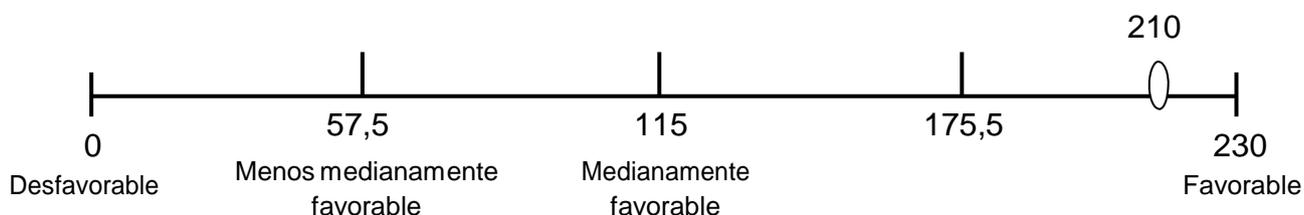
PM = Puntaje Máximo

PTF = Puntaje Total Favorable

PF = Puntaje Favorable

$$NT \times N^{\circ} P = PM \quad 46 \times 5 = 230$$

$$PF \times PP = PTF \quad 42 \times 5 = 210$$



Conclusión:

Con respecto a la segunda pregunta, contestaron en forma favorable cuarenta y dos (42) trabajadores; ya que diecinueve (19) trabajadores estaban muy de acuerdo, y veintitrés (23) estaban de acuerdo; lo que se considera casi favorable porque un buen número de encuestados si tiene claro que el Liderazgo está en relación con el Desempeño de los trabajadores, pudiéndose alcanzar la situación de favorable con la realización frecuente de una evaluación de desempeño.

Escala de Likert

Puntuaciones obtenidas por los Trabajadores del Hospital Serbio E. Bernales de Collique, con respecto a la pregunta: “El liderazgo está en relación con el logro de las Metas Individuales de los trabajadores”

PP = Puntaje por pregunta

Nº P = Número de preguntas

NT = Número Total de Trabajadores

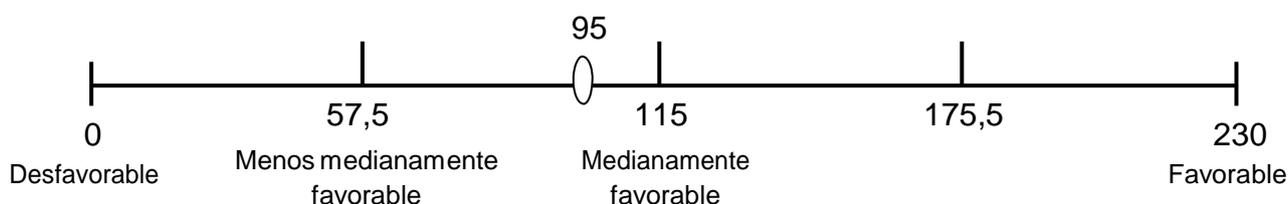
PM = Puntaje Máximo

PTF = Puntaje Total Favorable

PF = Puntaje Favorable

$$NT \times N^{\circ} P = PM \quad 46 \times 5 = 230$$

$$PF \times PP = PTF \quad 19 \times 5 = 95$$



Conclusión:

En la tercera pregunta, sólo contestaron en forma favorable diecinueve (19), ya que cinco (05) trabajadores estaban muy de acuerdo y catorce (14) estaban de acuerdo, lo que se considera menos que medianamente favorable noventa y cinco (95), lo que indica que existe un significativo número de trabajadores veintisiete (27) que no considera que el liderazgo está en relación con el logro de las Metas Individuales de los trabajadores; situación que se puede revertir mediante una adecuada motivación y compromisos de éstos con la visión y misión del Hospital.

Escala de Likert

Puntuaciones obtenidas por los Trabajadores del Hospital Serbio E. Bernaldes de Collique, con respecto a la pregunta: “El Liderazgo está en relación con la obtención de las Recompensas Organizacionales”

PP = Puntaje por pregunta

Nº P = Número de preguntas

NT = Número Total de Trabajadores

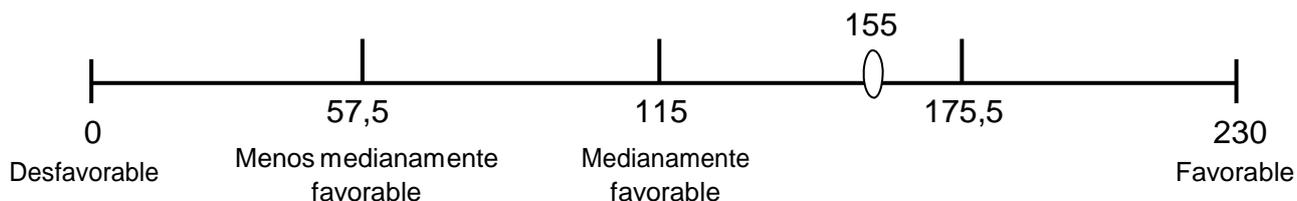
PM = Puntaje Máximo

PTF = Puntaje Total Favorable

PF = Puntaje Favorable

$$NT \times N^{\circ} P = PM \quad 46 \times 5 = 230$$

$$PF \times PP = PTF \quad 31 \times 5 = 155$$



Conclusión:

