



EDITORIAL
MUNDO INTERDISCIPLINARIO

ISBN 978-628-97906-8-9

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y CALIDAD ASISTENCIAL

Relación entre Clima Organizacional,
Capacitación del Personal de Salud y
los Resultados en la Calidad de
Atención al Paciente

Autores:

Roberto Orlando Núñez Quiroz
Rosa Cecilia Cruz Núñez
Roberto Adrián Núñez Cruz





Editor: Alain Castro Alfaro

Título: Gestión del talento humano y calidad asistencial. Relación entre Clima Organizacional, Capacitación del Personal de Salud y los Resultados en la Calidad de Atención al Paciente

Autores: Roberto Orlando Núñez Quiroz, Rosa Cecilia Cruz Núñez, Roberto Adrián Núñez Cruz

ISBN Versión Digital: 978-628-97906-8-9

Sello Editorial: Editorial Mundo Interdisciplinario

Coordinadora: Nora González Pérez – Cartagena – Colombia

Diagramación: Michel Alvarez Barrios

Portada: Linda Luz Castro González

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons – Atribución – No comercial – Compartir igual 4.0 internacional / CC BY-NC-SA 4.0

<https://co.creativecommons.net/tipos-de-licencias/>



Cartagena – Colombia, Octubre 2026

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y CALIDAD ASISTENCIAL

**Relación entre Clima Organizacional, Capacitación del Personal
de Salud y los Resultados en la Calidad de Atención al Paciente**

Roberto Orlando Núñez Quiroz

Rosa Cecilia Cruz Núñez

Roberto Adrián Núñez Cruz

**Colombia
Latinoamérica
2026**

Autores

Roberto Orlando Núñez Quiroz

Universidad Católica de Santa María – UCSM

rnunezq@ucsm.edu.pe



<https://orcid.org/0000-0002-3622-4810>

Rosa Cecilia Cruz Núñez

Universidad Tecnológica del Perú – UTP

rcruzn@utp.edu.pe



<https://orcid.org/0009-0002-6574-3131>

Roberto Adrián Núñez Cruz

University of Minnesota – DULUTH

nunez164@d.umn.edu



<https://orcid.org/0009-0008-3887-1617>

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	12
INTRODUCCIÓN	22
CAPÍTULO I – MARCO CONCEPTUAL, SANITARIO Y NORMATIVO DE LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y LA CALIDAD ASISTENCIAL	30
1.1. Antecedentes de la investigación	32
1.1.1. Antecedentes internacionales	32
1.1.2. Antecedentes regionales y latinoamericanos	35
1.1.3. Antecedentes peruanos	36
1.1.4. La evolución de la gestión del talento humano post pandemia	38
1.2. Bases conceptuales	39
1.2.1. Gestión del talento humano en salud	39
1.2.2. Gestión estratégica del talento humano	40
1.2.3. Clima organizacional	41
1.2.4. Diferencia entre clima organizacional y cultura organizacional	41
1.2.5. Clima organizacional y satisfacción laboral	42
1.2.6. Dimensiones del Clima Organizacional de la Salud	42
1.2.7. Modelo de demandas y recursos laborales	44
1.2.8. Capacitación del personal de salud	44
1.2.9. Desarrollo profesional continuo	45
1.2.10. Competencias del personal de salud	45
1.2.11. Transferencia de la capacitación	46
1.2.12. Calidad del cuidado	47
1.2.13. Modelo de estructura, proceso y resultado	47
1.2.14. Calidad técnica, interpersonal y organizacional	48
1.2.15. Seguridad del paciente	48
1.2.16. Experiencia del paciente	49
1.2.17. Satisfacción del usuario	50
1.2.18. Atención centrada en la persona	50
1.2.19. Comunicación asistencial	51
1.2.20. Trabajo en equipo y coordinación de la atención	51
1.2.21. Agotamiento laboral y bienestar	52
1.2.22. Pacientes y acompañantes	52
1.2.23. Calidad asistencial percibida	53
1.3. Bases teóricas del estudio	53
1.3.1. Enfoque estratégico para la gestión del talento humano	53
1.3.2. Modelo de demandas y recursos laborales	54
1.3.4. Enfoque de atención centrada en la persona	54
1.3.5. Modelo conceptual integrado	54
1.4. Relación entre clima organizacional, capacitación y calidad asistencial	55
1.4.1. Relación entre gestión del talento humano y clima organizacional	55
1.4.2. Clima organizacional versus desempeño	56
1.4.3. Capacitación versus competencia	56
1.4.4. Clima organizacional como condición para la transferencia	56
1.4.5. Relación con la calidad percibida	57
1.4.6. Proposiciones analíticas	57
1.5. Integración con las metodologías del libro anterior	57

1.6. Marco Regulatorio y Político	59
1.6.1. Marco Normativo Internacional de Recursos Humanos	59
1.6.2. Marco Normativo Internacional de Calidad y Seguridad	59
1.6.3. Ley General de Salud	59
1.6.4. Derechos de los Usuarios de Servicios	60
1.6.5. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	60
1.6.6. Evaluación de la Satisfacción de Usuarios Externos	60
1.6.7. Política de Recursos Humanos en Salud	61
1.6.8. Medición del Clima Organizacional	61
1.6.9. Seguridad y Salud Ocupacional	61
1.6.10. Política Nacional de Salud Multisectoral hasta 2030	61
1.6.11. Marco Institucional de EsSalud	62
1.6.12. Matriz normativa del estudio	62
1.7. Definición de términos básicos	63
1.8. Síntesis del capítulo	65
CAPÍTULO II – METODOLOGÍA PARA ANALIZAR LA RELACIÓN ENTRE EL CLIMA ORGANIZACIONAL, LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y LOS RESULTADOS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE	68
2.1. Consideraciones generales sobre la metodología del estudio	68
2.2. Posicionamiento metodológico	69
2.3. Proceso de investigación	70
2.3.1. Componente cuantitativo	70
2.3.2. Componente cualitativo	70
2.3.3. Componente observacional	71
2.3.4. Componente documental	71
2.4. Tipo, nivel y diseño de la investigación	71
2.5. Problema de investigación	72
2.5.1. Pregunta general	72
2.5.2. Preguntas específicas	73
2.6. Objetivos de la investigación	73
2.6.1. Objetivo general	73
2.6.2. Objetivos específicos	73
2.7. Propositiones analíticas	74
2.8. Contexto institucional	75
2.9. Fuente y composición del corpus empírico	75
2.10. Unidades de análisis y unidades de observación	76
2.10.1. Unidad de análisis cuantitativa	76
2.10.2. Unidad de análisis cualitativa	76
2.10.3. Unidad de observación contextual	77
2.10.4. Unidad de análisis documental	77
2.11. Población, muestra y muestreo	77
2.12. Estructura conceptual y operacional del estudio	78
2.12.1. Gestión del talento humano	78
2.12.2. Clima organizacional	78
2.12.3. Capacitación del personal	79
2.12.4. Resultados percibidos de calidad	79
2.13. Reorganización de los instrumentos anteriores	80
2.14. Reglas de inferencia	81
2.15. Técnicas e instrumentos del análisis secundario	81

2.15.1. Instrumento A: Matriz de extracción cuantitativa	81
2.15.2. Instrumento B: Matriz de reanálisis cualitativo	82
2.15.3. Instrumento C: Matriz de observación contextual	83
2.15.4. Instrumento D: Matriz de evidencia científica y normativa	84
2.15.5. Instrumento E: Matriz de integración	84
2.16. Auditoría de calidad y compatibilidad de los datos	85
2.16.1. Compatibilidad conceptual	85
2.16.2. Coherencia aritmética	85
2.16.3. Coherencia de dirección	86
2.16.4. Trazabilidad	86
2.16.5. Tratamiento de inconsistencias	86
2.16.6. Protección contra la reconstrucción artificial	86
2.17. Validez, confiabilidad y rigor	86
2.17.1. Validez del análisis cuantitativo	86
2.17.2. Confiabilidad	87
2.17.3. Rigor cualitativo	87
2.17.4. Rigor observacional	87
2.17.5. Rigor documental	87
2.18. Procedimiento del estudio	88
2.19. Estrategia de análisis cuantitativo	89
2.19.1. Cálculo de porcentaje favorable	89
2.19.2. Preguntas de respuesta múltiple	89
2.19.3. Comparación entre hospitales	89
2.19.4. Índices por dimensión	90
2.19.5. Escala descriptiva	90
2.19.6. Ausencia de inferencia correlacional	90
2.20. Estrategia de análisis cualitativo	91
2.20.1. Familiarización	91
2.20.2. Codificación inicial	91
2.20.3. Identificación de categorías emergentes	91
2.20.4. Construcción de temas	92
2.20.5. Revisión de explicaciones alternativas	92
2.20.6. Interpretación de frecuencias cualitativas	92
2.21. Estrategia de revisión documental	92
2.21.1. Fuentes de búsqueda	92
2.21.2. Descriptores	93
2.21.3. Criterios de inclusión documental	93
2.21.4. Criterios de exclusión documental	94
2.22. Estrategia de triangulación e integración	94
2.22.1. Convergencia	94
2.22.2. Complementariedad	94
2.22.3. Divergencia	95
2.22.4. Silencio de evidencia	95
2.22.5. Niveles de inferencia	95
2.23. Relación analítica entre clima, capacitación y resultados	95
2.24. Consideraciones éticas	96
2.24.1. Uso secundario	96
2.24.2. Anonimización	96
2.24.3. Confidencialidad	97

2.24.4. No utilización sancionadora	97
2.24.5. Protección de datos en el Perú	97
2.25. Directrices para la presentación de resultados	97
2.26. Alcances del estudio	97
2.27. Limitaciones del estudio	98
2.27.1. Ausencia de medición directa del clima	98
2.27.2. Ausencia de registros directos de capacitación	98
2.27.3. Desajuste entre el objeto original y el nuevo estudio	98
2.27.4. Calidad asistencial parcial	98
2.27.5. Diseño transversal	98
2.27.6. Muestreo no probabilístico	99
2.27.7. Sesgo de percepción	99
2.27.8. Disponibilidad de datos agregados	99
2.27.9. Frecuencia de menciones	99
2.27.10. Riesgo de atribución indebida	99
2.27.11. Vigencia temporal	99
2.28. Matriz de consistencia general	99
2.29. Matriz específica por objetivo	100
2.30. Síntesis metodológica del capítulo	100

CAPÍTULO III – DIAGNÓSTICO EMPÍRICO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA Y SUS IMPLICANCIAS PARA LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

	103
3.1. Consideraciones preliminares del diagnóstico	103
3.2. Criterios para presentar e interpretar resultados	104
3.3. Composición del corpus empírico	105
3.4. Caracterización de los participantes	106
3.4.1. Tipo de participante	106
3.4.2. Distribución por sexo	106
3.4.3. Distribución por grupo etario	107
3.4.4. Frecuencia de utilización del hospital	107
3.4.5. Servicio o proceso relacionado con la experiencia evaluada	107
3.5. Reorganización de los resultados para el nuevo objeto de estudio	108
3.6. Información, orientación y gestión de citas	109
3.7. Conocimiento y utilización de los canales digitales	110
3.8. Facilidad de uso de los canales digitales	110
3.9. Barreras de acceso e inclusión digital	111
3.10. Trámites administrativos, capacidad de respuesta y tiempos de espera	112
3.11. Continuidad de información y coordinación percibida	113
3.12. Telemedicina y atención remota	114
3.12.1. Utilización y dificultades	114
3.12.2. Calidad y capacidad resolutive	114
3.13. Farmacia, disponibilidad de medicamentos y continuidad terapéutica	116
3.13.1. Experiencia general en farmacia	116
3.13.2. Situaciones relacionadas con la entrega de medicamentos	116
3.14. Seguridad, confidencialidad y confianza institucional	117
3.15. Satisfacción y calidad global percibida	118
3.16. Índice sintético de resultados organizativos y asistenciales percibidos	118
3.17. Comparación entre hospitales	119
3.18. Resultados cualitativos de las entrevistas breves	120
3.19. Participación de pacientes y acompañantes	121

3.20. Resultados de la observación no participante	122
3.21. Triangulación de resultados	122
3.22. Implicancias para la gestión del talento humano y el clima organizacional	123
3.23. Necesidades potenciales de capacitación y desarrollo	124
3.24. Información interna necesaria para completar el diagnóstico	126
3.25. Matriz de brechas y prioridades	126
3.26. Diagnóstico empírico integrado	127
3.26.1. Fortalezas principales	127
3.26.2. Brechas principales	127
3.26.3. Patrones institucionales	128
3.27. Limitaciones del diagnóstico	129
3.28. Síntesis del capítulo	130
CAPÍTULO IV – DISCUSIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO, CLIMA ORGANIZACIONAL, CAPACITACIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA	133
4.1. Introducción a la discusión	133
4.2. Marco interpretativo de los resultados	134
4.3. Interpretación del resultado global: calidad intermedia y desempeño heterogéneo	135
4.4. La gestión del talento humano como prerrequisito para la calidad de la atención	136
4.5. Clima Organizacional y Calidad Percibida	137
4.6. Capacitación del personal: Potencial, transferencia y limitaciones	138
4.7. Información, orientación y citas: fortaleza inicial con resolución parcial	140
4.8. Canales digitales, habilidades y riesgo de exclusión	141
4.9. Procedimientos y tiempos de espera: organización del trabajo y capacidad de respuesta	141
4.10. Continuidad de la información, comunicación interna y trabajo en equipo	143
4.11. Telemedicina: la principal brecha y límite de soluciones de capacitación exclusivas	144
4.12. Continuo farmacéutico y terapéutico: diferencia entre competencia en comunicación y capacidad del sistema	145
4.13. Seguridad, confidencialidad y confianza	146
4.14. Satisfacción, experiencia y percepción de la calidad de la atención	147
4.15. Pacientes y acompañantes como fuentes de mejora	148
4.16. Comparación entre hospitales	149
4.17. Bienestar profesional, agotamiento y resultados del paciente	150
4.18. Interacción entre clima organizacional y capacitación	150
4.19. Relación integrada entre clima, capacitación y calidad percibida	151
4.20. Priorización de necesidades de capacitación	152
4.21. Problemas formativos, organizacionales, tecnológicos y logísticos	153
4.22. Consecuencias para la gestión hospitalaria	154
4.23. Impactos en la política de recursos humanos y de salud	155
4.24. Limitaciones interpretativas para esta discusión	155
4.25. Propuesta de verificación adicional	156
4.26. Matriz interpretativa general de la discusión	157
4.27. Síntesis de la discusión	157
CAPÍTULO V – PROPUESTA DE MODELO INTEGRADO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO ORIENTADO A LA CALIDAD ASISTENCIAL	161
5.1. Introducción: del diagnóstico a la intervención institucional	161
5.2. Justificación del modelo	162
5.3. Denominación y definición del modelo	164
5.4. Objetivo general del modelo	164
5.5. Objetivos específicos	164

5.6. Principios rectores	165
5.7. Teoría de cambio del modelo	166
5.8. Arquitectura general del modelo	167
5.9. Gobernanza y planificación estratégica del talento humano	168
5.9.1. Finalidad	168
5.9.2. Justificación	168
5.9.3. Líneas de acción	168
5.9.4. Comité de gestión integrada	169
5.10. Clima organizacional, liderazgo y seguridad psicológica	170
5.10.1. Finalidad	170
5.10.2. Medición directa del clima	170
5.10.3. Ciclo de intervención sobre clima	170
5.10.4. Dimensiones prioritarias	170
5.10.5. Desarrollo del liderazgo	171
5.10.6. Uso no punitivo de los resultados	172
5.11. Gestión por competencias y evaluación del desempeño	172
5.11.1. Finalidad	172
5.11.2. Modelo de competencias	172
5.11.3. Líneas de acción	173
5.12. Capacitación y desarrollo profesional continuo con transferencia al puesto	174
5.12.1. Finalidad	174
5.12.2. Identificación de necesidades	174
5.12.3. Ciclo formativo	174
5.12.4. Modalidades recomendadas	175
5.12.5. Evaluación de la capacitación	176
5.13. Comunicación centrada en pacientes y acompañantes	177
5.13.1. Finalidad	177
5.13.2. Comunicación como competencia clínica y organizacional	177
5.13.3. Estándar institucional de comunicación	177
5.13.4. Participación del acompañante	178
5.14. Trabajo en equipo, coordinación y continuidad asistencial	178
5.14.1. Finalidad	178
5.14.2. Justificación	179
5.14.3. Líneas de acción	179
5.15. Bienestar, carga laboral, seguridad ocupacional y retención	180
5.15.1. Finalidad	180
5.15.2. Justificación	180
5.15.3. Líneas de acción	180
5.16. Mejora de procesos asistenciales prioritarios y condiciones habilitantes	181
5.16.1. Finalidad	181
5.16.2. Gestión de citas y orientación	181
5.16.3. Trámites y tiempos de espera	182
5.16.4. Canales digitales	182
5.16.5. Telemedicina	182
5.16.6. Farmacia y continuidad terapéutica	183
5.17. Medición, experiencia usuaria y mejora continua	184
5.17.1. Finalidad	184
5.17.2. Tablero integrado	184
5.17.3. Escucha permanente	185

5.17.4. Ciclo de mejora	186
5.18. Plan institucional de capacitación asociado al modelo	186
5.19. Ruta de implementación	187
5.19.1. Fase 0: preparación	187
5.19.2. Fase 1: línea base y mejoras rápidas	188
5.19.3. Fase 2: desarrollo de capacidades	188
5.19.4. Fase 3: rediseño organizacional	188
5.19.5. Fase 4: integración y tablero	189
5.19.6. Fase 5: evaluación	189
5.20. Priorización de acciones	189
5.21. Roles y responsabilidades	190
5.21.1. Responsabilidad de las jefaturas	190
5.22. Sistema de monitoreo y evaluación	191
5.22.1. Monitoreo mensual	191
5.22.2. Monitoreo trimestral	191
5.22.3. Evaluación semestral	191
5.22.4. Evaluación anual	192
5.23. Gestión de riesgos	192
5.24. Recursos necesarios	193
5.24.1. Criterios de asignación presupuestal	193
5.25. Ética, confidencialidad y uso responsable de información	194
5.26. Aplicación diferenciada en los dos hospitales	194
5.26.1. Prioridades comunes	195
5.27. Resultados esperados	195
5.27.1. Resultados a corto plazo	195
5.27.2. Resultados a mediano plazo	196
5.27.3. Resultados a largo plazo	196
5.28. Condiciones críticas de éxito	197
5.29. Sostenibilidad e institucionalización	197
5.30. Proyección hacia la política sanitaria	198
5.31. Síntesis propositiva del capítulo	199
CONCLUSIONES GENERALES	200
RECOMENDACIONES	211
PRIORIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES	229
SÍNTESIS FINAL DE LAS RECOMENDACIONES	230
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	232

RESUMEN EJECUTIVO

Este libro examina la gestión del talento humano, el clima organizacional, la capacitación de los trabajadores de la salud y su efecto en la calidad de la atención al paciente en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo y en el Hospital Yanahuara III en Arequipa. La calidad de la atención va más allá del conocimiento técnico de los profesionales de la salud. La calidad de la atención también se debe al entorno organizacional y a la coordinación de los servicios, así como al apoyo, la capacitación y la capacidad institucional para transformar las competencias del personal en servicios de cuidado seguros, oportunos y continuos.

La gestión del talento humano es la gestión estratégica de las necesidades del personal de salud, reclutamiento, contratación, capacitación, evaluación del desempeño y provisión de liderazgo y bienestar laboral. No debe haber fragmentación de las funciones administrativas en salud. El objetivo de la gestión del talento humano es proporcionar al personal de salud las competencias, recursos y entorno laboral necesarios para atender las necesidades de los pacientes y sus familias.

El clima organizacional se refiere a las percepciones del personal respecto al liderazgo, al clima de la institución, al reconocimiento y colaboración, a la carga laboral, a los recursos disponibles y a las relaciones entre los equipos y servicios. Las competencias profesionales pueden verse impedidas por el clima organizacional. Un empleado puede estar formalmente preparado y aún así no poder desempeñarse debido a la ausencia de una orientación clara, apoyo gerencial, falta de coordinación y restricciones de recursos.

Se entiende por capacitación del personal de salud un proceso continuo de adquisición, actualización, puesta en práctica y evaluación de habilidades técnicas, comunicativas, digitales, éticas, relacionales y de seguridad. No se trata solo de acumular cursos, certificados o horas de capacitación. Para que la capacitación mejore el valor de la atención, debe responder a las necesidades reales del servicio, transferirse al lugar de trabajo y demostrarse mediante explicaciones claras, escucha activa al paciente, coordinación del cuidado, uso adecuado de los sistemas de información, prevención de errores, confidencialidad y atención oportuna a las necesidades de los usuarios.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud mejoran la consecución de los resultados de salud deseados y están de acuerdo con la mejor evidencia profesional. La atención de calidad es efectiva, segura, centrada en la persona, oportuna, equitativa, integrada y eficiente. Para cumplir con estos atributos, la atención

de calidad requiere personal competente, respaldado y motivado, así como una gobernanza adecuada, sistemas de información, tecnologías, medicamentos e infraestructura (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

La disponibilidad, accesibilidad, relevancia y adecuación del personal de salud son las condiciones primordiales para alcanzar el acceso universal a la salud, según la Organización Panamericana de la Salud. En este contexto, la gestión de recursos humanos debe asegurar que la fuerza laboral no solo sea suficiente, sino que también posea las competencias requeridas y condiciones institucionales para responder a las necesidades de la población (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

El modelo de Donabedian es un marco tripartito para la evaluación de la calidad que involucra estructura, proceso y resultado. La 'estructura', como se describe en este libro, hace referencia a las políticas de personal y recursos humanos, además del liderazgo, recursos, tecnologías y organización de la institución. El 'proceso' abarca elementos de comunicación, coordinación, puntualidad y continuidad, así como el tratamiento, la orientación y la capacidad de resolución de problemas del sistema. Los resultados comprenden las experiencias, confianza, seguridad, satisfacción y percepción de la calidad de la atención de los pacientes y acompañantes. Este marco evita cargar la responsabilidad de la calidad al trabajador individual, ya que los resultados del cuidado son producto tanto del trabajador individual como del sistema en el que se realiza el trabajo (Donabedian, 1988).

Existe evidencia basada en investigación que vincula las prácticas de gestión de recursos humanos, el entorno laboral y los resultados de atención. West et al. (2006) encontraron vínculos entre algunas prácticas de gestión de recursos humanos y la efectividad de la atención en hospitales. Gile et al. (2018) descubrieron que la gestión de recursos humanos podía afectar el rendimiento hospitalario al garantizar que el personal estuviera disponible, motivado, retenido y empleado de la mejor manera. Por lo tanto, la gestión de recursos humanos dentro de una organización puede considerarse una condición de calidad, y no solo una función administrativa.

Las culturas organizacionales y los entornos laborales positivos también contribuyen a mejorar los resultados en los pacientes. Braithwaite et al. (2017) observaron que las culturas positivas de la organización se correlacionan con diversos resultados de calidad. Lake et al. (2019) demostraron que los ambientes avanzados de trabajo en enfermería correlacionan con mejores evaluaciones de seguridad, calidad, satisfacción y resultados clínicos. Aiken et al. (2012) reconocieron la interrelación entre las condiciones laborales, la dotación de personal, la calidad hospitalaria y la satisfacción del paciente. Kieft et al. (2014) abordaron la experiencia del paciente

y el papel de las habilidades clínicas, el trabajo en equipo y la combinación de dotación de personal adecuada y apoyo gerencial.

El bienestar en el lugar de trabajo también pertenece al ámbito del clima organizacional. El agotamiento profesional ya no es solo una preocupación individual. Está relacionado con la organización del trabajo, la carga asistencial, los recursos, el apoyo institucional y el liderazgo. Según un meta-análisis de Li et al. (2024), el agotamiento del personal de enfermería afectó negativamente la seguridad y calidad de la atención y provocó menor satisfacción entre los pacientes. En este contexto, la gestión de cargas de trabajo y el reconocimiento y apoyo del personal deben ser parte integral de cualquier iniciativa para mejorar la calidad de la atención y prevenir el agotamiento del personal.

Se ha demostrado que la capacitación y el desarrollo profesional continuo (DPC) mejoran conocimientos y habilidades. También se observó una mejora en comportamientos profesionales como resultado. El impacto de la DPC en comportamientos profesionales es también algo menos predecible que su efecto en los resultados del paciente. Samuel et al. (2021) examinaron 63 síntesis de conocimientos y encontraron que la mayoría de los programas de desarrollo profesional resultaron en cambios de comportamiento; sin embargo, los cambios en los pacientes eran metodológicamente diversos y frecuentemente no alcanzaban significancia estadística. Las revisiones posteriores reconocieron el impacto positivo de la DPC en la práctica profesional; sin embargo, el efecto de la capacitación también dependía del diseño de la misma, el contexto organizacional, el seguimiento y la capacidad de los participantes para implementar las habilidades aprendidas. Por lo tanto, las intervenciones de capacitación deben evaluarse en función de su transferencia al trabajo, cambio de comportamiento y impacto en los resultados organizacionales, más allá del número de intervenciones realizadas.

El libro utiliza, como base empírica secundaria, los resultados agrupados de herramientas desarrolladas en estudios anteriores documentados en el informe "Versión 3". Los estudios previos emplearon un enfoque de investigación mixto, descriptivo, analítico, comparativo y aplicado. Examinaron 600 encuestas estructuradas y 600 entrevistas breves semiestructuradas, distribuidas por igual entre el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y el Hospital III Yanahuara. La información recopilada se enriqueció aún más mediante observación no participante de los procesos administrativos de los usuarios.

La muestra de la encuesta estuvo compuesta por 450 pacientes (75%) y 150 acompañantes (25%). También se realizó una sobremuestra intencional de participantes mayores, lo cual es relevante dado el enfoque de la investigación en la necesidad de, y la provisión de, orientación,

comunicación clara y considerada, así como la necesidad de, y la provisión de, apoyo y acompañamiento continuo en persona a través de procesos hospitalarios complejos. El énfasis en usuarios con visitas frecuentes al hospital permitió evaluar preferencias en función de una interacción extensa con los diversos procesos hospitalarios, incluyendo visitas ambulatorias y consultas, servicios de laboratorio y farmacia, telemedicina y los sistemas de información.

Los instrumentos del estudio previo midieron el acceso a la información y citas, uso y facilidad de canales digitales, barreras de acceso, procesos administrativos, tiempos de espera, continuidad de información y telemedicina, farmacia, seguridad de datos, satisfacción general y presencia de acompañantes. En este libro, reinterpretemos esos resultados como indicadores externos de la organización del servicio y los componentes de la calidad percibida por los usuarios del servicio.

Este análisis más interpretativo requiere delimitar algunos límites. Los instrumentos mencionados se aplicaron a pacientes, usuarios y acompañantes, y no al personal médico, de enfermería, administrativo, gerencial y técnico. Por lo tanto, no se puede decir que los resultados reflejen el clima organizacional interno, las políticas de recursos humanos del hospital o la capacitación efectivamente brindada. Tampoco permiten establecer una relación directa y medible entre el clima organizacional, la capacitación y la calidad de la atención.

Por ello, el estudio proporciona un análisis más interpretativo. El clima organizacional y la capacitación, junto con la literatura especializada disponible, brindan el marco para las condiciones institucionales. Los resultados del estudio previo aportan evidencia de posibles indicadores externos: claridad de la información, coordinación, continuidad, oportunidad, confianza, facilidad y satisfacción. Las asociaciones propuestas deben considerarse como relaciones conceptuales y organizacionales basadas en la evidencia disponible, y no como relaciones de causa y efecto.

El libro propone la integración de la gestión del talento humano, el clima organizacional y el desarrollo de competencias. Estos impactan en la organización de los procesos y el comportamiento del personal. Estos procesos y comportamientos del personal impactan en la calidad percibida por los pacientes y acompañantes. Este modelo incluye algunas variables existentes, como la demanda de atención y los recursos disponibles, y las políticas establecidas de la institución.

Los hallazgos preliminares indican un índice sintético percibido de eficiencia administrativa del 53,60% para el estudio, situándolo en el percentil medio. El Hospital III Yanahuara obtuvo un 54,75% y el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo un 52,44%. Ambas puntuaciones

reflejan un rango pequeño y no modificaron la evaluación general, que indica que hay avances parciales en la eficiencia administrativa, con brechas considerables en la prontitud, resolución, coordinación e inclusión del servicio. Se debe tener en cuenta que el índice no refleja una medida completa de la calidad del servicio clínico, sino que se utiliza como referencia del orden percibido y la experiencia del servicio administrativo por parte de los usuarios.

Las dimensiones mejor valoradas por los usuarios fueron seguridad digital y confianza con un 81,87%, continuidad de la información con un 70,00% y acceso a información y citas con un 63,87%. La percepción de los usuarios identifica salvaguardas para la confidencialidad y registro de la información, comprensión del cumplimiento de las solicitudes y la continuidad general del servicio. Desde una perspectiva de gestión del talento humano, es probable que las fortalezas identificadas se deban a las prácticas de comunicación y ética, así como a la conducta responsable y gestión de la información del servicio. Sin embargo, los resultados no indican que el clima organizacional sea adecuado ni que la capacitación sea suficiente.

La continuidad de la información fue evaluada positivamente, pero mostró algunas inconsistencias entre sus indicadores. Todos los encuestados indicaron que el hospital registra la información y que ese registro contribuye a la continuidad del servicio. Sin embargo, los indicadores de ausencia de repetición de datos, coordinación del servicio y resultados en tiempo solo obtuvieron un 50%. Los resultados indican que registrar la información no significa que los equipos trabajen de manera integrada. La continuidad efectiva del servicio requiere la cooperación de diferentes profesiones, comunicación interna y una comprensión clara de los roles y responsabilidades, así como el uso adecuado de los sistemas de información.

Las principales brechas provienen de los procedimientos administrativos y los tiempos de espera. Esta dimensión obtuvo un 41,53%; solo el 31,67% consideró aceptables los tiempos de espera, y un 17,50% afirmó que los procedimientos se completaron en el tiempo esperado. Estos resultados destacan el bajo nivel de resolución de demanda y una brecha significativa entre los procedimientos formales limitados y la puntualidad experimentada por los usuarios.

La demora no es exclusivamente resultado de un bajo compromiso de los empleados o falta de capacitación. Podría deberse a poca dotación de personal, carga de trabajo excesiva, fragmentación del proceso, alto grado de duplicación de tareas con bajo nivel de autonomía en la resolución de las mismas, mala distribución de tareas, falta de coordinación o recursos insuficientes. Por ello, cualquier mejora propuesta debe dirigirse a las habilidades del personal y a las condiciones de la organización que permitan ejercer esas habilidades.

Las rutas digitales obtuvieron una puntuación del 50,00%. La mitad de los usuarios conocía estas rutas y las utilizaba. Sin embargo, el resto presentó dificultades, falta de respuestas, lenguaje poco claro, desconfianza y necesidad de apoyo. La dependencia de familiares y acompañantes demuestra que la mera presencia de tecnología no asegura el acceso. Para que las rutas digitales impacten positivamente en la calidad, los empleados deben tener las habilidades para guiar, comunicar, responder y apoyar a los usuarios en un amplio espectro de alfabetización digital.

La telemedicina obtuvo la puntuación más baja con un 14,50%. Para esta dimensión, la facilidad de uso, la calidad de la conexión y la claridad de las instrucciones alcanzaron aproximadamente el 21,67%. Solo el 5% indicó que la atención remota satisfacía sus necesidades, y un 2,5% afirmó que no era necesario asistir a citas presenciales posteriores por la misma razón. Además, el 63,33% experimentó dificultades con el servicio y el 73,33% requirió apoyo de un acompañante.

Los resultados señalan varias áreas de mejora, incluyendo habilidades digitales y de comunicación para el personal, perfeccionamiento de la selección de casos, informes previos a las citas y el equilibrio entre atención remota y presencial. La baja tasa de resolución de la telemedicina no puede atribuirse únicamente a la capacitación. Podría estar relacionada con otros factores como la conectividad, la elección de la plataforma, la disponibilidad de equipos, la relevancia clínica, la integración con los sistemas de registros de pacientes y la provisión de soporte técnico. La respuesta debe ser educativa, organizacional y tecnológica.

La dimensión de farmacia y suministros obtuvo una puntuación del 50,33%. El 96,67% de las respuestas indicaron una práctica de comunicación positiva respecto a la información proporcionada sobre los medicamentos. Sin embargo, solo el 25% de los encuestados indicó que los medicamentos fueron proporcionados en su totalidad, el 66,67% afirmó que los suministros fueron entregados parcialmente, y el 50% indicó que los suministros fueron comprados fuera del hospital.

La brecha entre una comunicación clara por parte del encuestado sobre la provisión de una orden y la incapacidad de proporcionar esa orden ilustra que la calidad de la respuesta depende de la articulación de las capacidades del personal y de las capacidades operativas de la institución. El miembro del personal explicó la orden y guió al paciente, pero no pudo completar el pedido debido a limitaciones de suministros. La disponibilidad de suministros y medicamentos requiere planificación, compras, inventarios, logística y coordinación institucional. La gestión del

talento humano juega un papel en la capacidad de articular, ofrecer alternativas y, lo más importante, abordar las limitaciones en el suministro.

Seguridad y confianza obtuvieron la puntuación más alta en general, con un 81,87%. Los usuarios reportaron confianza en la protección de sus datos y en la confidencialidad de la información de salud. Sin embargo, la seguridad percibida al usar canales digitales fue del 50%. Esto demuestra que la confianza en la institución es mayor que la confianza en los mecanismos operativos de atención. Para mantener este factor desde una perspectiva de gestión del talento, la institución debe ofrecer capacitación continua en confidencialidad, protección de datos, comunicación ética y uso seguro de los sistemas.

La calificación general de satisfacción fue del 56,67%, considerada de nivel medio. La percepción y evaluación de la organización del trabajo administrativo fue del 83,33%, con calificaciones de satisfacción y claridad en las instrucciones y pasos del proceso, y la mejora general de la experiencia en torno al 50%. Esto señala que el orden de la institución no funciona para brindar la orientación necesaria, ni garantiza que el proceso sea rápido o que resuelva los problemas.

La experiencia del paciente es una evaluación e indicador valioso y legítimo de calidad. Sin embargo, no debe confundirse con la evaluación de la integridad de la calidad desde un punto de vista técnico. La experiencia debe indicar al usuario que ha sido escuchado y guiado, y no sometido a un sistema desarticulado, carente de respeto y comunicación. Doyle et al. (2013) observaron una relación positiva entre la experiencia del paciente, la seguridad y la efectividad clínica. Sin embargo, la evaluación por parte del usuario deberá complementarse con indicadores clínicos, organizacionales y de desempeño profesional.

Los datos cualitativos confirmaron los resultados cuantitativos. Se registraron un total de 510 menciones por problemas para obtener o confirmar citas, 460 por barreras digitales, 570 por falta de telemedicina y 300 por problemas con la farmacia. En comparación, la gestión de datos fue mencionada positivamente en 580 entrevistas. La observación no participante indicó que había señales, módulos e información, aunque todavía existían brechas en la claridad de las rutas internas y en la capacidad de la información para satisfacer las necesidades de los usuarios.

El acompañante se convirtió en un participante importante en la prestación de cuidados y su calidad asociada. Su participación incluía solicitar información, hacer citas, uso de las herramientas digitales disponibles, apoyar la entrada, retirada y administración de medicamentos del paciente, y la resolución de problemas. Este rol fue especialmente crítico para los ancianos y usuarios con limitada autosuficiencia digital. El hospital debe formalizar el rol del

acompañante y aceptarlo como un socio legítimo en el proceso dentro de los límites de las responsabilidades del hospital.

Una lectura integrada de los hallazgos señala tres patrones. El primero es la ausencia de una base institucional de confianza, confidencialidad, información y continuidad. El segundo es la brecha entre el ordenamiento formal, sistemático de la información y la capacidad de resolverla. Los usuarios indican cierto nivel de orden y registro de la información, pero aún experimentan niveles variables de resolutivez en telemedicina y brechas significativas en la disponibilidad de medicamentos. El tercero se refiere a la necesidad de la presencia de una persona para superar barreras administrativas, informativas y digitales.