Con respecto a la cuarta pregunta, contestaron en forma favorable treinta y uno (31) trabajadores; ya que diecisiete (17) trabajadores estaban muy de acuerdo y catorce (14) estaban de acuerdo; lo que se considera más que medianamente favorable ciento cincuenta y cinco (155) lo que indica que un buen número de encuestados señala que el liderazgo está en relación con la obtención de las recompensas organizacionales, sin embargo se puede mejorar la situación mediante la difusión y conocimiento en los trabajadores, de las recompensas, incentivos, beneficios y servicios que otorga el Hospital a éstos.

Escala de Likert

Puntuaciones obtenidas por los Trabajadores del Hospital Sergio E. Bernales de Collique, con respecto a la pregunta: “El Liderazgo al establecer objetivos está en relación con la Motivación y la Calidad en la Atención de los Pacientes del Hospital Sergio E. Bernales.

PP = Puntaje por pregunta

Nº P = Número de preguntas

NT = Número Total de Trabajadores

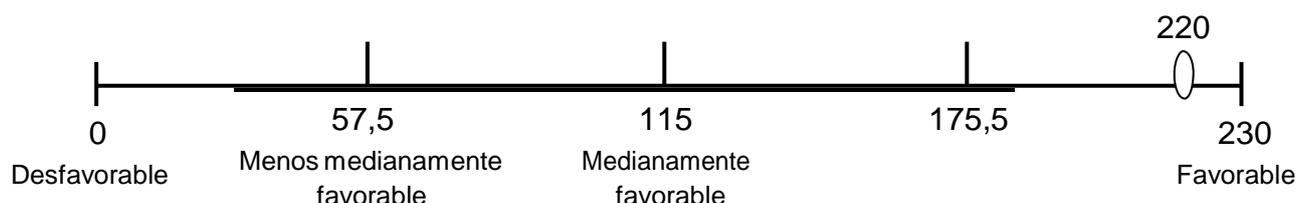
PM = Puntaje Máximo

PTF = Puntaje Total Favorable

PF = Puntaje Favorable

$$NT \times N^{\circ} P = PM \quad 46 \times 5 = 230$$

$$PF \times PP = PTF \quad 44 \times 5 = 220$$



Conclusión:

En relación a la quinta pregunta, contestaron en forma favorable cuarenta y cuatro (44) trabajadores, ya que veinte (20) trabajadores contestaron que estaban muy de acuerdo y veinticuatro (24) que estaban de acuerdo, lo que se considera casi favorable (220) lo que indica que casi el total de los trabajadores encuestados saben que el liderazgo al establecer objetivos está en relación con la Motivación y la Calidad en la Atención, revelando un fuerte compromiso de los trabajadores con la administración del Hospital.

4.2.2 Modelo SERVQUAL

A partir de 1985 los profesores Parasuraman, Zeithaml y Berry desarrollan varios estudios cualitativos y cuantitativos que dan origen a la escala SERVQUAL. Esta escala mide la calidad de servicio mediante la diferencia entre las percepciones y las expectativas de los clientes.

Se evalúa la calidad de servicio desde la perspectiva del cliente.

Si el valor de las percepciones iguala o supera el de las expectativas el servicio es considerado de buena calidad, mientras que si el valor de las percepciones es inferior al de las expectativas se dice que el servicio presenta deficiencias de calidad.

El modelo SERVQUAL, también conocido como modelo PZB (iniciales del apellido de sus autores), postula que hay una serie de dimensiones o criterios distintos que subyacen a los juicios de los consumidores sobre la calidad de un servicio.

La calidad percibida, por tanto, es considerada como una variable multidimensional, siendo estas dimensiones comunes a los juicios sobre cualquier tipo de servicio.

Propusieron como dimensiones subyacentes integrantes del constructo "calidad de servicio" los elementos tangibles (aparición de las instalaciones físicas, equipos, empleados y materiales de comunicación), la fiabilidad (habilidad de prestar el servicio de forma precisa), la capacidad de respuesta

(deseo de la organización de ayudar a los clientes y de servirles de forma rápida), la seguridad (conocimiento del servicio prestado y cortesía de los empleados, junto a su habilidad para transmitir confianza al cliente) y la empatía (la organización se pone en el lugar del cliente, prestando una atención individualizada a cada uno).

Los cinco subconstructos no son directamente observables y para evaluarlos es necesario medir en cada uno de ellos una serie de ítems. Así, a cada ítem se responde mostrando el grado de acuerdo en una escala tipo Likert de 7 puntos, que varía desde un fuerte desacuerdo (1 punto) hasta un total o fuerte acuerdo (7 puntos).