De los resultados de un estudio sobre el clima organizacional, el foco de atención está en las relaciones internas, liderazgo, comunicación, distribución de tareas, colaboración interprofesional e interdepartamental, y en la autonomía y apoyo a los empleados para resolver problemas. Un clima adecuado va más allá de la satisfacción laboral; crea las condiciones para una atención continua, clara y oportuna. Existe evidencia de que la satisfacción de los empleados y un entorno laboral excelente mejoran tanto la calidad de la atención brindada como la experiencia general del paciente.

Las prioridades desde la perspectiva de la capacitación involucran enfoques en comunicación centrada en la persona, orientación del paciente y acompañante, cuidado del adulto mayor, habilidades digitales y telemedicina, así como confidencialidad y seguridad del paciente, atención interprofesional y continua, y resolución de insatisfacciones. La capacitación debe cerrar brechas evidentes y complementarse con supervisión, retroalimentación, mentoría y evaluación.

Los problemas con el personal, sistemas, procesos, tecnología, infraestructura y suministros no pueden resolverse únicamente con capacitación. Cuando no se abordan las condiciones que inhiben la aplicación de la capacitación, los resultados frustrantes son altamente probables. Por ello, el libro recomienda que cada requerimiento de capacitación esté vinculado a una intervención organizacional específica. Las brechas en comunicación requerirán capacitación, mientras que una brecha en flujo de procesos requerirá un rediseño del proceso, una brecha en tecnología demandará una actualización de la plataforma y soporte, y las brechas logísticas requerirán intervenciones en adquisición, inventario y suministros.

Con base en el estudio, se propone un Modelo Integrado de Gestión del Talento Humano para la Mejora de la Calidad en la Atención. El primer elemento es la planificación y organización de la fuerza laboral, para garantizar una distribución adecuada y equilibrada, con roles claramente definidos y equipos continuos. El segundo elemento es fortalecer el clima organizacional

mediante liderazgo participativo, comunicación interna efectiva, reconocimiento y colaboración, asegurando seguridad y apoyo psicosocial.

El tercer elemento es la gestión de competencias, incluyendo técnicas, digitales, de comunicación, éticas, relacionales y de trabajo en equipo. El cuarto elemento es la capacitación continua de la fuerza laboral basada en las necesidades, con foco en la evaluación en términos de transferencia de capacitación y cambio de comportamiento, centrada en la experiencia del usuario. El último elemento es la comunicación centrada en el paciente y el acompañante, con énfasis en la escucha activa y en una comunicación clara, concisa y coherente, adaptable a las necesidades del destinatario.

El sexto elemento se centra en la atención y la alineación interprofesional para minimizar información conflicting, datos redundantes, referencias rotas y brechas en consultas, laboratorios, farmacia, telemedicina y en la corriente administrativa. La atención del personal es el séptimo elemento. Esto incluye preservar al personal, ofrecer apoyo emocional, equilibrar cargas de trabajo, proporcionar recursos y reconocer su labor. El octavo elemento abarca la evaluación continua de la calidad y la experiencia del usuario.

Los indicadores sugeridos comprenden claridad de la información, oportunidad en las respuestas, tiempos de espera, interconectividad del servicio, continuidad, datos no redundantes, sesiones de telemedicina, disponibilidad de medicamentos, confianza, satisfacción del usuario, presencia del acompañante y percepción de la competencia del personal. Estos indicadores deben complementarse con datos organizacionales de primera mano sobre capacitación, personal, rotación, ausentismo, bienestar del personal y desempeño, cuando estos datos estén disponibles.

El modelo se implementa mediante el liderazgo de la gerencia y la participación de recursos humanos, calidad, educación, seguridad y atención al cliente y usuario, tecnologías de la información, farmacia y servicios de atención. Cada intervención debe tener una persona responsable, metas definidas, recursos asignados, un plazo y indicadores de seguimiento. Se requiere una política institucional integrada para asumir la mejora de la calidad, ya que la mejora no puede ser responsabilidad exclusiva del departamento de recursos humanos ni de los empleados individualmente.

El mayor valor del libro radica en describir campos que habitualmente se analizan de manera aislada. La gestión del talento a menudo se evalúa mediante indicadores internos como capacitación y desempeño, así como rotación y satisfacción laboral, mientras que la calidad de la atención suele evaluarse por seguridad, satisfacción y resultados clínicos. La propuesta sintetiza

ambos campos en un continuum analítico de la calidad de la atención y la organización de los servicios, la experiencia del usuario y las condiciones laborales del personal.

Una línea base de los resultados visibles de la organización hospitalaria puede construirse utilizando los resultados de investigaciones anteriores. Las lagunas en los estudios no explican causalmente cómo las situaciones son creadas por el clima organizacional poco amistoso o la capacitación insuficiente. Sin embargo, los resultados del estudio ayudan a indicar las brechas en las áreas de políticas sobre talento, capacitación, liderazgo y gestión organizacional donde deberían orientar su pensamiento en la evaluación y las intervenciones.

Los hospitales estudiados muestran una experiencia de atención moderadamente buena con factores positivos de atención como la confianza, la confidencialidad y la claridad de la información y la atención en general, pero una falta de oportunidad, resolución de la atención, coordinación y presencia de la atención, incluyendo la tele-atención y la e-atención nuevas. La calidad de la atención va más allá de la educación formal de un profesional de la salud. Establece y construye el sistema organizacional de atención en el cual el profesional puede involucrar plenamente su experiencia y capacitación.

El mensaje principal de este libro es que el valor en la atención médica es evidente en el talento humano y su gestión, y este valor incorpora el personal competente, el liderazgo, el bienestar y el trabajo en equipo dentro del contexto de los recursos y procesos disponibles, así como la participación y retroalimentación continua de los pacientes y cuidadores. La capacitación no es suficiente dentro del contexto de un ambiente de apoyo para aplicar lo aprendido, ni la estructuración de los procesos es suficiente en un contexto de atención que carece de comunicación, empatía y un enfoque continuo y resolutivo en el viaje de atención médica.

INTRODUCCIÓN

La gestión estratégica de los recursos humanos es fundamental en las instituciones de salud. Esto se debe a que la prestación de atención sanitaria implica individuos que combinan conocimientos técnicos profundos con juicio profesional, comunicación efectiva, comportamiento ético, colaboración y la capacidad para gestionar desafíos complejos. La ausencia de cualquiera de estos elementos tiene un impacto negativo en la prestación de servicios de salud. Sin embargo, la calidad de un hospital no depende principalmente de sus recursos o tecnologías sofisticadas. Implica cómo la institución planifica, integra, asigna, capacita, dirige, evalúa, recompensa y protege a su fuerza laboral.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad es la medida en que los servicios de salud probablemente proporcionen los mejores resultados de salud y estén de acuerdo con el conjunto de conocimientos profesionales. Los servicios de salud se consideran de calidad si son efectivos, seguros, centrados en las personas, oportunos, justos e integrados. La OMS indica que estos factores dependen de una fuerza laboral competente, capacitada y motivada, así como de una buena gobernanza, y de los servicios, tecnologías e infraestructuras. Por lo tanto, la calidad en la atención de la salud es sinónimo de la interdependencia de la fuerza laboral, los servicios y los recursos institucionales, y no de las actividades aisladas de profesionales individuales (OMS, 2025).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, relevancia y competencia de los recursos humanos son determinantes esenciales para cumplir con el derecho a la salud. Esta posición transforma el análisis del talento humano en el contexto de servicios de salud de calidad en la medida en que exige una disposición predefinida y las competencias adecuadas de los recursos humanos dentro de la organización para atender las necesidades de salud de la población (OPS, 2017).

Las directrices de Perú para la política de recursos humanos en salud 2018-2030 tienen como objetivo mejorar diversos aspectos del personal de salud, como la planificación, disponibilidad, distribución, capacitación, desarrollo de competencias y condiciones laborales. La Política Nacional de Calidad en Salud también aborda al personal sanitario, pero se centra en la calidad de los servicios de salud y el derecho del personal a servicios de salud de calidad. Esto implica que la gestión del personal sanitario y la gestión de la calidad de los servicios deben estar interrelacionadas en lugar de ser sistemas independientes de gestión en salud (Ministerio de Salud [MINSA], 2009, 2018).

Este libro, *Gestión del Talento Humano y Calidad en la Atención: Relación entre Clima Organizacional, Capacitación del Personal y Resultados en la Atención al Paciente*, analiza estas interconexiones desde la perspectiva de la gestión y la atención. El argumento principal del autor es que la práctica de gestionar personas adquiere relevancia en salud cuando se trata de la práctica cuidadora que es segura, clara, continua y centrada en la persona atendida; y cuando implica personal competente y adecuadamente apoyado, equipos coordinados y procesos de salud oportunos.

En este libro, gestionar el talento humano se refiere a los enfoques y prácticas sistémicas e integradas para gestionar la planificación de recursos humanos, la selección y reclutamiento del personal, el desarrollo del personal, la estructuración del personal, la evaluación del desempeño, el liderazgo y el bienestar en el trabajo, y la retención del personal. Esta visión trasciende la visión estrecha de administración de contratos, asistencia y nómina, que es típica en muchas organizaciones hospitalarias. En un hospital, la gestión de recursos humanos puede significar atención segura, atención oportuna, capacidad de respuesta, experiencia del paciente y la integración de los servicios de salud.

La evidencia ha demostrado que esta relación es relevante en la ciencia. West et al. (2006) encontraron relaciones entre los sistemas complementarios de prácticas de gestión de recursos humanos y los resultados hospitalarios. Su estudio sugirió que las prácticas de selección, capacitación, evaluación, participación y organización del trabajo no deben verse como prácticas separadas. Implica que la capacitación, por ejemplo, tendrá un impacto limitado si el sistema no está respaldado por el personal adecuado, la gestión, los recursos, la organización y la retroalimentación.

El clima organizacional es una condición de rendimiento relevante dentro del sistema. El concepto se refiere a las percepciones de los empleados respecto al estilo de gestión, la comunicación dentro de la organización, el apoyo y reconocimiento, la participación y los recursos, la carga laboral, el trabajo en equipo, la equidad y la seguridad mental. Un clima positivo respalda el desempeño de los profesionales y la preparación del personal, mientras que un clima sobrecargado, fragmentado, conflictivo, contradictorio y carente de recursos no apoya a nadie.

La literatura científica respalda el impacto positivo de culturas y climas favorables en las organizaciones sobre muchos resultados en los pacientes. Braithwaite et al. (2017) revelaron que las culturas de las organizaciones están positivamente correlacionadas con los resultados de calidad y seguridad. Lake et al. (2019) encontraron correlaciones positivas entre un entorno de

trabajo de enfermería mejorado y mejores resultados del personal, seguridad, calidad y satisfacción del paciente. Aiken et al. (2012) hallaron correlaciones positivas entre la dotación de personal, las condiciones laborales y la calidad y satisfacción en los hospitales. Estas correlaciones apoyan el papel importante del clima de una organización, aunque no ilustran que el clima sea el único determinante de los resultados en la atención (Aiken et al., 2012; Braithwaite et al., 2017; Lake et al., 2019).

La medición del clima organizacional debe realizarse directamente sobre los trabajadores. Ellos perciben las experiencias de liderazgo, el flujo de comunicación interna, la distribución del trabajo, el reconocimiento y la presencia de seguridad psicológica. La metodología aprobada por el Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial N° 468-2011-MINSA establece instrumentos de evaluación para las organizaciones de salud. Por lo tanto, las opiniones de pacientes y acompañantes no pueden reemplazar la encuesta de clima del personal (MINSA 2011). La capacitación se considera el segundo eje principal del libro. Se la ve como un proceso planificado para la adquisición, actualización, aplicación y evaluación de competencias técnicas, comunicacionales, digitales, éticas, relacionales y de seguridad. Su medición no debe evaluarse por el número de cursos, horas o certificados. La capacitación se considera efectiva si elimina una debilidad previa, es relevante y se aplica en el lugar de trabajo para la modificación de comportamientos con el fin de ser profesionales y lograr resultados medibles en los procesos y en la experiencia de los pacientes.

La base de investigaciones existente indica que el desarrollo profesional continuo tiene el potencial de elevar al personal y enriquecer las habilidades y conocimientos de la fuerza laboral. Sin embargo, esto tiene un efecto variable en los resultados de los clientes o pacientes. Samuel et al. (2021) señalaron que varias intervenciones dentro del ámbito del desarrollo profesional condujeron a la modificación de comportamientos profesionales, aunque los cambios no fueron consistentes con los resultados clínicos. Esta investigación valoró la capacitación, sin embargo, su valor está definido por la relevancia de la capacitación para las necesidades de la fuerza laboral, la metodología, el monitoreo, los recursos de capacitación y las condiciones del lugar de trabajo que influyen en la transferencia de la capacitación (Samuel et al. 2021).

El clima organizacional impacta la capacitación. Un empleado capacitado en una habilidad puede no usarla en presencia de una carga de trabajo importante, información conflictiva, sistemas que no funcionan, restricciones de tiempo o falta de asistencia supervisora. Por otro lado, un clima laboral positivo no significa que se brindará atención de calidad si el personal

carece de las habilidades. Avanzar en la calidad de la atención sanitaria implica trabajar en las habilidades del personal y en el clima en el que se espera que esas habilidades sean utilizadas.

El bienestar en el lugar de trabajo también juega un papel en esto. El agotamiento no debe considerarse un problema puramente personal, sino que puede ser resultado de una sobrecarga y/o insuficiente dotación de personal, control y reconocimiento insuficientes y demandas de atención constantes. Un meta-análisis reciente indicó que el agotamiento en el personal de enfermería se vinculaba a menor seguridad, menor calidad y menor satisfacción de los pacientes. Por lo tanto, un nivel adecuado de bienestar para el personal es una condición necesaria y suficiente de calidad que está integrada en la gestión de la atención sanitaria (Li et al., 2024).

El libro utiliza el marco de Donabedian para evaluar la calidad del cuidado de salud en términos de estructura, proceso y resultado. En este caso, la estructura incluye al personal y sus perfiles y capacitación, liderazgo, tecnología, infraestructura y recursos; la comunicación, el tratamiento, la coordinación y la seguridad constituyen el proceso; y el resultado abarca cambios clínicos, incidentes de seguridad, experiencia y satisfacción. Este modelo implica que la capacitación, como parte de la estructura, solo es relevante y significativa si modifica el proceso y conduce a un resultado positivo (Donabedian, 1988).

El capítulo 2 se centra en las perspectivas de pacientes y acompañantes. Los usuarios son los únicos que pueden afirmar si hubo explicaciones claras y lógicas, si hubo una orientación adecuada, si esperaron cantidades de tiempo “excesivas”, si recibieron instrucciones que se contradecían, si consideraron que los servicios fueron descoordinados y si sus problemas fueron resueltos. El encuentro de atención es un aspecto importante de la experiencia, de la perspectiva del individuo sobre el servicio y de la calidad. Puede afectar la seguridad y la efectividad del servicio. No reemplaza la evaluación de los aspectos técnicos del servicio, es decir, el diagnóstico, el tratamiento, el procedimiento y la medida en que el clínico siguió las pautas de entrega de servicios prescritas y/o acordadas (Doyle, 2013).

La satisfacción y la experiencia no deben estar relacionadas. La experiencia y la satisfacción son dos términos que a veces se usan indistintamente. La experiencia es haber pasado por algo y, en este caso, significa los hechos, las interacciones. La satisfacción trata sobre cumplir con las expectativas de una persona, y en cierto modo, se basa en comparaciones. Alguien puede sentir que recibió una explicación lógica y amplia, pero aún así estar frustrado por un servicio debido a largas esperas, falta de entrega de medicamentos o que el servicio mostró una capacidad insuficiente para resolver problemas. Se examinan las dimensiones específicas de la calidad percibida por el individuo, en lugar de la calidad percibida en conjunto por la persona.

La base empírica de este estudio se basa en los instrumentos utilizados para recopilar datos en estudios previos realizados en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo y en el Hospital Yanahuara III en la Región de Arequipa. Este conjunto de datos incluye 600 cuestionarios estructurados, 600 registros de entrevistas breves semi-estructuradas y observaciones no participantes de los trayectos hospitalarios. Los cuestionarios se repartieron equitativamente entre las dos instalaciones y fueron completados por 450 pacientes y 150 acompañantes adultos. La mitad de los participantes tenían más de 60 años. Las entrevistas son registros cualitativos y no deben usarse como si fueran 600 participantes adicionales.

Las herramientas iniciales evaluaron el acceso a la información y las citas, los canales digitales, las barreras de uso, los procedimientos, los tiempos de espera, la continuidad de la información, la telemedicina, la farmacia, la seguridad de los datos, la satisfacción y la participación de los acompañantes. En este estudio, estas dimensiones se referirán como los resultados externos de la organización del servicio y la calidad percibida. Utilizar los datos de esta manera permite el uso de una base empírica amplia, aunque será necesario mantener la descripción original de los datos.

Esta limitación es metodológicamente necesaria. Las herramientas anteriores no se aplicaron a ninguno de los personal médico, de enfermería, administrativo, tecnológico y gerencial. Por lo tanto, no pueden medir el clima organizacional, el contenido de la capacitación, el aprendizaje, la transferencia al trabajo ni las políticas de recursos humanos. Tampoco permiten una correlación estadística directa entre el clima, la capacitación y la calidad del cuidado de la salud.

Por ello, en este libro se adopta un análisis secundario combinado de datos. Las respuestas de los pacientes y acompañantes proporcionan una descripción directa de los resultados percibidos relacionados con la claridad, la oportunidad, la coordinación, la continuidad y la satisfacción con la capacidad de resolver problemas y confiar en el sistema. El clima organizacional y la capacitación se usan como categorías institucionales explicativas, apoyadas por la literatura científica y regulatoria. Se analizan las relaciones entre estos niveles mediante triangulación y considerando otras posibles explicaciones.

Por ejemplo, un retraso puede ser resultado de una insuficiente dotación de personal, un desequilibrio en la distribución del trabajo, procesos redundantes, tecnología deficiente y/o alta demanda. Por sí solo, no indica un clima negativo ni falta de capacitación. Lo mismo ocurre con la poca disponibilidad de medicamentos; esto se debe principalmente a los procesos de planificación, compra, inventario y logística de abastecimiento, aunque el personal puede necesitar tener las habilidades para informar, anotar y comunicar las solicitudes pendientes a los

usuarios. Este enfoque evita atribuir el problema al personal cuando el problema está dentro de la institución.

La pregunta general que orienta la obra es la siguiente: ¿cómo se relacionan el clima organizacional y la capacitación del personal de salud con los resultados percibidos de la calidad de atención por pacientes y acompañantes del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y del Hospital III Yanahuara?

El objetivo es estudiar la relación entre clima organizacional y la capacitación del personal de salud con la calidad de la atención percibida. Esto se realiza mediante un análisis secundario e integrado de encuestas, entrevistas y observaciones a pacientes y acompañantes en los dos hospitales.

Esta investigación busca identificar fortalezas y debilidades de la calidad percibida, describir y comparar los resultados institucionales, interpretar los datos cualitativos para explicar los resultados cuantitativos, identificar signos o síntomas que sean compatibles con brechas o debilidades en las áreas de comunicación, coordinación y organización del trabajo, e identificar las necesidades latentes de capacitación, así como distinguir el tipo de capacitación de las otras necesidades. Esta investigación también pretende proponer un modelo integrado de gestión del talento humano para mejorar la calidad de la atención.

El modelo conceptual de esta investigación se estructura de la siguiente manera:

Gestión del talento humano → clima organizacional y desarrollo de competencias → conductas y procesos asistenciales → experiencia de pacientes y acompañantes → calidad asistencial percibida.

Este modelo se describe para reflejar la realidad de la investigación (dotación de personal, demanda, etc.) y es flexible. Cabe destacar que la investigación es descriptiva, y el objetivo es determinar la necesidad de intervenir en un área determinada de gestión humana.

El diagnóstico reutilizado indica una organización disímil de la atención. Se observó un puntaje medio del 53.60% para el índice sintético. La seguridad y confianza, la continuidad de información general y las brechas de comprensión mostraron los elementos más fuertes. Las principales brechas incluyeron telemedicina, resolución de brechas, tiempos de espera, canales digitales y acceso a medicamentos. Dentro del alcance de este estudio, los temas de capacitación y clima no son el foco. Más bien, estos resultados se refieren a la evaluación de procesos y las acciones que deben tomarse dentro de la gestión del talento humano en la organización.

El propósito principal de este libro es gestionar el talento humano y articular campos que a menudo se estudian de manera aislada. La gestión del talento humano se centra en los componentes internos de la organización, como dotación, capacitación y rendimiento. La evaluación de la calidad percibida de la atención a menudo se realiza mediante encuestas de satisfacción y/o experiencia. Este libro intenta cerrar esa brecha identificando procesos observables de comunicación, orientación y coordinación, así como puntualidad, continuidad y confidencialidad.

Otra contribución es diferenciar la calidad de la evidencia dentro de un contexto específico. Las percepciones de los usuarios sobre la atención se consideran evidencia valiosa de la calidad de la misma. Sin embargo, la falta de significado para la evidencia de la calidad percibida en sí misma constituye un diagnóstico en sí. Esta contribución fortalece la lógica entre las fuentes, variables y conclusiones.

La tercera contribución es la construcción del modelo. Basado en el diagnóstico y la evidencia, el modelo propone una Gestión Integrada del Talento Humano centrada en la Calidad de la Atención. Este modelo integra planificación, clima, liderazgo y competencias, así como capacitación dentro del alcance de la atención, la comunicación y el trabajo en equipo.

El trabajo se divide en cinco capítulos. El primer capítulo establece diversos elementos relacionados con la gestión del talento humano, el clima organizacional, la capacitación y la calidad de la atención. El segundo capítulo describe el enfoque, los componentes para el análisis secundario, las unidades de estudio, las reglas de inferencia y los métodos de integración. El tercer capítulo examina el diagnóstico empírico de la calidad percibida del talento humano. El cuarto capítulo analiza la literatura internacional, regional y peruana existente. El quinto capítulo presenta el modelo integrado, sus componentes, sus indicadores, los objetivos, la designación de los actores y las rutas para la puesta en marcha del modelo.

Para resumir brevemente el contenido del libro, la calidad de la atención se describe como la combinación de un grupo de individuos capacitados en una tarea particular, condiciones laborales apropiadas, líderes que apoyan al equipo y avanzan en los pasos coordinados de un proceso, junto con los recursos y la calidad de las relaciones interpersonales. En la atención en salud, el valor se genera mediante la gestión del talento humano cuando las políticas y estrategias organizacionales se transforman en atención segura, oportuna y considerada para los pacientes y sus acompañantes.

Capítulo I

**MARCO CONCEPTUAL, SANITARIO Y
NORMATIVO DE LA GESTIÓN DEL TALENTO
HUMANO Y LA CALIDAD ASISTENCIAL**

CAPÍTULO I – MARCO CONCEPTUAL, SANITARIO Y NORMATIVO DE LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y LA CALIDAD ASISTENCIAL

Este capítulo construye el andamiaje conceptual, de salud, teórico y normativo que permite el análisis respecto a la interfaz de la gestión del talento humano, el clima laboral, la formación del personal de salud y la dimensión de resultados de la calidad de la atención a pacientes. Permite la definición de las categorías para articular cómo se manifiestan las decisiones tomadas por las instituciones respecto a su fuerza laboral en las dimensiones de seguridad, oportunidad y continuidad, el tratamiento y la comunicación, así como la respuesta y la experiencia que perciben los pacientes y acompañantes.

La gestión del talento humano en salud no son las rutinas administrativas de contratación, asistencia y nómina. Comprende la planificación de necesidades de personal, selección, inducción, asignación de puestos, desarrollo, capacitación, evaluación y liderazgo, así como la comunicación interna y el reconocimiento, el bienestar y la salud, la prevención del burnout profesional y la rotación del personal.

En las instituciones de salud, las funciones mencionadas potencialmente están relacionadas con la calidad de la atención, ya que influyen en la capacidad del personal para aplicar sus conocimientos, coordinar la atención y comunicarse con los usuarios, responder y prevenir errores y garantizar la continuidad del servicio. Según la Organización Mundial de la Salud, brindar servicios de calidad requiere una fuerza laboral competente, respaldada y motivada, junto con una gestión adecuada, sistemas de información en salud, medicamentos esenciales, tecnologías en salud e infraestructura. La calidad de la atención es el funcionamiento integrado de los recursos de la institución, sistemas y procesos, y la fuerza laboral, y no la capacidad singular de un profesional (OMS, 2025).

Uno de los contextos internos en la gestión del talento humano donde el desempeño puede ser fomentado u obstaculizado es mediante la comprensión de la dimensión del clima organizacional. Cuando el clima organizacional es positivo y existe liderazgo, comunicación clara, colaboración, reconocimiento, justicia, apoyo administrativo, presencia de recursos y seguridad psicológica, se favorece el desempeño positivo y competente de los empleados. Por otro lado, la ausencia de algunos o todos los elementos anteriores y la presencia de aspectos como

sobrecarga, conflicto, fragmentación, señales contradictorias, recursos insuficientes y falta de reconocimiento limitarían el desempeño incluso de empleados altamente capacitados.

La capacitación y los mecanismos de formación diferentes también son una dimensión importante. El número de cursos de capacitación es menos relevante que la pertinencia, calidad, transferibilidad y aplicabilidad en el trabajo. La capacitación puede considerarse una adición positiva cuando los resultados de la formación en el trabajo de atención son evidentes y los comportamientos y actitudes profesionales han mejorado. Existen evidencias de que la capacitación incrementa el rendimiento de los profesionales de la salud, pero para mejorar los resultados de la atención, especialmente los resultados recibidos por los pacientes, existe una fuerte dependencia de la organización, el apoyo y la supervisión de la persona a cargo y la oportunidad de practicar lo aprendido (Samuel et al., 2021; Ali et al., 2025).

La calidad de la atención merece una descripción multinivel. Incluye las dimensiones de calidad técnica, seguridad, efectividad, atención oportuna y atención continua y coordinada. También incluye dimensiones interpersonales como la dignidad, el respeto y las preferencias del destinatario del cuidado, así como la provisión de información y su participación en el proceso. Los destinatarios de la atención y sus acompañantes son fuentes importantes de evidencia válida sobre dimensiones de la atención como el servicio recibido, la explicación brindada, el personal presente, el tiempo de espera, el orden en que se brindaron los servicios y la capacidad de respuesta general a sus necesidades. Las percepciones y experiencias de los destinatarios de la atención deben complementarse con los hallazgos de evaluaciones clínicas y técnicas de la atención, incluyendo valoraciones sobre la pertinencia de un diagnóstico y el curso de tratamiento y procedimientos elegidos.

Este nivel de detalle es crucial para este libro. Los instrumentos basados en estudios previos se implementaron en pacientes, usuarios y acompañantes, y no en trabajadores, gestores y coordinadores de formación. Como resultado, los hallazgos reutilizados permitirán el análisis de las señales externas de la organización de los servicios y la calidad percibida, pero no brindarán los medios para medir el clima organizacional interno ni la formación que el personal realmente recibió. Las relaciones propuestas deben entenderse como relaciones teóricas y organizacionales y deben evitar relaciones causales que la información actual no justifica.

1.1. Antecedentes de la investigación

1.1.1. Antecedentes internacionales

La relación entre la gestión de recursos humanos y los resultados en salud ha sido destacada, dado que los hospitales están conformados por organizaciones profesionales que contienen un alto grado de especialización, interdependencia, atención intensa y de alto riesgo. La calidad depende de la interacción de muchos elementos, y no de la decisión de un solo profesional.

En 52 hospitales ingleses, West et al. (2006) investigaron la relación entre los sistemas de gestión de recursos humanos y la mortalidad estandarizada. Encontraron una relación significativa y concreta (estadística y prácticamente) entre los sistemas de gestión de recursos humanos y los resultados de los hospitales estudiados, tras controlar por mortalidad previa y la proporción médico-paciente. En el contexto del estudio, la gestión de recursos humanos no puede describirse como el principal determinante de la mortalidad hospitalaria. Sin embargo, es factible considerar que la gestión de recursos humanos es uno de los medios importantes para mejorar potencialmente la atención hospitalaria (West et al., 2006).

La revisión sistemática de Gile et al. (2018) demostró que los hospitales en África Subsahariana muestran que la gestión de recursos humanos influye en el rendimiento de las instituciones a través de la disponibilidad, motivación, retención, distribución, gestión y mejora del personal. Los autores mostraron que la aplicación de prácticas de gestión depende del contexto, y por lo tanto, concluyeron que las prácticas y hallazgos relacionados con un sistema hospitalario no deben generalizarse a otros sistemas hospitalarios (Gile et al., 2018).

En su revisión sistemática, Braithwaite et al. (2017) analizaron las culturas de las organizaciones y su impacto en los pacientes y encontraron que las culturas laborales positivas se relacionaban con el rendimiento en la atención al paciente y también estaban vinculadas a la seguridad y la calidad en la atención. La revisión relacionó la colaboración, el trabajo en equipo y el liderazgo con los resultados de seguridad y cuidado, pero debido a la diversidad de herramientas y estructuras, desafió la formulación de vínculos causales claros y uniformes (Braithwaite et al., 2017).

Los hallazgos relacionados con el entorno de trabajo de enfermería demuestran los mismos resultados. En su meta-análisis de estudios realizados en entornos hospitalarios, Lake et al. (2019) encontraron que un entorno de trabajo positivo conducía a una atención al paciente segura y mejorada en calidad y satisfacción, además de mejorar los resultados para el personal.

Los autores explicaron que el entorno laboral era uno de muchos factores contribuyentes (Lake et al., 2019).

Aiken et al. (2012) encuestaron al personal de enfermería y a los pacientes en hospitales de Europa y EE. UU. para explorar los vínculos entre dotación de personal, entorno laboral, calidad hospitalaria, seguridad y satisfacción del paciente. Los hospitales que disfrutaron de mejores condiciones laborales y tenían una menor proporción de pacientes por personal registraron mejores calificaciones en calidad y satisfacción. Aiken et al. (2012) argumentan que las condiciones organizacionales internas pueden impactar la experiencia del usuario, pero no deben interpretarse como una medida directa.

Kieft et al. (2014) adoptaron un enfoque cualitativo sobre el impacto que el personal de enfermería y el entorno laboral ejercieron en la experiencia del paciente. Destacaron factores importantes como un personal clínico y competente, trabajo en equipo, autonomía de enfermería, dotación adecuada de personal, gestión de apoyo y una cultura centrada en el paciente. Kieft et al. (2014) sostienen, a partir del estudio, que la experiencia del usuario no es el resultado de acciones conductuales individuales aisladas, sino de la capacidad organizacional para sostener acciones deseadas de cuidado.

Stalpers et al. (2015) examinaron la evidencia del impacto del entorno laboral en resultados sensibles a la enfermería a través de una revisión sistemática de la literatura. De la revisión, subrayaron la importancia de la dotación de personal, la calidad de las relaciones laborales y el liderazgo, así como la participación en la toma de decisiones. Además, afirmaron que la revisión debe interpretarse con precaución, ya que la calidad de los estudios y las definiciones de los resultados eran diferentes.

Otra línea relevante es el agotamiento profesional. Li et al. (2024) sintetizaron 85 estudios sobre 288,581 profesionales de enfermería en 32 países. El agotamiento se relacionó con resultados negativos en seguridad, calidad de la atención y satisfacción con la atención en este meta-análisis. El agotamiento no es simplemente un fallo personal; puede ser resultado de la combinación de muchos factores, como exceso de trabajo y poca o ninguna apoyo, dotación inadecuada de personal, baja autonomía laboral y demandas emocionales y operativas potenciales y reales crónicas (Li et al., 2024).

Jun et al. (2021) también encontraron conexiones entre el agotamiento, los resultados de los pacientes y los resultados organizacionales. El cuerpo emergente de trabajo indica que la calidad de la atención también puede verse afectada por el bienestar profesional del personal. Este impacto potencial en la calidad de la atención incluye la forma en que el personal participa en el

cuidado y la comunicación, la continuidad de la atención, el ausentismo, la intención de abandonar y cuán receptivo es el personal. Por esta razón, el agotamiento profesional debe abordarse mediante sistemas de gestión del talento en lugar de simplemente ofrecer estrategias individuales para afrontar el agotamiento.

En el contexto del cuerpo de trabajo existente sobre desarrollo profesional, Samuel et al. (2021) revisaron 63 estudios y encontraron un aumento general en el conocimiento y un cambio en los comportamientos profesionales en muchos estudios. El impacto general en los pacientes fue más variable. Este patrón indica que el conocimiento y los comportamientos profesionales no necesariamente conducen a un impacto en la atención (Samuel et al., 2021).

Cervero y Gaines (2015) argumentaron que la educación médica continua tiene más influencia en los comportamientos profesionales que en los resultados de los pacientes. El uso de múltiples técnicas, actividades iterativas y contextuales, y la interactividad generalmente conducen a resultados más positivos que las técnicas de instrucción tradicionales y pasivas. Por lo tanto, debe evitarse un enfoque basado en cursos para la capacitación del personal, y la capacitación debe diseñarse como parte de una estrategia institucional.

Bluestone et al. (2013) observaron que la capacitación en servicio implica objetivos claros, métodos que involucren a los participantes, oportunidades para practicar, provisión de retroalimentación y seguimiento con apoyo de la institución. Este tipo de capacitación debe incluir una comprensión de las necesidades de los aprendices, del contexto en el que se aplicará la capacitación y de las barreras organizacionales que puedan impedir la transferencia de la capacitación.

Ali et al. (2025) señalan que la relación entre el desarrollo profesional continuo y los resultados del paciente sigue siendo inconsistente. En general, las intervenciones multifacéticas, junto con el apoyo organizacional y el seguimiento, probablemente sean más efectivas que intervenciones de capacitación independientes. No debe concluirse que la capacitación no tenga valor; la capacitación debe evaluarse en una cadena de resultados que comprenda aprendizaje, transferencia, desempeño y el impacto en la atención (Ali et al., 2025).

La experiencia del paciente ha emergido como un elemento importante en la evaluación de la calidad. En una revisión de 55 estudios, Doyle et al. (2013) encontraron que la experiencia del paciente se asoció positivamente con la seguridad y la efectividad clínica. El hallazgo positivo respalda la inclusión de la experiencia en marcos evaluativos, pero no justifica su sustitución por indicadores clínicos u operativos (Doyle et al., 2013).

Anhang Price et al. (2014) afirmaron que las encuestas de experiencias proporcionan datos para la evaluación de la atención brindada en un entorno caracterizado por comunicación, colaboración, capacidad de respuesta y respeto. Estas encuestas permiten identificar elementos específicos del proceso de atención que pueden mejorarse, en contraste con el uso de una pregunta general de satisfacción (Anhang Price et al., 2014).

Beattie et al. (2015) destacaron la variedad de dimensiones y características psicométricas de las herramientas de medición de la experiencia de calidad utilizadas en el contexto hospitalario en su revisión. Recomendán diferenciar experiencia y satisfacción y resultados clínicos además de la experiencia en los resultados (Beattie et al., 2015). Una revisión de la literatura internacional permite tres observaciones preliminares. En primer lugar, la gestión de las personas y las condiciones de trabajo tienen un impacto en los resultados clínicos e institucionales. En segundo lugar, si bien la capacitación puede influir positivamente en la mejora del conocimiento y los comportamientos, el impacto de la capacitación puede ser muy variable y depende de muchos factores, incluido el contexto y la transferencia. En tercer lugar, la experiencia del paciente es un resultado legítimo de la atención clínica brindada, pero no refleja la evaluación completa de la calidad técnica de la atención.

1.1.2. Antecedentes regionales y latinoamericanos

La evaluación de los recursos humanos en salud en América Latina se basa en sistemas institucionales segmentados con distribución territorial desigual y escasez de algunas especialidades en la población urbana, así como un mosaico de contrataciones, junto con disparidades en gestión e infraestructura. Dentro de estos sistemas, el clima organizacional y la capacitación deben adaptarse a la disponibilidad, distribución y retención.