La escala SERVQUAL consta de 2 partes o subescalas de 2 ítems cada una.

La primera mide las expectativas de los clientes sobre el servicio prestado por una organización de un sector específico y la segunda mide las percepciones de los clientes sobre los servicios de una organización en particular.

A la puntuación en cada ítem de la escala de percepción (P) se le resta el que le corresponde en la escala de expectativas (E) obteniéndose una puntuación denominada de desconfirmación (Q) que tiene un rango de valores entre +6 (máxima calidad) y -6 (mínima calidad). La medida de la puntuación diferencial o el gap se convierte en un indicador de la calidad de servicio.¹⁷

A. Tangibles

Nº de Pregunta	P	E	Diferencia
1	24	24	-
2	27	30	-3
3	21	30	-9
4	30	27	3

¹⁷ Miranda, F.; Chamorro, A. y Rubio, S (2007) Introducción a la Gestión de la Calidad. Madrid. Delta Publicaciones.

Promedios	25.5	27.8	- 2.3
------------------	-------------	-------------	--------------

B. Fiabilidad

Nº de Pregunta	P	E	Diferencia
5	21	29	-8
6	27	31	-4
7	18	30	-12
8	21	14	7
9	24	31	-7
Promedios	22.2	27	-4.8

C. Capacidad de Respuesta

Nº de Pregunta	P	E	Diferencia
10	30	27	3
11	24	28	-4
12	30	29	1
13	15	21	-6
Promedios	24.75	26.25	-1.5

D. Seguridad

Nº de Pregunta	P	E	Diferencia
14	36	30	6
15	12	33	-21
16	21	22	-1
17	24	27	-3

Promedios	23.25	28	-4,75
------------------	--------------	-----------	--------------

E. Empatía

Nº de Pregunta	P	E	Diferencia
18	9	21	-12
19	21	12	9
20	21	27	-6
21	3	33	-30
22	21	21	0
Promedios	15	22.8	7.8

Conclusiones:

- A. Con respecto a Tangibles se obtuvo una puntuación de – 2.3, lo que representa un resultado Negativo, es decir, los pacientes no perciben una buena apariencia de las instalaciones, equipamiento, personal y material de comunicación.
- B. En la dimensión de fiabilidad, se obtuvo un puntaje de – 4.8, que representa un porcentaje muy negativo, es decir los pacientes no sienten una buena aptitud para entregar el servicio prometido de forma segura, confiable y precisa de parte de los trabajadores.
- C. Sobre la Capacidad de Respuesta, se obtuvo un puntaje de -1.5, que es Negativo, es decir los pacientes no sienten una buena predisposición y rapidez para ayudarlos.
- D. En lo que se refiere a Seguridad, el resultado fue de -4.75, que resulta ser Muy Negativo, esto significa que los pacientes creen que los trabajadores no tienen conocimiento, cortesía y aptitud para transmitir confianza y seguridad.

E. En la dimensión de Empatía, se obtuvo un puntaje de 7.8 que significa Positivo, lo que quiere decir que los trabajadores brindan un buen

F. cuidado y atención individual que se le proporciona a los pacientes.

Finalmente haciendo un resumen de todos los resultados se obtuvo un puntaje de – 5.5, lo que quiere decir que la Calidad del Servicio no es buena, pudiéndose calificar como de casi mínima la que brinda el Hospital Sergio E. Bernales de Collique a sus pacientes en Collique.

4.3 Discusión de los Resultados

4.3.1 Resultados de la Aplicación de la Escala de Likert

Los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Likert para medir la actitud de los trabajadores con respecto al Liderazgo, la Motivación y la Calidad en la Atención de los Pacientes del Hospital Sergio E. Bernales son lo que se indican:

“El Liderazgo está en relación con el Esfuerzo Individual de los Trabajadores”, sus opiniones están entre menos que medianamente favorable y desfavorable con la afirmación sostenida, lo cual resulta muy preocupante indicando que un significativo número de trabajadores (40) no tienen claro que el liderazgo está en relación con el esfuerzo individual.

Con respecto a la afirmación que “El liderazgo está en relación con el desempeño de los trabajadores”; las opiniones estaban entre favorable y más que medianamente favorable; lo que indica que el liderazgo está en relación con el desempeño de los trabajadores.

Ante la afirmación que “El liderazgo está en relación con el logro de las metas individuales”, las respuestas están entre medianamente favorable y menos que medianamente favorable; lo que indica que existe un significativo

número de trabajadores (27) que no considera que el liderazgo está en relación con el logro de las metas individuales de los trabajadores.

En lo referente a la afirmación que “El liderazgo está en relación con la obtención de las Recompensas Organizacionales”, las respuestas están más que medianamente favorable (155), lo que indica que un buen número de encuestados señala que el liderazgo está en relación con la obtención de las recompensas organizacionales.