La OPS, en su Agenda 2030, se comprometió a garantizar la Salud Universal y la Cobertura Universal de Salud para reformar los Recursos Humanos en Salud en las Américas. El objetivo era proporcionar personal adecuado y disponible para satisfacer las necesidades de salud, priorizando la calidad sobre la cantidad (OPS, 2017).

Bernal et al. (2015) examinaron 83 estudios realizados en América Latina. Propusieron un modelo que integra algunas dimensiones del clima organizacional y la calidad del servicio público de salud. Algunas de las dimensiones incluidas en el modelo fueron liderazgo, motivación, comunicación, participación, trabajo en equipo y otros factores organizacionales relacionados. Los autores afirmaron que la teoría existente era la base de la relación de las dos variables, pero instaron a consolidar la evidencia empírica y a evitar teorías superficiales (Bernal et al., 2015).

En un estudio realizado en dos hospitales de alta complejidad en Chile, Bustamante-Ubilla et al. (2015) analizaron el clima de 561 trabajadores a través de una encuesta. Las dimensiones más valoradas fueron identidad, motivación en el trabajo y responsabilidad. Las menos valoradas fueron el equipo y la distribución de personal y material, así como la gestión de conflictos y la comunicación. Los autores señalaron que el clima es multidimensional y que una evaluación global puede enmascarar lagunas particulares (Bustamante-Ubilla et al., 2015).

La literatura disponible de estas regiones afirma que un clima organizacional mejorado no garantiza necesariamente la percepción de la calidad de la atención por parte de los usuarios. La calidad de la atención está influenciada por el personal, el flujo, la infraestructura y otros factores, así como por el liderazgo clínico. Esta es una observación relevante para disipar la idea de que el clima organizacional explica todas las lagunas en la atención.

En Colombia, el análisis de la relación del clima organizacional con la calidad percibida por los usuarios incluye una distinción en la medición entre evaluaciones de empleados y de usuarios. Esta distinción en la medición es un enfoque más sofisticado que inferir el clima a partir de evaluaciones de pacientes, ya que se entiende que cada variable debe ser evaluada en las poblaciones respectivas que tienen acceso directo a ella.

La literatura latinoamericana enfatiza la interdependencia del liderazgo y, por lo tanto, se espera que los instrumentos muestren un mayor grado de pluralismo. Esto es evidente en los estudios de cultura organizacional, satisfacción laboral, compromiso, clima de seguridad y percepción del entorno. Aunque estas categorías están relacionadas entre sí, no son iguales. Cuando se ignoran las características distintivas, esto puede conducir a conclusiones ambiguas o a una comparación errónea de resultados que se relacionan con constructos diferentes.

1.1.3. Antecedentes peruanos

En Perú, los recursos humanos en salud han sido considerados una parte vital del sistema de salud. Según Inga-Berrospi y Arosquipa Rodríguez (2019), para garantizar servicios de salud de buena calidad, es necesario tener control, organizar y promover la movilización y la mejora de las habilidades de los trabajadores de la salud. Estos autores destacaron la importancia de la planificación previa y la disponibilidad de información y la formación necesaria, así como las condiciones contextuales que promueven un desempeño comprometido y equitativo del personal (Inga-Berrospi & Arosquipa Rodríguez, 2019).

En el estudio de Fernández-Oliva et al. (2019), realizado en los servicios de hospitalización del Instituto Nacional de Salud del Niño, se evaluó por separado el clima organizacional de 125

trabajadores y la satisfacción de 92 usuarios externos. El clima fue considerado mejorable, mientras que la satisfacción alcanzó el 64.4%. Se valoraron positivamente la identidad, la comunicación y la estructura de la organización, mientras que la remuneración fue valorada negativamente. Las principales brechas señaladas por los usuarios fueron los retrasos en el alta, en los servicios de laboratorio y radiología (Fernández-Oliva et al., 2019).

Hay dos razones respecto a la relevancia de estos antecedentes. Primero, la evaluación del clima y la satisfacción requerirá herramientas diferentes y diferentes grupos de encuestados. Segundo, esto demuestra que, aunque pueda haber un acuerdo general, las variables que están interrelacionadas pueden ser bastante diferentes cuando se comparan con variables relacionadas externamente.

Guerra Elera et al. (2023) analizaron el clima organizacional del Servicio de Emergencias Médicas en Piura y la satisfacción de los usuarios del Servicio de Emergencias Médicas en Piura. Se describió una asociación estadística en referencia al clima y la satisfacción, y a las dimensiones que se midieron. Se utilizó el clima organizacional del Ministerio de Salud, y se empleó una evaluación diferenciada para cada usuario (Guerra Elera et al., 2023).

Aunque este resultado respalda la relación entre clima y satisfacción, el diseño transversal no permite establecer causalidad. Además, el contexto de los servicios de emergencia móvil tiene características diferentes a las de un hospital general, como la composición de los equipos, las dinámicas de las respuestas, el contacto con el usuario y las condiciones de operación. Por ello, las conclusiones del estudio deben usarse para definir el contexto, no para estimar directamente la situación en todos los hospitales.

Vega Vega y Podestá Gavilano (2024) analizaron la percepción del clima organizacional y la cultura de seguridad de un servicio quirúrgico en un hospital peruano. También encontraron una correlación positiva entre el clima organizacional y la cultura de seguridad. Este estudio también sostiene la relación entre el liderazgo, la estructura y el comportamiento de la organización en relación con la seguridad. Sin embargo, también es un estudio transversal, y una relación específica del servicio (Vega Vega & Podestá Gavilano, 2024).

Hernández-Vásquez et al. (2019) examinaron la satisfacción de usuarios externos y factores relevantes en las agencias del Ministerio de Salud de Perú. Sus hallazgos posponen que la satisfacción no es atribuible a un solo factor y está influenciada por el usuario, la agencia y la atención brindada. Tales hallazgos respaldan la lógica de modelos multicausales e indican que no se debe culpar únicamente al personal por toda la insatisfacción externa.

Barrios-Ipenza et al. (2020) adaptaron y validaron la escala HEALTHQUAL en los servicios de salud de Perú. Su propuesta abarca las dimensiones de empatía, tangibilidad, eficiencia, seguridad y una apertura a la mejora del servicio. Su trabajo ilustra que una medición de la calidad percibida debe abarcar una variedad de dimensiones y no una métrica global de satisfacción única y general (Barrios-Ipenza et al., 2020).

Cabello y Chirinos (2012) validaron los cuestionarios SERVQUAL modificados para la evaluación de la satisfacción de usuarios externos en los servicios de salud. La versión peruana adaptada se ha aplicado al análisis de expectativas versus percepciones. Sin embargo, SERVQUAL aborda principalmente la calidad percibida y la satisfacción, y como tal, no puede usarse para una valoración directa del clima organizacional, las habilidades clínicas o el desarrollo profesional.

La literatura disponible en Perú ilustra que la articulación de distintas fuentes de datos es una necesidad. El personal puede hablar sobre temas de gestión, dinámicas organizacionales internas, apreciación, recursos y condiciones laborales. Los usuarios del servicio, así como sus acompañantes, pueden hablar sobre temas de trato, comunicación, puntualidad, así como sobre la coordinación general, continuidad y grado de involucramiento. Aunque se debe hacer todo lo posible por integrar las perspectivas respectivas expresadas, estas deben mantenerse de manera independiente.

1.1.4. La evolución de la gestión del talento humano post pandemia

Antes del brote de COVID-19, había muchos aspectos en nuestro entorno laboral, como cambios rápidos en tecnología, que nos llevaron a adaptarnos y considerar cambios en salud y seguridad en el lugar de trabajo. La pandemia promovió nuestro pensamiento respecto al agotamiento y el costo mental de la presión laboral constante y cómo se ven reforzados por la insuficiencia de personal y la falta de herramientas relevantes para el proceso laboral y procesos no estructurados. Hay muchos efectos de la pandemia en el lugar de trabajo. Algunos de estos efectos son la demanda de servicios, la presión para atender el atraso en los servicios requeridos y la expansión rápida de servicios en línea, junto con el cambio en las necesidades de los usuarios por servicios digitales avanzados.

Esperamos que el entorno pospandemia nos permita implementar cambios que no sean simplemente respuestas a la situación. Por ejemplo, la ayuda psicológica no debe brindarse únicamente para abordar las consecuencias de la presión laboral constante y la escasez de personal. También, no es productivo proporcionar a los empleados las herramientas necesarias

para realizar su trabajo de manera digital sin abordar los múltiples procesos y el apoyo necesario para integrar los procesos digitales en la atención general.

La formación pospandemia también debe ampliar su enfoque para incluir las habilidades que fueron necesarias durante la pandemia. Las habilidades requeridas durante la pandemia incluyen atención remota, comunicación y cuidado de los ancianos y pacientes terminales. La relevancia de la capacitación debe basarse en las brechas existentes en los servicios y no en la programación arbitraria de cursos.

1.2. Bases conceptuales

1.2.1. Gestión del talento humano en salud

La gestión del talento humano en salud implica un conjunto cohesivo de políticas, decisiones y prácticas diseñadas para garantizar que una institución cuente con las personas adecuadas, con las habilidades correctas, en el lugar apropiado, en un entorno que asegure la conducta segura, ética y sostenible de la institución.

El término 'talento humano' amplía la perspectiva tradicional de gestión. No ve al empleado sólo como un recurso para realizar una tarea, sino como una persona con conocimientos, experiencia, juicio, valores, habilidades interpersonales y capacidad de crecer. Esta perspectiva de gestión es importante en las instituciones de servicios de salud porque la calidad del servicio es en gran parte una función del elemento humano en el servicio y a menudo se entrega en un entorno caracterizado por incertidumbre y alta presión.

La gestión del talento humano incorpora, mínimo, los siguientes elementos:

Componente	Finalidad institucional	Relación potencial con la calidad
Planificación y dotación	Determinar cantidad, perfiles y distribución del personal	Reduce sobrecarga, demoras y discontinuidad
Selección	Incorporar personal con competencias técnicas y éticas	Favorece seguridad y adecuación al puesto
Inducción	Integrar al trabajador en normas, procesos y cultura institucional	Reduce errores iniciales y facilita coordinación
Capacitación	Actualizar conocimientos y desarrollar competencias	Mejora desempeño cuando existe transferencia
Evaluación del desempeño	Retroalimentar y orientar la mejora profesional	Identifica brechas y reconoce resultados
Liderazgo	Orientar, coordinar y apoyar al personal	Fortalece comunicación y capacidad de respuesta
Reconocimiento	Valorar contribuciones y conductas alineadas con la calidad	Favorece motivación y compromiso
Bienestar laboral	Prevenir desgaste y promover condiciones saludables	Protege al trabajador y al paciente

Componente	Finalidad institucional	Relación potencial con la calidad
Seguridad y salud en el trabajo	Prevenir riesgos laborales y daños ocupacionales	Reduce ausentismo, errores y deterioro del desempeño
Retención y desarrollo	Mantener experiencia y continuidad de los equipos	Disminuye rotación y pérdida de conocimiento
Gestión del conocimiento	Compartir aprendizajes, protocolos y buenas prácticas	Favorece estandarización y aprendizaje institucional

Según la OMS y la OPS, el fortalecimiento de los recursos humanos está relacionado con la cobertura universal y con la competencia, calidad y sostenibilidad de los servicios ofrecidos. Simplemente contar con personal no es suficiente si no existe una distribución estratégica, avance profesional y condiciones de apoyo para desempeñar el trabajo (OMS, 2016; OPS 2017).

1.2.2. Gestión estratégica del talento humano

Para lograr las necesidades de los clientes a través de la misión y visión de la institución, es esencial la alineación estratégica de la gestión de recursos humanos. Esto significa que las políticas de recursos humanos no se elaborarán de forma aislada, sino en relación con la demanda, el portafolio de servicios, el riesgo, la situación epidemiológica, la complejidad, los horarios, la tecnología y el nivel de calidad deseado.

Para lograr una gestión estratégica, se deben responder, entre otras, las siguientes preguntas:

- Según el nivel de demanda de servicio y la complejidad, ¿cuántos profesionales se requieren?
- ¿Cuáles son las habilidades clínicas, comunicativas y digitales necesarias?
- ¿Cuáles son las barreras al desempeño?
- ¿Cuáles son las brechas que son resultado de necesidades de capacitación y cuáles son resultado de la necesidad de cambio organizacional?
- ¿Cuál será la medida de la transferencia de capacitación?
- ¿Cuáles serán las medidas definitorias de la relación entre la gestión de recursos humanos y el resultado en los pacientes?
- ¿Cuáles serán las prácticas necesarias para asegurar la retención del personal y que este no se fatigue?

Se ha argumentado por West et al. (2006) que los resultados probablemente son el resultado de un sistema de prácticas complementarias. Esto sugiere capacitar mientras se proporcionan el personal, liderazgo y recursos necesarios, y se brinda retroalimentación al personal. De manera similar, mejorar el personal mediante liderazgo y recursos no garantiza la calidad.

1.2.3. Clima organizacional

El clima organizacional se refiere a las percepciones colectivas e interpretaciones de los empleados respecto a las políticas, prácticas y comportamientos que una organización respalda, recompensa, tolera o prioriza. Schneider et al. (2013) se refieren al clima organizacional como los significados que los individuos asignan a los componentes interrelacionados de sus experiencias relacionadas con el trabajo.

El concepto de clima no se refiere a la opinión de un individuo. Cuando se usa en el contexto del clima organizacional, es necesario algún nivel de consenso entre las percepciones de los miembros de una unidad, servicio o institución. Cuando los empleados perciben apoyo y comunicación por parte de la gerencia, o percepción de sobrecarga laboral, estas percepciones pueden usarse para describir el clima organizacional.

El concepto de clima también es multidimensional. Una organización puede tener una identidad positiva en conjunto, pero tener una comunicación deficiente, poseer un alto compromiso pero bajos niveles de reconocimiento, relaciones positivas entre colegas pero falta de recursos. Por lo tanto, la puntuación general debe complementarse con un análisis dimensional.

Según Berberoglu (2018), en hospitales públicos, el clima organizacional, el compromiso y el rendimiento organizacional percibido están relacionados. Se confirma la importancia del clima, pero no se puede asumir que todas las dimensiones del clima tengan el mismo impacto en los resultados de cada uno de los servicios.

1.2.4. Diferencia entre clima organizacional y cultura organizacional

Los conceptos de clima y cultura organizacional están relacionados, pero no son lo mismo.

La cultura abarca los valores, creencias y suposiciones de una organización, y proporciona los significados profundos e intrínsecos de la vida organizacional. Se refleja en lo que la organización considera legítimo, importante o normal. Por otro lado, el clima se refiere principalmente a las percepciones de los empleados respecto a las políticas, prácticas y experiencias de la organización.

La seguridad como prioridad puede evidenciarse a través de la cultura y el clima. La cultura puede demostrar que la seguridad es una prioridad. El clima, por su parte, revela si los trabajadores realmente creen que pueden reportar errores sin repercusiones, si la gerencia responde, si hay compromiso con la seguridad y la mejora continua de la seguridad, y si la capacitación y mejora en seguridad son una prioridad.

Esta diferenciación es importante para este texto, y no es intercambiable con la cultura de seguridad, compromiso organizacional o satisfacción laboral. Varía según el constructo. Schneider et al. describen el clima como los significados de las experiencias laborales y la cultura como las suposiciones y valores dados de la vida laboral (Schneider et al., 2013).

1.2.5. *Clima organizacional y satisfacción laboral*

Este constructo es la valoración o sentimientos acerca del trabajo y sus elementos. El clima describe el entorno que se percibe. La satisfacción denota los sentimientos favorables o desfavorables respecto al entorno percibido.

Un trabajador puede percibir un buen flujo de coordinación pero estar insatisfecho con su salario. Puede estar satisfecho con su grupo de trabajo y no con el resto de la organización. Aunque la satisfacción y el clima a menudo están relacionados, no deben confundirse.

La satisfacción laboral resultante de las condiciones organizacionales también puede relacionarse con el compromiso, la duración y el rendimiento. Sin embargo, la valoración a largo plazo de un trabajo no garantiza la corrección de prácticas buenas y seguras. La satisfacción laboral debe analizarse junto con el profesionalismo, el personal, el liderazgo, los recursos y los procesos.

1.2.6. *Dimensiones del Clima Organizacional de la Salud*

Para esta publicación, hemos identificado ocho dimensiones analíticas del clima dentro de una organización:

Liderazgo y apoyo gerencial

Esto incluye la presencia y claridad en la dirección, la capacidad para resolver problemas, la presencia gerencial, la coherencia en las decisiones, la retroalimentación y el apoyo al personal. El liderazgo también decide cómo responder respecto a comportamientos hacia la priorización, cómo atender la demanda de la situación, lo inesperado, los errores y el riesgo asociado.

Comunicación interna

Esto se evidencia mediante una comunicación clara, oportuna y cohesiva entre niveles, turnos, profesiones y servicios. Si la comunicación interna es deficiente, externamente, se pueden observar instrucciones contradictorias, repetición de datos, retrasos y falta de continuidad.

Trabajo en equipo y coordinación

Esto incluye una relación de trabajo, un entorno de apoyo, respeto, claridad de roles y capacidad de ajuste. La coordinación es particularmente importante en salud porque la atención involucra a varios profesionales y unidades.

Reconocimiento, justicia y reciprocidad

Esto abarca la percepción de ser tratado de manera justa, el reconocimiento del esfuerzo y las decisiones, y el desbalance entre responsabilidad y recompensa. La falta de reciprocidad impactará negativamente en la motivación y el compromiso.

Autonomía y participación

Esto incluye la capacidad de expresar y que se escuchen las ideas y la capacidad de participar en decisiones y ajustarse dentro de los límites de las propias competencias. Una autonomía segura no significa actuar sin protocolos. Significa la capacidad de responder rápidamente y sin burocracia innecesaria.

Personal, carga de trabajo y recursos

Esto incluye el equilibrio del personal, las tareas y la disponibilidad de suministros, herramientas y tiempo. Un desequilibrio, particularmente un exceso de carga laboral, puede afectar negativamente la comunicación, la empatía, y la seguridad y oportunidad generales.

Aprendizaje y seguridad psicológica

Esto se refiere a la capacidad de reportar errores y solicitar ayuda, y de expresar desacuerdo, todo ello creando un entorno seguro. Es un componente crítico de una cultura de seguridad.

Sé el cambio: bienestar y sostenibilidad laboral

Implica equilibrio, ausencia de agotamiento y la existencia de condiciones laborales saludables. El bienestar garantiza la capacidad del personal para brindar atención segura y humanitaria.

Algunas dimensiones pueden producir indicadores observables para el usuario, sin embargo, la observación es indirecta.

Dimensión interna	Posible manifestación externa	Precaución interpretativa
Liderazgo	Orden, coherencia y resolución	El usuario no observa directamente las decisiones directivas
Comunicación interna	Información consistente entre áreas	La contradicción puede tener múltiples causas

Dimensión interna	Posible manifestación externa	Precaución interpretativa
Trabajo en equipo	Coordinación y continuidad	Requiere corroboración con datos del personal
Reconocimiento	Actitud y compromiso	No puede inferirse directamente desde el trato
Autonomía	Respuesta oportuna	También depende de normas y recursos
Dotación y carga	Espera, disponibilidad y tiempo de atención	La demora no demuestra por sí sola insuficiencia de personal
Seguridad psicológica	Comunicación de riesgos y aprendizaje	Debe medirse entre trabajadores
Bienestar	Disponibilidad emocional y trato	La percepción del paciente no diagnostica burnout

1.2.7. Modelo de demandas y recursos laborales

El modelo de demandas y recursos laborales permite comprender cómo las condiciones de trabajo pueden producir agotamiento o compromiso. Las demandas son aspectos físicos, emocionales, cognitivos u organizacionales que exigen esfuerzo sostenido; los recursos son elementos que ayudan a alcanzar objetivos, reducir demandas o facilitar el aprendizaje.

En un hospital, las demandas pueden incluir alta carga asistencial, turnos extensos, presión temporal, exposición al sufrimiento, conflictos, incertidumbre clínica y trámites excesivos. Entre los recursos se encuentran dotación suficiente, liderazgo, autonomía, apoyo de compañeros, tecnología funcional, claridad de roles y oportunidades de desarrollo.

Bakker y Demerouti (2007) sostienen que las demandas elevadas pueden producir desgaste cuando no son compensadas por recursos adecuados, mientras que los recursos favorecen compromiso y desempeño. El modelo ayuda a evitar una lectura individualizante del agotamiento: la respuesta no debe limitarse a enseñar al trabajador a tolerar la presión, sino intervenir también sobre las condiciones que la generan.

1.2.8. Capacitación del personal de salud

La capacitación es un proceso planificado mediante el cual el personal desarrolla o actualiza conocimientos, habilidades, actitudes y criterios necesarios para desempeñar sus funciones. En salud debe orientarse a problemas concretos de seguridad, calidad, comunicación, coordinación y atención.

No toda actividad educativa puede considerarse eficaz. La asistencia a una conferencia demuestra participación, pero no aprendizaje. Una evaluación aprobada puede demostrar adquisición de conocimientos, pero no aplicación. La modificación del comportamiento evidencia transferencia, pero todavía debe analizarse si produce resultados relevantes para pacientes y servicios.

La capacitación debe responder a un ciclo:

1. Identificación de necesidades.
2. Priorización de brechas.
3. Formulación de competencias y objetivos.
4. Selección de metodología.
5. Desarrollo de la actividad.
6. Evaluación del aprendizaje.
7. Seguimiento de la transferencia.
8. Evaluación del desempeño y resultados.
9. Retroalimentación y mejora.

La literatura muestra que las intervenciones interactivas, repetidas, contextualizadas y apoyadas por la organización presentan mejores posibilidades de modificar la práctica que las acciones aisladas (Cervero & Gaines, 2015; Bluestone et al., 2013).

1.2.9. Desarrollo profesional continuo

El desarrollo profesional continuo es más amplio que la capacitación puntual. Comprende actividades educativas, práctica reflexiva, tutoría, supervisión, aprendizaje entre pares, simulación, revisión de casos, auditoría, retroalimentación y participación en proyectos de mejora.

Su propósito es mantener la competencia a lo largo de la vida profesional y responder a cambios en evidencia, tecnología, necesidades de la población y organización de los servicios. En instituciones complejas, el aprendizaje no puede depender únicamente de decisiones individuales; requiere tiempo protegido, recursos, acceso y una cultura que valore la actualización.

Samuel et al. (2021) y Ali et al. (2025) muestran que la formación puede mejorar la práctica, pero advierten que el vínculo con resultados finales depende de la intervención y del contexto. La evaluación debe evitar indicadores insuficientes, como número de cursos o porcentaje de asistencia, y avanzar hacia indicadores de aplicación y efecto.

1.2.10. Competencias del personal de salud

Una competencia es la capacidad demostrada para movilizar conocimientos, habilidades, actitudes, valores y recursos con el fin de responder adecuadamente a una situación profesional. No equivale únicamente a saber información.

En el presente libro se consideran seis grupos de competencias:

- Competencias técnicas y clínicas: valoración, diagnóstico, tratamiento, cuidados, procedimientos y uso de evidencia.
- Competencias de seguridad: prevención de riesgos, identificación, comunicación de incidentes, higiene y uso de protocolos.
- Competencias comunicacionales: escucha, explicación, lenguaje comprensible y verificación del entendimiento.
- Competencias relacionales: empatía, respeto, sensibilidad, trato digno y manejo de situaciones difíciles.
- Competencias de coordinación: trabajo en equipo, derivación, continuidad y transferencia de información.
- Competencias digitales: uso seguro y pertinente de sistemas, atención remota y protección de información.

Es necesario diferenciar entre competencia real y percibida. Un paciente debe distinguir si un profesional de la salud da explicaciones claras, muestra confianza y responde preguntas; sin embargo, no puede determinar si las decisiones del profesional son apropiadas y justificadas basándose en alguna guía avanzada. Una evaluación de la competencia percibida es un resultado vital de la interacción profesional, pero no sustituye a una evaluación técnica.

1.2.11. Transferencia de la capacitación

La transferencia se refiere a la medida en que el aprendizaje es evidente en el lugar de trabajo. Comprende tres grupos de elementos::

- Características de la capacitación: pertinencia, práctica, retroalimentación y similitud con el trabajo real.
- Características del participante: conocimientos previos, motivación, autoeficacia y disposición.
- Características del entorno: apoyo de jefaturas, tiempo, recursos, protocolos, reconocimiento y oportunidad de aplicación.

El último grupo de elementos describe la relación entre la capacitación y el lugar de trabajo. Un profesional de la salud puede aprender una nueva técnica de comunicación; sin embargo, es posible que no transfiera este aprendizaje si tiene poco tiempo disponible para cada paciente. También pueden realizar capacitación en el uso de una nueva tecnología de telemedicina, pero si la plataforma de telemedicina es inviable, es posible que no se logren resultados de la

capacitación. Un profesional de la salud también puede aprender un nuevo procedimiento de seguridad; sin embargo, es posible que no transfiera este aprendizaje a la práctica debido a una percepción de falta de apoyo de la gestión.

Por lo tanto, el lugar de trabajo puede ser una condición de apoyo o de restricción para la transferencia de la capacitación. La capacitación y el lugar de trabajo no siempre se consideran variables separadas.

1.2.12. Calidad del cuidado

La calidad del cuidado se refiere al grado en que los servicios de atención sanitaria mejoran las probabilidades de resultados de salud que sean tanto deseables como compatibles con el mejor conocimiento profesional disponible. La OMS identifica siete características principales a incluir: eficacia, seguridad, dignidad y respeto, así como la provisión oportuna de atención y la distribución justa de la atención, además de que la atención sea integrada y eficiente, en línea con (OMS, 2025).

- Efectividad: prestación de servicios basados en evidencia.
- Seguridad: prevención de daño evitable.
- Atención centrada en las personas: respuesta a necesidades, preferencias y valores.
- Oportunidad: reducción de esperas y demoras perjudiciales.
- Equidad: calidad independiente de condiciones personales o sociales.
- Integración: coordinación entre profesionales, servicios y niveles.
- Eficiencia: uso adecuado de los recursos y reducción del desperdicio.

La calidad no se limita a satisfacción. Un usuario puede estar satisfecho con un trato. La calidad no puede ser evaluada solo por la satisfacción. Alguien puede estar satisfecho con un servicio que incluyó un error técnico debido al servicio amable y respetuoso que recibió. Los usuarios también pueden estar insatisfechos dado el contexto de sus expectativas, incluso si clínicamente recibieron una atención apropiada. Todas las dimensiones, técnicas, clínicas, operativas y experienciales, deben ser evaluadas de manera integral.

1.2.13. Modelo de estructura, proceso y resultado

En el contexto de la calidad del servicio de atención de salud, Donabedian (1988) afirmó que se pueden considerar tres elementos de calidad: estructura, proceso y resultado.

En lo que respecta a la estructura, se puede decir que se refiere a la provisión de atención y abarca el personal, sus credenciales, las instalaciones físicas, el equipo, la organización, las políticas y los recursos.

En lo que respecta al proceso, engloba todo lo realizado en la prestación de la atención: evaluación, diagnóstico, tratamiento, así como la interacción, coordinación, información, así como la orientación proporcionada y el seguimiento.

El resultado se relaciona con los cambios que se generan y abarca el estado de salud, la seguridad, los incidentes adversos, así como el grado de confianza y satisfacción, además de la experiencia:

Componente	Elementos vinculados con talento humano	Indicadores relacionados con el usuario
Estructura	Dotación, perfiles, capacitación, liderazgo y recursos	Disponibilidad, acceso y organización
Proceso	Comunicación, trato, coordinación, respuesta y seguridad	Claridad, respeto, oportunidad y continuidad
Resultado	Efectividad, seguridad y calidad percibida	Confianza, experiencia y satisfacción

Este modelo muestra que la capacitación es un componente del modelo y genera valor cuando modifica el sistema y los resultados. También ubica el clima organizacional como un elemento transversal que impacta en el uso del modelo y en la calidad de los procesos (Donabedian, 1988).

1.2.14. Calidad técnica, interpersonal y organizacional

La calidad técnica se refiere a la idoneidad de las decisiones y acciones respecto al conocimiento científico y profesional. Se evidencia mediante auditorías, indicadores clínicos, directrices, eventos adversos y resultados finales de salud.

La calidad interpersonal se explica por el respeto y consideración del personal por cuestiones de privacidad, escucha y empatía, así como por la provisión de información y la facilitación de la participación.

La calidad organizacional describe la capacidad del sistema para garantizar la coordinación de recursos, servicios ininterrumpidos y atención segura, oportuna y digna.

Estas dimensiones de la calidad están interrelacionadas. Si la atención se brinda con comunicación poco profesional, la atención técnicamente adecuada puede percibirse de manera negativa. Una disposición amable no puede contrarrestar la ausencia de medicación, retrasos dañinos y errores clínicos.

1.2.15. Seguridad del paciente

Lo opuesto a perjudicar al paciente es la seguridad de los pacientes. Es la reducción del riesgo de daño evitable dentro del contexto de una atención segura, digna y respetuosa. Esto se logra mediante procesos, aprendizaje de incidentes y la calidad en la comunicación, trabajo en equipo y liderazgo, así como la participación de pacientes y familias.

Según el Plan de Acción Mundial de la OMS sobre Seguridad del Paciente (2021-2030), la visión del plan es que nadie sufra daños durante la atención y que cada paciente reciba una atención segura y respetuosa. El plan ofrece estrategias para lograr la reducción del daño evitable mediante cambios en la política e intervenciones en el punto de atención (OMS, 2021).

La cultura y clima organizacional en relación con la seguridad representan aspectos particulares del entorno organizacional. Ilustran el énfasis en la seguridad; la reacción ante errores; la naturaleza de la comunicación y el trabajo en equipo; y la capacidad de ser receptivo y adaptarse. Las dimensiones del Cuestionario de Actitudes de Seguridad de Sexton et al. (2006) incluyen clima de equipo, clima de seguridad, percepciones de la gestión, satisfacción laboral y estado de las condiciones de trabajo.

El estudio realizado en Perú encontró una presencia conjunta del clima organizacional y la cultura de seguridad en los servicios quirúrgicos, lo que denota la necesidad de estudiar ambos constructos de manera conectada, pero separada (Vega Vega y Podestá Gavilano, 2024).

1.2.16. Experiencia del paciente

La experiencia del paciente incluye todos los encuentros, eventos y actividades individuales de un paciente con el sistema de salud y puede evaluarse mediante preguntas como:

- ¿Recibió explicaciones comprensibles?
- ¿Pudo realizar preguntas?
- ¿Fue tratado con respeto?
- ¿El personal respondió oportunamente?
- ¿Los servicios estuvieron coordinados?
- ¿Tuvo que repetir información?
- ¿Participó en las decisiones?
- ¿Recibió orientación para continuar su atención?

La experiencia se diferencia de la satisfacción porque se concentra en hechos concretos. La satisfacción añade una valoración que depende de expectativas, preferencias y experiencias

previas. Una persona puede informar que esperó dos horas y, aun así, declararse satisfecha porque esperaba una demora mayor. Por ello, las medidas de experiencia suelen ser más accionables para la mejora.

La evidencia vincula una experiencia favorable con resultados de seguridad y efectividad, aunque no permite asumir que toda percepción positiva equivale a una atención técnicamente correcta (Doyle et al., 2013; Anhang Price et al., 2014).

1.2.17. Satisfacción del usuario

La satisfacción es la valoración general que realiza el usuario después de comparar su experiencia con sus expectativas, necesidades y preferencias. Puede estar influida por edad, estado de salud, nivel educativo, experiencias previas, gravedad, expectativas y características del establecimiento.

Su utilidad radica en identificar la aceptación del servicio y las áreas que requieren mejora. Sin embargo, presenta limitaciones:

- Puede ser alta incluso en servicios con deficiencias técnicas.
- Puede disminuir cuando las expectativas son elevadas.
- Puede estar condicionada por temor o dependencia.
- Puede ocultar diferencias entre dimensiones.
- No identifica por sí sola la causa del problema.

Por ello, se recomienda utilizar la satisfacción junto con medidas específicas de experiencia, seguridad y desempeño.

1.2.18. Atención centrada en la persona

La atención centrada en la persona organiza los servicios alrededor de las necesidades, preferencias, valores y circunstancias del usuario. Implica respeto, información, participación, continuidad, coordinación y apoyo emocional.

No significa que toda decisión clínica deba responder exclusivamente a la preferencia del paciente. Requiere integrar evidencia, juicio profesional y decisiones informadas. La persona debe recibir información comprensible, conocer alternativas y participar según su capacidad y voluntad.

Rathert et al. (2013) encontraron que las intervenciones de atención centrada en el paciente se relacionan con distintos resultados favorables, aunque los diseños y medidas varían. La

centralidad en la persona debe entenderse como una orientación transversal y no como una actividad separada de la atención clínica.

1.2.19. Comunicación asistencial

La comunicación es una competencia clínica y organizacional. Incluye escuchar, explicar, comprobar comprensión, responder preguntas y coordinar información entre profesionales.

Una comunicación técnicamente correcta debe:

- Utilizar lenguaje comprensible.
- Evitar contradicciones innecesarias.
- Explicar objetivos, riesgos y pasos posteriores.
- Verificar que el paciente comprendió.
- Respetar privacidad y confidencialidad.
- Adaptarse a necesidades culturales, cognitivas o sensoriales.
- Incluir al acompañante cuando corresponda y exista autorización.

Howick et al. (2018), mediante una revisión sistemática y metaanálisis, encontraron que la comunicación empática y positiva puede producir mejoras pequeñas pero relevantes en satisfacción, ansiedad y algunos resultados percibidos. La empatía no sustituye la competencia técnica, pero mejora la relación mediante la cual la atención se comprende y acepta.

1.2.20. Trabajo en equipo y coordinación de la atención

En salud, el trabajo en equipo es la colaboración de diferentes profesionales para lograr metas compartidas. Los elementos del trabajo en equipo incluyen, pero no se limitan a, comunicación efectiva, definición de roles, apoyo, coordinación, toma de decisiones y manejo de conflictos.

Según Schmutz et al. (2019), en una revisión sistemática y metaanálisis, existe una asociación positiva entre el trabajo en equipo y el rendimiento relacionado con la salud. La asociación es específica del contexto y está relacionada con el tipo de medición; sin embargo, justifica la inversión en capacitación en coordinación y trabajo en equipo.

Desde la perspectiva del usuario, la falta de coordinación se experimenta como datos contradictorios, datos repetidos, problemas de puntualidad, derivaciones inadecuadas o excesivas y falta de seguimiento. Estos pueden estar, en realidad, causados por problemas con los sistemas de información, estándares o recursos. Por lo tanto, las causas de estos problemas deben ser analizadas y no atribuidas a los individuos.

1.2.21. Agotamiento laboral y bienestar

El agotamiento laboral está asociado con fatiga emocional y distanciamiento, y está relacionado con una disminución del sentido de logro. El agotamiento laboral se acumula tras una exposición crónica a interacciones que superan los recursos de la persona.

En salud, sus factores organizacionales pueden incluir:

- Sobrecarga.
- Insuficiente dotación.
- Falta de autonomía.
- Conflictos.
- Exposición emocional.
- Escaso reconocimiento.
- Falta de descanso.
- Burocracia.
- Recursos insuficientes.

La prevención requiere intervenciones sobre el trabajo, además de apoyo individual. La evidencia muestra asociaciones entre burnout y seguridad, calidad y satisfacción del paciente, por lo que el bienestar debe incorporarse como componente de la gestión de calidad (Li et al., 2024; Jun et al., 2021).

1.2.22. Pacientes y acompañantes

El paciente experimenta directamente la atención clínica, la comunicación, el trato, la privacidad y la respuesta a sus necesidades. El acompañante puede observar orientación, coordinación, tiempos, disponibilidad, continuidad e información, y puede apoyar en trámites, decisiones y seguimiento.

Sus perspectivas no son intercambiables. El acompañante no debe sustituir la voz del paciente cuando este puede expresarse. Su participación debe respetar autorización, autonomía y confidencialidad.