Con relación a lo afirmado que “El liderazgo al establecer objetivos está en relación con la motivación y la calidad en la atención de los pacientes del Hospital Sergio E. Bernales, las respuestas están casi favorable (220) lo que indica que casi el total de trabajadores saben que el liderazgo al establecer objetivos está en relación con la Motivación y la Calidad de la Atención de los pacientes del Hospital.

4.3.2 Resultados de la Aplicación del Método Servqual

En resumen los resultados obtenidos fueron de – 5.5, lo que quiere decir que la Calidad del Servicio no es buena, pudiéndose catalogar como de mínima calidad de atención que brinda el Hospital Sergio E. Bernales de Collique a sus pacientes.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Medición con la Escala de Likert:

Determinó una Actitud Medianamente Favorable y Positiva hacia el Liderazgo y la Motivación de los Trabajadores del Hospital Sergio E. Bernales de Collique.

1. Se han encontrado evidencias entre el Liderazgo en relación al Esfuerzo Individual de los Trabajadores

Actitud: Entre Desfavorable y Menos que medianamente favorable

Se ha probado que sólo cuatro (04) trabajadores estaban muy de acuerdo y dos (02) que consideran estar de acuerdo; lo que se estima menos que medianamente favorable, con respecto a que esta situación indica que un significativo número de trabajadores no tiene claro que “El Liderazgo está en relación con el Esfuerzo Individual”, lo que se podría revertir con una mayor capacitación y entrenamiento en temas de liderazgo y aplicación de las teorías de la Motivación, así como con una mejora de los procesos de admisión de las personas (Reclutamiento y selección).

2. Se han encontrado evidencias que el liderazgo está relación con el desempeño del trabajador

Actitud: Entre Medianamente favorable y Favorable

Se ha demostrado que diecinueve (19) trabajadores estaban muy de acuerdo, y veintitrés (23) que estaban de acuerdo; lo que se considera casi favorable; lo que indicaría que un buen número de encuestados si

tiene claro que “El Liderazgo está en relación con el Desempeño de los trabajadores”, pudiéndose alcanzar la situación favorable con la realización frecuente de una evaluación de desempeño y la realización de talleres que permitan facilitar el Liderazgo.

3. Se han encontrado evidencias que el liderazgo está en relación con el logro de las Metas Individuales

Actitud: Entre Menos que medianamente favorable y Medianamente favorable

Se ha probado que cinco (05) trabajadores estaban muy de acuerdo y catorce (14) que estaban de acuerdo, lo que se considera menos que medianamente favorable; lo que indicaría que existe un significativo número de trabajadores que no considera que “El liderazgo está en relación con el logro de las Metas Individuales de los Trabajadores”; situación que se puede revertir mediante una adecuada motivación y compromisos de éstos con la visión y misión del Hospital.

4. Se han encontrado evidencias que el liderazgo está en relación con la obtención de las recompensas organizacionales

Actitud: Entre Medianamente favorable y Favorable

Se ha demostrado que diecisiete (17) trabajadores estaban muy de acuerdo y catorce (14) que estaban de acuerdo; lo que se considera más que medianamente favorable lo que indicaría que un buen número de encuestados señala que “El Liderazgo está en relación con la obtención de las Recompensas Organizacionales”, sin embargo se puede mejorar la situación mediante la difusión y conocimiento en los trabajadores, de las recompensas, incentivos, beneficios y servicios que otorga el Hospital a éstos.

- 5. Se han encontrado evidencias que el liderazgo al establecer objetivos está en relación con la Motivación y la Calidad en la Atención.**

Actitud: Entre Medianamente favorable y Favorable

Se ha probado que veinte (20) trabajadores contestaron que estaban muy de acuerdo y veinticuatro (24) que estaban de acuerdo, lo que se considera casi favorable; lo que indicaría que casi el total de los trabajadores encuestados saben que “El liderazgo al establecer objetivos está en relación con la Motivación de los Trabajadores y la Calidad en la Atención”, revelando un fuerte compromiso de los trabajadores con la administración del Hospital.

5.1.2 Medición con el Modelo Servqual

1. Se ha demostrado al obtener una puntuación de – 2.3, un resultado Negativo, en la dimensión de “Tangibles”, es decir, los pacientes no perciben una buena apariencia de las instalaciones, equipamiento, personal y material de comunicación.
2. Se ha demostrado con un puntaje de – 4.8, un resultado muy Negativo, con respecto a “Fiabilidad”, es decir los pacientes no sienten una buena aptitud para entregar el servicio de salud prometido de forma segura, confiable y precisa de parte de los trabajadores.
3. Se ha probado al obtener un puntaje de -1.5, un resultado Negativo, en la dimensión de “Capacidad de Respuesta”, es decir los pacientes no sienten una buena predisposición y rapidez de parte de los trabajadores para ayudarlos.
4. Se ha demostrado con el puntaje de -4.75, un resultado Muy Negativo, con respecto a “Seguridad”, esto significa que los pacientes creen que los

trabajadores no tienen conocimiento, cortesía y aptitud para transmitir confianza y seguridad a los pacientes.