En ciertos casos —adultos mayores, personas con limitaciones funcionales, pacientes con barreras comunicacionales o usuarios con baja autonomía digital— el acompañante cumple una función operativa importante. El hospital debe reconocer esta realidad sin transferirle responsabilidades que corresponden a la institución.

1.2.23. Calidad asistencial percibida

La calidad asistencial percibida es la valoración del usuario sobre la atención recibida. Se construye mediante elementos observables:

- Confianza en el personal.
- Trato digno.
- Claridad de información.
- Disponibilidad.
- Oportunidad.
- Coordinación.
- Continuidad.
- Seguridad percibida.
- Respuesta a necesidades.
- Satisfacción general.

La calidad percibida es un resultado relevante porque refleja el contacto entre el sistema y la persona. Sin embargo, debe separarse de la calidad técnica. El usuario puede evaluar si se le dieron respuestas, pero no si la decisión se tomó con base en la mejor evidencia. Por lo tanto, la evaluación integral requiere triangulación.

1.3. Bases teóricas del estudio

1.3.1. Enfoque estratégico para la gestión del talento humano

La primera base indica que las prácticas de gestión humana operan como un sistema. Las prácticas de planificación, selección, formación, evaluación, liderazgo, reconocimiento y bienestar del personal deben estar alineadas.

Una política de formación perderá su utilidad si la evaluación del desempeño no logra captar el nuevo comportamiento organizacional. Una política de seguridad no tendrá valor si los empleados tienen miedo de reportar incidentes. Puede haber una percepción de que los niveles de personal son adecuados, pero la cobertura de todos los turnos y servicios es, en realidad, insuficiente. Como resultado, el análisis debe centrarse en configuraciones de prácticas, no en prácticas individuales.

1.3.2. Modelo de demandas y recursos laborales

La segunda base se refiere al impacto de las condiciones laborales en el bienestar y el rendimiento. Exigir altos niveles de demanda será agotador, mientras que los recursos laborales ayudarán a alcanzar metas y a prevenir el estrés y la fatiga relacionados con el trabajo.

En este libro, la carga de trabajo, la presión laboral, la complejidad relacionada con el trabajo y la demanda de atención se referirán como variables de contexto. El liderazgo, el apoyo, la formación, la provisión de recursos y el trabajo en equipo en un nivel determinado de funcionamiento serán variables que pueden favorecer el rendimiento. El equilibrio de estas variables impactará en la capacidad del personal para brindar una atención segura y centrada en la persona.

- La gestión del talento humano y la capacitación forman parte de la estructura.
- El clima organizacional influye en la forma en que se desarrollan los procesos.
- Las conductas del personal y la organización de la atención constituyen el proceso.
- La seguridad, efectividad, experiencia y calidad percibida representan resultados.

El modelo evita una interpretación lineal simplista. Una misma estructura puede producir resultados distintos según la forma en que se utiliza. Del mismo modo, los resultados están condicionados por factores ajenos al talento humano, como infraestructura, tecnología o abastecimiento.

1.3.4. Enfoque de atención centrada en la persona

El cuarto fundamento sitúa a pacientes y acompañantes como fuentes legítimas de información. La evaluación no se limita a determinar si se cumplió un procedimiento interno; analiza si la atención respondió a necesidades reales y fue comprensible, respetuosa, oportuna y coordinada.

La OMS señala que la calidad debe considerar las necesidades y preferencias de pacientes, familias y comunidades. También recomienda escuchar de manera regular a la población y utilizar sus perspectivas para mejorar los servicios (OMS, 2025).

1.3.5. Modelo conceptual integrado

El modelo conceptual del libro propone la siguiente cadena analítica:

Gestión del talento humano → clima organizacional y desarrollo de competencias → conductas y procesos asistenciales → experiencia del usuario → calidad asistencial percibida y resultados de atención.

Esta cadena está condicionada por:

- Dotación y carga.
- Infraestructura.
- Tecnología.
- Disponibilidad de medicamentos.
- Demanda.
- Complejidad clínica.
- Normas.
- Organización de los servicios.
- Características de los usuarios.

Nivel	Componentes	Fuente principal de información
Gestión institucional	Planificación, selección, capacitación, evaluación y bienestar	Documentos y responsables institucionales
Condiciones internas	Clima, liderazgo, comunicación, carga y apoyo	Trabajadores
Competencias	Técnicas, comunicacionales, digitales y relacionales	Evaluación profesional y desempeño
Procesos	Trato, respuesta, coordinación, continuidad y seguridad	Registros, observación, personal y usuarios
Experiencia	Información, respeto, participación, confianza y oportunidad	Pacientes y acompañantes
Resultados	Seguridad, efectividad, satisfacción y calidad percibida	Indicadores clínicos y medidas reportadas

1.4. Relación entre clima organizacional, capacitación y calidad asistencial

1.4.1. Relación entre gestión del talento humano y clima organizacional

Las políticas de talento humano ayudan a construir el clima mediante las señales que Cuando la selección de personal es transparente y los empleados experimentan preparación relevante, evaluación imparcial, liderazgo constante y reconocimiento oportuno, los trabajadores perciben que están respaldados y tratados de manera justa.

Cuando las políticas generan un entorno laboral inconsistente, esto puede conducir a un deterioro del mismo. Por ejemplo, si se espera que los empleados produzcan un cierto nivel de calidad y esa expectativa no se comunica a la dirección para que proporcione a los empleados los recursos necesarios, se presenta un caso de prioridades inconsistentes. Otro ejemplo de inconsistencia es la expectativa entre los empleados de reportar errores, a pesar de que se emplea una acción disciplinaria automática para disuadir la denuncia.

1.4.2. *Clima organizacional versus desempeño*

Un clima favorable puede ayudar al desempeño al acercar a los miembros de una organización y mejorar su coordinación. Puede facilitar y fomentar el intercambio de información, así como ayudar a la organización a encontrar maneras de mejorar.

Un clima favorable por sí solo no mejora el desempeño. Un equipo con buena relación puede verse obstaculizado por fallos del sistema, escasez o demanda excesiva.

Aunque estudios internacionales indican algunas relaciones entre cultura y clima laboral y resultados, el clima no es algo que se pueda aislar (Braithwaite et al., 2017; Lake et al., 2019; Aiken et al., 2012).

1.4.3. *Capacitación versus competencia*

La capacitación ayuda a desarrollar conocimientos y habilidades; la competencia es la capacidad de desempeñarse en un contexto. Para evaluar si la capacitación ha producido un cambio real, se puede valorar:

- Conocimientos.
- Habilidades.
- Comportamiento.
- Cumplimiento de estándares.
- Comunicación.
- Resultado del servicio.
- Mejora.

Una persona puede poseer muchos certificados, pero esto no significa que sea competente. La percepción del paciente sobre la competencia de una persona no sustituye la evaluación de un profesional.

1.4.4. *Clima organizacional como condición para la transferencia*

El impacto de la capacitación puede ser moderado por factores del clima. Un entorno que ofrece tiempo, supervisión, retroalimentación, recursos y reconocimiento promueve la oportunidad del empleado para aplicar lo aprendido. La transferencia se restringe en un ambiente negativo.

Esto explica por qué una capacitación de cierto estándar no resulta en mejora. El problema puede estar más allá de la capacitación y radicar en la incapacidad de adoptar la nueva práctica.

1.4.5. Relación con la calidad percibida

La transferencia de habilidades de comunicación y relación al usuario ocurre a través de la manifestación de dichas habilidades en la conducta del empleado. El empleado demuestra al usuario las habilidades de escuchar, claridad, respeto y empatía, y ofrece orientación.

El usuario no percibe las habilidades técnicas del empleado porque no puede evaluar completamente las habilidades clínicas del trabajador y la conducta del empleado puede transmitir seguridad y confianza, pero el usuario no puede evaluar las habilidades del empleado. Por lo tanto, la calidad percibida es una dimensión de la calidad total.

1.4.6. Propositiones analíticas

El libro aboga por las siguientes proposiciones:

1. La gestión del talento humano de manera coherente puede mejorar la funcionalidad del clima organizacional.
2. Un clima positivo puede potenciar la coordinación, comunicación, seguridad y capacidad de respuesta.
3. La capacitación pertinente del talento humano puede mejorar las habilidades del talento cuando hay transferencia.
4. El clima organizacional puede potenciar o restringir la aplicación de las habilidades.
5. Los comportamientos de los empleados y la organización de los procesos son experimentados por el usuario.
6. La calidad percibida corresponde a los resultados externos y no expresa la calidad técnica ni las condiciones internas.
7. Los factores sistémicos pueden cambiar la relación del talento humano con la calidad.

Estas proposiciones sirven como definiciones razonables. No indican relaciones directas de causa y efecto como las establecidas por información previa.

1.5. Integración con las metodologías del libro anterior

Este libro incorporará los datos agregados de las encuestas, entrevistas breves y observaciones realizadas a los pacientes, usuarios y acompañantes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo y el Hospital III Yanahuara. El estudio previo analizó información y referencias, canales digitales, barreras de los usuarios, procesos y tiempos de espera, continuidad y telemedicina, farmacia, seguridad de datos, satisfacción y participación de los acompañantes.

version 3.docx

Estos resultados pueden incorporarse como manifestaciones de la organización del servicio y de la calidad percibida:

Dimensión anterior	Interpretación en el nuevo libro	Relación con talento humano	Limitación
Información y citas	Claridad y orientación	Comunicación y capacidad de respuesta	También depende del sistema de citas
Canales digitales	Accesibilidad y apoyo	Competencias digitales y orientación	Depende de tecnología y conectividad
Trámites y espera	Oportunidad y resolución	Coordinación, carga y autonomía	No demuestra la causa de la demora
Continuidad	Integración de la atención	Trabajo en equipo y comunicación	Depende de sistemas de información
Telemedicina	Calidad de atención remota	Competencia digital y comunicacional	Depende de plataforma y pertinencia clínica
Farmacia	Continuidad terapéutica	Comunicación y coordinación	El stock es principalmente logístico
Seguridad de datos	Confidencialidad y confianza	Competencia ética y digital	Depende de controles tecnológicos
Satisfacción	Resultado percibido	Síntesis de múltiples experiencias	Está influida por expectativas
Rol del acompañante	Apoyo y participación	Atención centrada en la persona	Requiere autorización del paciente

La reutilización será metodológicamente válida bajo cuatro condiciones:

1. Los resultados se presentarán como percepción de usuarios.
2. No se afirmará que miden directamente clima organizacional.
3. No se afirmará que demuestran la capacitación recibida.
4. No se atribuirán causalmente las brechas a los trabajadores.

Por ejemplo, una demora puede estar relacionada con dotación, organización, tecnología, demanda o normas. La falta de medicamentos depende principalmente del abastecimiento. La baja resolutivez de la telemedicina puede deberse a competencia, conectividad, selección de casos o plataforma. El análisis debe mantener estas explicaciones alternativas.

Para demostrar estadísticamente la relación entre clima, capacitación y calidad sería necesario complementar los datos con:

- Encuestas de clima aplicadas al personal.
- Registros de capacitación.
- Evaluaciones de competencias.
- Información de dotación y carga.
- Indicadores de desempeño.

- Indicadores clínicos y de seguridad.
- Correspondencia temporal entre las mediciones.

Sin estas fuentes, el libro desarrollará una interpretación secundaria y propositiva, no una prueba causal definitiva.

1.6. Marco Regulatorio y Político

1.6.1. Marco Normativo Internacional de Recursos Humanos

La Estrategia Global sobre Recursos Humanos para la Salud: Fuerza Laboral de Atención en Salud 2030 propone el desarrollo de políticas para la planificación, educación, regulación, distribución y refuerzo de la fuerza laboral de atención en salud. La Estrategia considera que la disponibilidad y capacidad de la fuerza laboral son esenciales para lograr la cobertura universal y la resiliencia del sistema de salud (OMS, 2016).

La Estrategia de Recursos Humanos en Salud para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud de la OPS considera que la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, pertinencia y competencia son los elementos centrales de las políticas nacionales (OPS, 2017).

Estos documentos ayudan a orientar la conceptualización del talento humano como un elemento estratégico, más allá de la dimensión administrativa.

1.6.2. Marco Normativo Internacional de Calidad y Seguridad

La OMS establece que los servicios de calidad deben ser efectivos, seguros, centrados en el paciente, oportunos, equitativos, integrados y eficientes. También enfatiza que los elementos de una fuerza laboral competente, respaldada y motivada, la gobernanza y la disponibilidad de información, medicamentos e infraestructura, son (OMS, 2025).

El Plan de Acción Global sobre Seguridad del Paciente 2021–2030 propone la alineación de políticas, liderazgo, procesos y prácticas en el punto de atención para prevenir los daños. El Plan reconoce que la seguridad es una fuerza laboral, aprendizaje y cuidado respetuoso (OMS, 2021).

1.6.3. Ley General de Salud

La Ley No. 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud como bien público es responsabilidad del Estado para regular, supervisar y promoverla. Esta disposición describe las líneas generales para estructurar, supervisar y asegurar la calidad de los servicios de salud en Perú.

1.6.4. Derechos de los Usuarios de Servicios

La Ley No. 29414 y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo No. 027-2015-SA, mencionan los derechos de los usuarios de los servicios de salud, que incluyen el derecho de acceso y de ser informado, de recibir atención y recuperación, de dar consentimiento informado y de que se protejan sus derechos.

Algunos de estos derechos pueden identificarse como el derecho a recibir información clara y a ser tratado con respeto y sin discriminación, el derecho a participar mediante el consentimiento y el derecho a presentar una queja o reclamación. Estas obligaciones están relacionadas con las habilidades comunicativas, éticas e interpersonales del personal.

1.6.5. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud

Con la aprobación de la Resolución Ministerial No. 519-2006-MINSA, se desarrolló el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Este sistema define una estructura institucional para orientar las políticas de organización, aseguramiento y mejora de la calidad de los servicios de salud.

La aprobación de la Resolución Ministerial No. 727-2009-MINSA es una confirmación de la Política Nacional de Calidad en Salud. La existencia de esta política afirma que la calidad de los servicios de salud es responsabilidad de la institución y de las políticas, y no puede ser solo responsabilidad del individuo.

La Resolución Ministerial No. 502-2016-MINSA estableció la Norma Técnica para la Auditoría de la Calidad de la Atención, que incorpora procedimientos para una evaluación de la pertinencia de los procesos de atención. Esta auditoría complementa las experiencias reportadas por los usuarios, pero no las reemplaza.

1.6.6. Evaluación de la Satisfacción de Usuarios Externos

Con la aprobación de la Resolución Ministerial No. 527-2011-MINSA, se estableció la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción de Usuarios Externos de los Servicios de Salud y Apoyo. Esta guía incorpora una adaptación de SERVQUAL y establece criterios para la evaluación de las percepciones de los usuarios para asistir en el proceso de mejora.

Aunque esta norma fomenta la participación de pacientes y acompañantes como fuentes de información, su énfasis está en la satisfacción y calidad de los servicios percibidos, y como tal, no debe ser utilizada como un instrumento para medir el clima organizacional.

1.6.7. Política de Recursos Humanos en Salud

Las Directrices sobre la Política de Recursos Humanos en Salud de 2018 a 2030 fueron aprobadas por la Resolución Ministerial 1357-2018-MINSA. Este documento permite el ajuste y articula tanto la distribución como las condiciones laborales y el desempeño del personal.

El aspecto relevante para este trabajo es la integración de cantidad, calidad, condiciones laborales y desempeño, ya que permite la construcción de una visión sistémica de la gestión del talento humano.

1.6.8. Medición del Clima Organizacional

La Resolución Ministerial No. 468-2011-MINSA aprobó la metodología para el estudio del clima organizacional y las herramientas para su aplicación en organizaciones de salud. La norma establece que el clima debe ser evaluado directamente por el personal que experimenta el entorno institucional.

El Manual de Buenas Prácticas para Mejorar el Clima Organizacional, aprobado por la Resolución Ministerial No. 626-2015-MINSA, orienta las acciones que deben emprenderse tras el diagnóstico y enfatiza que la medición del clima debe traducirse en práctica.

Estas normas son decisivas para establecer los límites metodológicos del libro: los resultados de los pacientes no pueden sustituir la aplicación de la herramienta de medición de clima al personal.

1.6.9. Seguridad y Salud Ocupacional

La Ley No. 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, establece un marco preventivo en los sectores público y privado. Su Reglamento es aprobado mediante el Decreto Supremo No. 005-2012-TR.

La legislación está orientada a la gestión de riesgos, capacitación, promoción de la salud y protección de la salud de los trabajadores. En el entorno de un hospital, estas obligaciones están relacionadas con la prevención de riesgos biológicos, ergonómicos y psicosociales, así como con la sostenibilidad del desempeño. La seguridad de los trabajadores y la seguridad de los pacientes deben considerarse interrelacionadas, aunque requieren diferentes estándares de medición.

1.6.10. Política Nacional de Salud Multisectoral hasta 2030

La Política Nacional de Salud Multisectoral hasta 2030 incorpora el título, "Perú, País Saludable", con la aprobación del Decreto Supremo No. 026-2020-SA. Incluye un enfoque

territorial y de ciclo de vida con un enfoque basado en derechos y equidad, con la coordinación de responsabilidades entre diferentes sectores y niveles de gobierno.

La política presenta las líneas generales para dirigir servicios relevantes, integrados y accesibles y atención centrada en la persona. Esto requiere la alineación del desarrollo del talento y la mejora de la calidad con los objetivos nacionales citados.

1.6.11. Marco Institucional de EsSalud

La Ley No. 27056 estableció el Seguro Social de Salud — EsSalud — como la institución que brinda cobertura de servicios de salud a sus asegurados y beneficiarios a través de los servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Su regulación es aprobada mediante el Decreto Supremo No. 002-99-TR.

El marco institucional de EsSalud incluye el Hospital Nacional Carlos Alberto Segura Escobedo y el Hospital Yanahuara III. Por lo tanto, las propuestas derivadas del libro deben ajustarse a sus competencias, estructura, reglamentos internos y políticas nacionales de calidad, derechos y recursos humanos.