5. Se ha probado con un puntaje de 7.8 que significa Positivo, en “Empatía”, lo que quiere decir que los trabajadores brindan un buen cuidado y atención individual a los pacientes.

5.2 Recomendaciones

En función a los resultados alcanzados en el Trabajo de Investigación sobre “El Liderazgo, la Motivación y la Calidad en la Atención de los Pacientes del Hospital Sergio E. Bernales de Collique 2012”, se considera necesario alcanzar algunas recomendaciones para que sean aplicadas en todo el Hospital.

Trabajadores

1. Fortalecer y mejorar la preparación integral de los Trabajadores, realizando un seguimiento de su formación, que asegure una mejora continua en su camino hacia la excelencia.
2. Mejorar el proceso de Admisión de los trabajadores, especialmente la Selección, que incluyan la administración de pruebas para descubrir las verdaderas vocaciones y preferencias de los mismos.
3. Reiterar y recordar el conocimiento, ejecución y control del Planeamiento Estratégico, implantando el Cuadro de Mando Integral (BSC), para monitorear el logro de las estrategias y metas planeadas.
4. Realización de Seminarios, Talleres y Foros sobre el Liderazgo con el asesoramiento de empresas privadas como Supera, Liderman y otras.
5. Fortalecer el Comportamiento Humano, buscando que el personal aprenda como estimular a los pacientes para lograr mejores desempeños adoptando las acciones:

- a) Desarrollar seminarios y talleres vivenciales sobre motivación.
- b) Brindar charlas motivacionales sobre como incrementar la autoestima y control del Ego.
- c) Establecer la práctica del Kick – Off , (breve exposición diaria de metas alcanzadas)
- d) Medidas para superar deficiencias Feedback y Feedforward.
- e) Mejorar las Recompensas Organizacionales y Personales, realizando Mentoring.

Pacientes:

1. Proporcionar una atención de la más alta calidad a los pacientes del Hospital Sergio E. Bernales de Collique, que pase por promover, prevenir o recobrar la salud de los mismos, con los recursos humanos excelentemente capacitados, con los equipos médicos de última generación y con los presupuestos adecuados.
2. Entregar el servicio prometido de forma segura, confiable y precisa a los pacientes.
3. Brindar a los pacientes un buen conocimiento, sobre la especialidad trabajo, cortesía y aptitud para transmitir confianza y seguridad; para lo cual el personal debe tener una buena presentación y pulcra apariencia.
4. Buscar obtener decisiones compartidas entre el médico y sus pacientes que garanticen un adecuado y seguro diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, H. (2003) Administración, Un Enfoque Interdisciplinario y Competitivo. Córdoba. Ediciones Eudecor.
2. Amaru, A. (2009) Fundamentos de Administración-Teoría General y Proceso Administrativo 1ª Edición. México D.F. Editorial Pearson Educación.
3. Amorós, E. (2007) Comportamiento Organizacional. En Busca del Desarrollo de Ventajas Competitivas. Lambayeque. Escuela de Economía Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
4. Anicama J. y Tomas, A. (s/f) Validación de la escala de Satisfacción Laboral de Warr, Cook y Wall. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Lima. Universidad Nacional Federico Villarreal.
5. Balducci, D. y Kanaane, R. (2007) Relevancia de gestão de pessoas no clima organizacional de uma empresa de engenharia. Boletim Academia Paulista de Psicologia. 2, 133-147.
6. Becknghan, M. (2000) Primero rompo todas las reglas. Colombia. Editorial Norma.
7. Bernal, C. (2008) Proceso Administrativo para las Organizaciones del Siglo XXI. México.
8. Bravo, J., Peiró, J. y Rodríguez, I. (1996) Tratado de Psicología del Trabajo. Vol. I: La actividad laboral en su Contexto. En J. Ma. Peiró y F. Prieto (Eds): Síntesis (pp. 343-394).
9. Carrión, O. (1998) Clima organizacional en las facultades de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima. Tesis de Maestría.

10. Castillero, Y. (2005) El estudio de Las Motivaciones Laborales en Cuba, Perspectivas y Desafíos. Cuba.
11. Certo, S. (2001) Administración Moderna 8ª Edición. Bogotá. Pearson Educación.
12. Chiavenato, I. (2001) Administración. 3ª Edición. Bogotá. Editorial Mc Graw Hill Interamericana S.A.
13. Chiavenato, I. (2002) Gestión del talento Humano. El nuevo papel de los Recursos Humanos en las Organizaciones. 1ª Edición. Bogotá. Editorial Mc Graw Hill.
14. Chiavenato, I. (2002) Administración en los nuevos Tiempos. Bogotá. Editorial Mc Graw Hill.
15. Chiavenato, I. (2009) Gestión de Talento Humano. 3ª Edición. Bogotá. Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A.
16. Chiavenato, I. (2004) Introducción a la Teoría General de la Administración. 7ª Edición. México D.F. Mc Graw Hill Interamericana Editores.
17. Chiavenato, I. (2011) Administración de Recursos Humanos. 9ª Edición. México D.F. Mc Graw Hill Interamericana Editores.
18. Cosio, J. (2006) Como se administra a las organizaciones. Lima.
19. Crosby, Ph. (1979) Quality is Free. New York. Mc Graw Hill.
20. Cruchaga, M. (2004) "El Arquitecto Peruano". Colegio de Arquitectos del Perú.
21. Daft, R. (2006) La Experiencia del Liderazgo. 3ª Edición. México. Editorial Thompson.

22. Davis, K. y Newstrom, J. (1999) Comportamiento Humano en las Organización. México. Editorial Mc Graw Hill.
23. Deming, W.E. (1990) Qualidade: A revolução da Administração. Rio de Janeiro. Editora Marques Saraiva S.A. pp. 124-135.
24. Douglas, Mc. G. (1990) Teoría X y Teoría Y. Editorial Pearson Educación.
25. Drucker, P. (1997) El Líder del futuro. Argentina. Edit. Espasa Calpe.
26. Drucker, P. (2002) Los Desafíos de la Gerencia del Siglo XXI. Bogotá. Grupo Editorial Norma.
27. Donabedian, A. (1991) La Calidad de la atención médica. México D.F. Editorial La Prensa Médica Mexicana.
28. Espinoza, M.J. (1999) Líderes Del Tercer Milenio. Lima. Editorial Edias.
29. Fernández, T. (2007) Organizacional en una Empresa de Mecánica Automotriz. Guatemala.
30. Flores, J. (2001) El Comportamiento Humano en las Organizaciones. Lima. Universidad del Pacifico
31. Freedman, M. (2003) Liderazgo Estratégico. México. Mc Graw Hill.
32. Gibson, J. (2006) Organizaciones, Comportamiento, Estructura. México.
33. Gonzales, L. (2001) La Dirección de Recursos Humanos en el Horizonte. Madrid. Paerson Educación.
34. Granados, B. (1999) La Expresión Humana en Grupo. Lima. Publicaciones Propuesta.

35. Hamel, G. (2000) Liderando la revolución. Colombia. Harward Business School.
36. Huamani B. (1999) Influencia de los Factores de Motivación en el Desempeño Laboral. Lima.
37. Juran, J. (1988) Juran on Planning for Quality, New York, New York: The Free Press.
38. Knapp, A. (2003) La Experiencia del Usuario. España. Editorial Anaya Multimedia.
39. Koonts, H. y Wehrich, H. (2004) Administración: Una perspectiva global. McGraw Hill. México.
40. Laín, P. (1964) Relación Médico – Enfermo. Historia y Teoría, pp. 53.
41. Ley General de Salud N° 26842 (1997).
42. Ley de Transparencia y acceso a la información pública N° 27806 (2002).
43. Locke, E. (1968) Toward a Theory of Task Motivation and Incentives.
44. Maslow, A. (1954) Motivation and Personality. Nueva York. Harper & Row.
45. Miranda, F.; Chamorro, A. y Rubio, S (2007) Introducción a la Gestión de la Calidad. Madrid. Delta Publicaciones.
46. Mc Clelland, D.C (1961) The Achieving Society. Nueva York. Van Nostrand Reinhold.
47. Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especialidades. Ministerio de Salud (2003).

48. Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Sergio E. Bernales. (2002).
49. Rey, C. (2000) La Satisfacción del Usuario: Un Concepto en Alza. Anales de Documentación Nº 3, pp. 139-153.
50. Robbins, S. (2005) Administración de Personas. México. McGraw Hill.
51. Robbins, S. (2005) La Administración en el mundo de hoy. México. Editorial Pearson.
52. Robbins, S. y Coulter M. (2010) Administración. 10ª Edición. México. Editorial Pearson.
53. Robbins, S. y Judge, T. (2009) Comportamiento Organizacional. 13ª Edición. México. Editorial Pearson.
54. Sánchez, O. (2003) El Líder del siglo XXI. Colombia. Edit. Unilit.
55. Schonberger, R.J. (1994) "Human Resource Management Lessons from a decade of total quality management and reengineering". California. California Management Review, Vol. 36, N. 4, pp. 109-123.
56. Senge, P. (2000) La Danza del Cambio. Bogotá. Editorial Norma.
57. Soto, R. (2003) Liderazgo del Triunfador. Edit. Amex. Lima.
58. Stoner, J.; Freeman, E y Gilbert. D. (1996) Administración. 6ª Edición. México Editorial Pearson Prentice Hall.
59. Taylor, F. (1984) Principios de la Administración Científica. Ediciones Orbis.
60. Tito, P. (2005) El Potencial Humano y los Estímulo Organizacionales. Lima. Tesis de la UNMSM.

61. Valverde, M. (2007) Comportamiento Humano en la Organización. México. Mc Graw Hill.
62. Vianna, H. (1983) Técnicas de Investigación Social. Ediciones Universidad de Navarra.
63. Vroom, V. (1964) Work and Motivation. Nueva York. John Wiley & Sons.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCALA DE LIKERT

CUESTIONARIO

La presente técnica tuvo por finalidad recabar información relacionada con el Trabajo de Investigación que se llevó a cabo sobre: “El Liderazgo, la Motivación de los Trabajadores y la Calidad en la Atención de los Pacientes del Hospital Sergio E. Bernales de Collique 2012”

Las preguntas que se formularon requirieron respuestas que algunos trabajadores están de acuerdo y otras en desacuerdo, se les pidió que digan por favor, que tan de acuerdo esté Ud. con ellas.

Anticipadamente les doy las gracias por la atención que merezca la presente.

1. El liderazgo está en relación con el Esfuerzo Individual de los trabajadores.

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| a. Muy de acuerdo | d. En desacuerdo |
| b. De acuerdo | e. Muy en desacuerdo |
| c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo | |

2. El liderazgo está en relación con el Desempeño de los trabajadores

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| a. Muy de acuerdo | d. En desacuerdo |
| b. De acuerdo | e. Muy en desacuerdo |
| c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo | |

3. El liderazgo está en relación con el logro de las Metas Individuales de los trabajadores.

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| a. Muy de acuerdo | d. En desacuerdo |
| b. De acuerdo | e. Muy en desacuerdo |
| c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo | |

4. El liderazgo está en relación con la obtención de las Recompensas Organizacionales.

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| a. Muy de acuerdo | d. En desacuerdo |
| b. De acuerdo | e. Muy en desacuerdo |
| c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo | |

5. El liderazgo al establecer objetivos está en relación con la Motivación y la Calidad en la Atención.
- a. Muy de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. En desacuerdo
 - e. Muy en desacuerdo
6. El liderazgo al tomar en cuenta la Participación de los trabajadores en la Toma de Decisiones está en relación con la Motivación y la Calidad de Atención de los Pacientes.
- a. Muy de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. En desacuerdo
 - e. Muy en desacuerdo
7. El liderazgo al considerar la Comunicación Efectiva está en relación con la Motivación y Calidad de Atención de los Pacientes.
- a. Muy de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. En desacuerdo
 - e. Muy en desacuerdo
8. El liderazgo al brindar un Buen Trato al Personal están en relación con la Motivación y la Calidad de la Atención se caracteriza por incidir en disponer de Normas y Procedimientos modernos.
- a. Muy de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. En desacuerdo
 - e. Muy en desacuerdo

CUESTIONARIO

ENCUESTA PARA MEDIR EL LIDERAZGO Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES

MODELO SERVQUAL

La presente técnica tuvo por finalidad recabar información relacionada con el Trabajo de Investigación que se llevó a cabo sobre: “El Liderazgo, la Motivación de los Trabajadores y la Calidad en la Atención de los Pacientes del Hospital Sergio E. Bernal de Collique 2012”

Las preguntas se formularon requirieron respuestas que algunos trabajadores están de acuerdo y otras en desacuerdo, pidiéndoles que digan por favor, que tan de acuerdo está Ud. con ellas.

Anticipadamente se les dió las gracias por la atención que merezca la presente.

EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES
1.- Una organización de servicio ideal tiene equipos de apariencia moderna.	1.- La organización de servicios objeto del estudio tiene equipos de apariencia moderna.
2.- Las instalaciones físicas de una organización de servicios ideal son visualmente atractivas.	2.- Las instalaciones físicas de la organización de servicios objeto del estudio son visualmente atractivas.
3.- Los empleados de los servicios ideales tienen apariencia pulcra.	3.- Los empleados de la organización de servicios objeto del estudio tienen apariencia pulcra.
4.- En un servicio ideal, los elementos materiales relacionados con el servicio son visualmente atractivos.	4.- En la organización de servicios objeto del estudio, los elementos materiales relacionados con el servicio son visualmente atractivos.
5.- Cuando las organizaciones de servicio ideales prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen.	5.- Cuando la organización de servicios objeto del estudio promete hacer algo en cierto tiempo, lo hacen.
6.- Cuando un cliente tiene un problema, la organización de servicios ideal muestra un sincero interés en solucionarlo.	6.- Cuando un cliente tiene un problema, la organización de servicios objeto del estudio muestra un sincero interés en solucionarlo.
7.- Las organizaciones de servicios ideales realizan bien el servicio la primera vez.	7.- La organización de servicios objeto del estudio realiza bien el servicio la primera vez.
8.- Las organizaciones de servicio ideales concluyen el servicio en el tiempo prometido.	8.- La organización de servicios objeto del estudio concluye el servicio en el tiempo prometido.
9.- Las organizaciones de servicios ideales no cometen errores.	9.- La organización de servicios objeto del estudio no comete errores.
10.- Las organizaciones de servicios ideales comunican a los clientes cuándo concluirá la realización del servicio.	10.- La organización de servicios objeto del estudio comunica a los clientes cuándo concluirá la realización del servicio.
11.- En las organizaciones de servicios ideales, los empleados ofrecen un servicio rápido a sus clientes.	11.- En la organización de servicios objeto del estudio, los empleados ofrecen un servicio rápido a sus clientes.
12.- En las organizaciones de servicios ideales, los empleados siempre están dispuestos a ayudar a los clientes.	12.- En la organización de servicios objeto del estudio, los empleados siempre están dispuestos a ayudar a los clientes.

13.- En las organizaciones de servicios ideales los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a las preguntas de los clientes.	13.- En la organización de servicios objeto del estudio los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a las preguntas de los clientes.
14.- El comportamiento de los empleados en las organizaciones de servicios ideales transmite confianza a los clientes.	14.- El comportamiento de los empleados en la organización de servicios objeto del estudio transmite confianza a los clientes.
15. Los clientes de las organizaciones de servicios ideales se sienten seguros en su relación con ellas.	15. Los clientes de la organización de servicios objeto del estudio se sienten seguros en su relación con ellas.
16.- En las organizaciones de servicios ideales, los empleados siempre son amables con los clientes.	16.- En la organización de servicios objeto del estudio, los empleados siempre son amables con los clientes.
17.- En las organizaciones de servicios ideales, los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los clientes.	17.- En la organización de servicios objeto del estudio, los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los clientes.
18.- Las organizaciones de servicios ideales dan a sus clientes una atención individualizada.	18.- La organización de servicios objeto del estudio da a sus clientes una atención individualizada.
19.- Las organizaciones de servicios ideales tienen horarios de trabajo convenientes para sus clientes.	19.- La organización de servicios objeto del estudio tiene horarios de trabajo convenientes para sus clientes.
20.- Las organizaciones de servicios ideales tienen empleados que ofrecen una atención personalizada a sus clientes.	20.- La organización de servicios objeto del estudio tiene empleados que ofrecen una atención personalizada a sus clientes.
21.- Las organizaciones de servicios ideales se preocupan por los mejores intereses de sus clientes.	21.- La organización de servicios objeto del estudio se preocupa por los mejores intereses de sus clientes.
22.- Los empleados de las organizaciones de servicios ideales comprenden las necesidades específicas de los clientes.	22.- Los empleados de la organización de servicios objeto del estudio comprenden las necesidades específicas de los clientes.

ANEXO 2

MATRIZ DE COHERENCIA INTERNA

TÍTULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
	PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
El Liderazgo, la Motivación de los Trabajadores y la Calidad de la Atención de los Pacientes del Hospital Sergio E. Bernales 2012	¿De qué manera el Liderazgo y la Motivación de los Trabajadores están en relación con la Calidad en la Atención de los pacientes en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique 2012?	Sustentar de qué manera el Liderazgo y la Motivación de los Trabajadores están en relación con Calidad en la Atención de los pacientes en el Hospital Sergio E. Bernales–2012.	El Liderazgo y la Motivación de los trabajadores están en relación favorable y positiva con la Calidad en la Atención de los Pacientes del Hospital Sergio E. Bernales Collique – 2012.
	PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS
	1. ¿En qué forma el Liderazgo está en relación con el Esfuerzo Individual de los Trabajadores?	1. Señalar en qué forma el Liderazgo está en relación con el Esfuerzo Individual de los Trabajadores.	1. El Liderazgo está en relación favorable con el Esfuerzo Individual de los Trabajadores.
	2. ¿De qué manera el Liderazgo está en relación con el Desempeño de los Trabajadores?	2. Identificar de qué manera el liderazgo está en relación con el Desempeño de los Trabajadores.	2. El liderazgo está en relación favorable con el Desempeño de los Trabajadores.
	3. ¿En qué forma el Liderazgo está en relación con el logro de las Metas Individuales de los trabajadores?	3. Identificar de qué forma el Liderazgo está en relación con el logro de las Metas Individuales de los Trabajadores.	3. El Liderazgo está en relación favorable con el logro de las Metas Individuales de los Trabajadores.

	<p>4. ¿De qué manera el Liderazgo está en relación con la obtención de Recompensas organizacionales de los trabajadores?</p>	<p>4. Sustentar de qué manera el Liderazgo está en relación con la obtención de las Recompensas Organizacionales de los trabajadores.</p>	<p>4. El Liderazgo está en relación favorable con la obtención de las Metas Organizacionales de los trabajadores.</p>
--	--	---	---