1.6.12. Matriz normativa del estudio

Norma o política	Contenido relevante	Aplicación al libro
Estrategia Mundial de RHUS 2030	Planificación, formación y fortalecimiento del personal	Marco internacional de talento humano
Estrategia OPS de RHUS 2017	Disponibilidad, acceso, pertinencia y competencia	Marco regional
Plan Mundial de Seguridad 2021–2030	Reducción del daño evitable	Seguridad y aprendizaje
Ley N.º 26842	Protección y regulación de la salud	Marco sanitario general
Ley N.º 29414 y D. S. N.º 027-2015-SA	Derechos de usuarios	Trato, información y participación
R. M. N.º 519-2006-MINSA	Sistema de gestión de calidad	Organización de la calidad
R. M. N.º 727-2009-MINSA	Política Nacional de Calidad	Orientación institucional
R. M. N.º 527-2011-MINSA	Evaluación de satisfacción externa	Medición de percepción
R. M. N.º 468-2011-MINSA	Medición de clima organizacional	Diagnóstico directo al personal
R. M. N.º 626-2015-MINSA	Mejora del clima	Intervenciones organizacionales
R. M. N.º 1357-2018-MINSA	Política de RHUS 2018–2030	Desarrollo de competencias y condiciones
Ley N.º 29783 y su Reglamento	Seguridad y salud en el trabajo	Bienestar y prevención
D. S. N.º 026-2020-SA	Política Nacional de Salud 2030	Integración y centralidad en las personas
Ley N.º 27056 y D. S. N.º 002-99-TR	Creación y organización de EsSalud	Contexto institucional

1.7. Definición de términos básicos

Gestión del talento humano: un conjunto articulado de políticas y prácticas para garantizar la planificación eficaz, reclutamiento, desarrollo, evaluación, provisión de apoyo y retención del personal para cumplir con las necesidades estratégicas y operativas de una institución, así como las necesidades del servicio de atención.

Recursos humanos en salud: el personal involucrado en el propósito principal de proteger, promover, recuperar o rehabilitar la salud, compuesto por personal clínico, administrativo, técnico y de apoyo.

Clima organizacional: la percepción general de los empleados respecto a las políticas, prácticas, relaciones y entorno en el que trabajan.

Cultura organizacional: las creencias, valores y suposiciones de la institución que caracterizan sus actividades y comportamientos.

Cultura de seguridad: lo que se valora y prioriza principalmente, entre otras, la prevención de lesiones.

Clima de seguridad: lo que los empleados piensan y perciben sobre las políticas, comportamientos y prioridades actuales en seguridad.

Satisfacción laboral: la evaluación que hace el empleado sobre su trabajo, incluyendo los elementos del trabajo, tanto emocional como racionalmente.

Capacitación: un esfuerzo planificado y claramente definido diseñado para mejorar el desempeño mediante la adquisición de nuevos o mejorados conocimientos, habilidades y/o actitudes.

Desarrollo profesional continuo: una continuación progresiva del proceso de aprendizaje, desarrollo y mejora de las habilidades profesionales a lo largo de la carrera.

Competencia profesional: la capacidad de aplicar el conocimiento, habilidades, actitudes y valores necesarios de manera adecuada y oportuna en situaciones laborales reales.

Competencia percibida: la evaluación que hace el usuario sobre la preparación, seguridad, claridad y habilidad demostrada por el personal en la interacción.

Transferencia de la capacitación: el uso continuado de una intervención en el lugar de trabajo.

Evaluación del rendimiento: una valoración integral del desempeño y comportamientos en un entorno laboral, seguida de una explicación y una oportunidad para mejorar el desempeño.

Liderazgo: la capacidad de llevar a un individuo o grupo a un lugar de comprensión, instrucción y alineación de esfuerzos para un resultado compartido acordado.

Trabajo en equipo: la integración de conocimientos, obligaciones y esfuerzos de un grupo de profesionales para alcanzar metas estipuladas.

Bienestar laboral: cuando un empleado cuenta con el bienestar, asistencia, herramientas y equilibrio necesarios para desempeñarse de manera sostenible.

Agotamiento laboral: condición de agotamiento mental, físico y emocional y apatía que reduce la eficacia laboral.

Calidad de atención: el grado en que los servicios dados promueven los resultados deseados y están alineados con la eficacia comprobada por la literatura profesional.

Calidad técnica: la justificación de las opciones y pasos en conformidad con la ciencia y la profesión.

Calidad interpersonal: comportamiento del personal respecto al respeto, la comunicación y el trato digno.

Calidad organizacional: una característica descriptiva de la capacidad de la organización para gestionar de manera óptima el tiempo y otros recursos para lograr un resultado deseado.

Calidad Percibida: juicio del individuo sobre la atención brindada y sus resultados.

Seguridad del paciente: garantizar que la atención brindada no exponga al paciente a lesiones adicionales.

Experiencia del paciente: las cosas que ocurren y las interacciones que una persona tiene durante la prestación de los servicios.

Satisfacción del usuario: una evaluación basada en el grado de cumplimiento de expectativas y necesidades.

Atención centrada en la persona: provisión de atención de acuerdo con los requisitos, deseos y valores del individuo.

Capacidad de respuesta: la habilidad de un servicio y su personal para atender y satisfacer una demanda en un tiempo apropiado.

Continuidad de la atención: la conexión lógica y temporal de la atención independientemente del personal, instituciones y niveles de atención involucrados.

Coordinación de la atención: la integración de información, decisiones y actividades de todos los individuos involucrados en la atención.

Paciente: individuo que es el receptor directo de los servicios de salud.

Acompañante: persona autorizada para estar con el paciente y brindar apoyo durante la atención, procedimientos, interacciones y seguimiento.

Indicador de resultado: la medida del cambio en los ámbitos de salud, seguridad, experiencia, satisfacción y rendimiento.

Asociación: relación entre variables observadas estadísticamente o conceptualmente que no indica irrefutablemente causalidad.

Causalidad: cuando una variable modifica otra y puede demostrarse mediante los métodos y controles adecuados.

1.8. Síntesis del capítulo

Este capítulo fundamenta que la gestión de recursos humanos dentro de una organización sanitaria impacta directamente en la capacidad de esa organización para ofrecer servicios de calidad. Este capítulo describe la colocación estratégica de los recursos humanos en los servicios de salud, abordando simultáneamente la dotación, selección, capacitación, prestación de servicios, así como la gestión y el desarrollo de la fuerza laboral.

Las percepciones y experiencias de los empleados, en oposición a la cultura organizacional, la satisfacción o el compromiso, distinguirán el clima laboral. La medición más precisa del clima laboral es la retroalimentación proporcionada directamente por los empleados.

La capacitación por sí sola no garantiza el éxito. Es imperativo identificar brechas, competencias relevantes y contar con apoyo de la organización para la capacitación. La realización de múltiples sesiones de capacitación no se correlaciona necesariamente con una mejora en la calidad de los servicios de salud.

La calidad de los servicios de salud se mide por la eficacia, seguridad y el grado en que los servicios están centrados en la persona, se brindan de manera oportuna y equitativa, e integrados. Las personas que reciben servicios de salud, así como sus acompañantes, pueden

percibir la calidad y la puntualidad de los diversos componentes de los servicios. Las percepciones de los servicios de salud no sustituyen una evaluación técnica de los mismos.

La gestión del talento humano, el clima laboral, las competencias, los procesos de atención, la experiencia del usuario y el modelo de calidad muestran las interconexiones e influencias de las variables fuerza laboral, demanda de atención, tecnología y recursos de salud, junto con las normas organizacionales relevantes.

Finalmente, los instrumentos utilizados en el estudio previo serán reutilizados con algunos límites metodológicos. Los resultados de estos instrumentos reutilizados se usarán para analizar las manifestaciones externas de la calidad y la organización del servicio, pero no serán considerados como medición directa del clima de la capacitación. Este nivel de detalle proporciona una base para la metodología, diagnóstico y discusión de los capítulos siguientes.

Capítulo II

**METODOLOGÍA PARA ANALIZAR LA
RELACIÓN ENTRE EL CLIMA
ORGANIZACIONAL, LA CAPACITACIÓN DEL
PERSONAL DE SALUD Y LOS RESULTADOS
EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE**

CAPÍTULO II – METODOLOGÍA PARA ANALIZAR LA RELACIÓN ENTRE EL CLIMA ORGANIZACIONAL, LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y LOS RESULTADOS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE

2.1. Consideraciones generales sobre la metodología del estudio

Este capítulo describe la metodología para analizar cómo la gestión del talento humano, el clima organizacional y la capacitación del personal influyen en la calidad percibida de la atención en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y en el Hospital III Yanahuara de Arequipa.

Esta investigación utiliza los resultados de los instrumentos del estudio anterior, que generó 600 encuestas estructuradas, 600 registros de entrevistas semi-estructuradas breves y una matriz de observación no participante de las rutas de los pacientes en el hospital. Las encuestas y entrevistas fueron distribuidas en un 50% en cada uno de los hospitales. La muestra cuantitativa incluyó 450 pacientes y 150 acompañantes adultos.

Para reutilizar esta información, se requiere una metodología detallada. Los instrumentos del estudio anterior se aplicaron a pacientes, usuarios y acompañantes; el estudio no incluyó personal médico, de enfermería, administrativo, directivo ni tecnológico. Por lo tanto, los resultados disponibles permiten evaluar las expresiones externas de la organización del servicio y los componentes de la calidad percibida de la atención, pero no proporcionan una evaluación directa del clima organizacional interno ni de la capacitación recibida por el personal.

Por las razones expuestas anteriormente, este libro no intentará calcular una correlación estadística directa entre el clima organizacional, la capacitación y la calidad de la atención. Esto se debe principalmente a la falta de poblaciones relevantes que proporcionen los datos requeridos para las mediciones individuales y/o colectivas de las tres variables mencionadas. El clima organizacional y la capacitación se emplearán como variables categóricas institucionales, articuladas con la literatura relevante y los códigos éticos. Las variables empíricas desde la perspectiva del usuario serán la calidad percibida, la información oportuna, la continuidad y la coordinación, así como la claridad de la información, la resolución informada, la satisfacción y la confianza.

El diseño corresponde a un análisis secundario mixto que permite a los investigadores reorganizar e reinterpretar los datos existentes en un nuevo marco de análisis. Este diseño es particularmente flexible y ofrece posibilidades para interpretaciones alternativas, siempre que los datos originales sean compatibles con las nuevas preguntas y que las restricciones de los datos existentes se comprendan bien. En investigaciones mixtas basadas en fuentes secundarias, los datos originales deben ser claramente descritos y justificados, y la coherencia entre las variables existentes y los nuevos constructos de investigación debe ser articulada junto con la integración de los resultados cualitativos y cuantitativos (Fàbregues et al., 2025).

La integración ocurrirá durante las fases de diseño, análisis e interpretación. Las encuestas capturarán el alcance y la difusión de las percepciones. Las entrevistas servirán para interpretar las percepciones e informar sobre las barreras y experiencias. El contexto será proporcionado por la observación y una revisión de la literatura ayudará a identificar y determinar cuáles de los mecanismos de gestión del talento en el lugar de trabajo podrían alinearse con las fortalezas y deficiencias observadas. Esto se ajusta al principio de que los enfoques cuantitativos y cualitativos deben sacar conclusiones integradas y no tratarse como entidades separadas y paralelas (Fetters et al., 2013).

2.2. Posicionamiento metodológico

Esta investigación es de carácter pragmático y aplicado. En este contexto, el uso de una metodología pragmática permite la selección y combinación de los enfoques que mejor respondan a la problemática de investigación sin necesidad de aplicar un método particular que produzca un cuerpo de conocimiento único para todo el estudio. Por lo tanto, esta investigación se preocupa en gran medida por las percepciones de los participantes del estudio para transformar esas percepciones en conocimientos valiosos para tomar decisiones informadas respecto a la organización del trabajo, la gestión de personas, la capacitación, la mejora de la calidad de los servicios y el bienestar en el trabajo.

Esta metodología comprende los siguientes tres componentes:

1. El componente empírico secundario, basado en los datos cuantitativos, cualitativos y de observación del estudio anterior.
2. El componente documental, fundamentado en una revisión de literatura científica, revisiones sistemáticas de literatura y regulaciones de alcance internacional y nacional.
3. El componente integrador, enfocado en alinear los datos empíricos con los mecanismos de gestión del talento humano descritos en la literatura.

La cadena de razonamiento detrás del análisis puede simplificarse con la siguiente:

Gestión del talento humano → clima de la organización y desarrollo de habilidades → comportamientos y procesos de atención → experiencia del paciente y acompañante → resultados de calidad.

No se propone más que un marco analítico para la evidencia con esta cadena. La demanda de atención, recursos físicos y logísticos, bienestar, complejidades de atención y relaciones intervienen en la cadena entre la gestión del talento humano y los resultados de calidad.

2.3. Proceso de investigación

El proceso de investigación utiliza un método mixto que integra una dimensión cuantitativa y cualitativa, observación participante y revisión documental.

2.3.1. Componente cuantitativo

El componente cuantitativo se centra en el análisis secundario de los datos de la encuesta estructurada de 600 respondientes. Permite la descripción de:

- Frecuencias absolutas
- Porcentajes de respuestas favorables
- Barreras y/o situaciones reportadas y su distribución
- Resultados desagregados por hospital
- Diferencias en porcentaje
- Niveles interpretativos por dimensión
- Perfil general de los resultados percibidos

Este componente no busca describir relaciones de efecto y/o determinar el grado de asociación entre clima, capacitación y calidad. Busca describir los resultados, tal como son percibidos por los usuarios, y analizar la distribución de resultados en los dos hospitales participantes.

2.3.2. Componente cualitativo

Este componente se basa en un análisis de los 600 registros de entrevistas semi-estructuradas. Ayuda a explicar las evaluaciones cuantitativas, las barreras percibidas y a documentar las propuestas de pacientes y acompañantes.

El análisis cualitativo busca respuestas a preguntas como las siguientes:

- ¿Cuáles son las barreras para obtener y/o validar citas?
- ¿Qué hace que los pacientes prefieran consultas presenciales?
- ¿Qué problemas enfrentan los pacientes que los hacen reacios a usar métodos en línea?
- ¿Por qué se considera que la telemedicina tiene pocos o ningún efecto?
- ¿Cómo se desarrollan los problemas de coordinación?
- ¿Cuál es la función de la persona acompañante?
- ¿Qué cambios en la organización sugieren los encuestados?

2.3.3. Componente observacional

El uso del método de observación no participativa permite situar las percepciones del recorrido hospitalario en el contexto físico visible e incluye: señalización del recorrido hospitalario e información sobre citas, módulos de orientación, organización de filas, rutas internas, información de farmacia, canales digitales y ofertas realizadas a usuarios que enfrentan dificultades.

El enfoque de la observación es el sistema organizacional del servicio, visible para los usuarios, y cómo facilita u obstruye el recorrido de los usuarios.

2.3.4. Componente documental

El componente documental incluye la bibliografía científica previamente mencionada para el libro, dando prioridad a publicaciones que tengan DOI, URL verificable y estén indexadas en Scopus, cuando corresponda, así como documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud del Perú, EsSalud y otras instituciones pertinentes.

La revisión documental permite establecer la relación entre el clima organizacional, la capacitación, el liderazgo, el dotamiento de personal, la comunicación interna, el trabajo en equipo, el bienestar laboral, y la calidad y seguridad de la experiencia del paciente.

2.4. Tipo, nivel y diseño de la investigación

La investigación es de tipo descriptivo, analítico, comparativo, interpretativo, documental y aplicada.

Es descriptiva en el sentido de que caracteriza las percepciones de los pacientes y acompañantes respecto a diversos aspectos del cuidado que reciben.

Es analítica porque analiza la relación entre los resultados y los mecanismos institucionales de gestión del talento humano, clima organizacional y capacitación.

Es comparativa porque examina los resultados del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y del Hospital de Yanahuara III.

Es interpretativa porque da cuenta de la importancia organizacional de las brechas mediante datos cualitativos y científicos.

Es documental porque incluye literatura especializada y normatividad para construir el marco explicativo.

Es aplicada porque sus resultados buscan desarrollar un modelo para la mejora de la gestión del talento humano y la atención en salud.

El diseño es no experimental porque se basa en la ausencia de variables manipuladas y de intervenciones en los hospitales. Es transversal porque los datos originales corresponden a un período específico y describen la experiencia registrada en ese momento. Es retrospectiva porque el nuevo análisis se realiza después de recopilar los datos. Es un estudio comparativo de dos casos institucionales porque se aplican los mismos criterios analíticos a dos establecimientos diferentes.

Tabla 2.1. Caracterización metodológica general.

Elemento	Definición aplicada al estudio
Enfoque	Mixto
Orientación	Pragmática y aplicada
Tipo	Descriptivo, analítico, comparativo, interpretativo y documental
Diseño	No experimental, transversal, retrospectivo y comparativo
Modalidad	Análisis secundario de datos mixtos
Casos institucionales	Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y Hospital III Yanahuara
Unidad empírica principal	Pacientes y acompañantes adultos
Técnicas originales	Encuesta, entrevista breve y observación no participante
Técnica complementaria	Revisión documental estructurada
Finalidad	Analizar resultados percibidos de calidad y vincularlos con categorías de gestión del talento humano

2.5. Problema de investigación

2.5.1. Pregunta general

¿Cómo se relacionan, desde una interpretación sustentada en evidencia empírica y científica, el clima organizacional y la capacitación del personal de salud con los resultados percibidos de la

calidad de atención por pacientes y acompañantes del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y del Hospital III Yanahuara?

2.5.2. Preguntas específicas

1. ¿Cuáles son las principales fortalezas y brechas percibidas por los usuarios en oportunidad, información, coordinación, continuidad, capacidad resolutive, confianza y satisfacción?
2. ¿Qué diferencias se observan entre los dos hospitales?
3. ¿Qué experiencias cualitativas explican los resultados cuantitativos?
4. ¿Qué resultados pueden interpretarse como manifestaciones externas compatibles con problemas o fortalezas de comunicación, coordinación, carga laboral y organización del servicio?
5. ¿Qué resultados identifican necesidades potenciales de capacitación técnica, digital, comunicacional, ética o de trabajo en equipo?
6. ¿Qué factores estructurales alternativos deben considerarse antes de atribuir los resultados al clima o a la capacitación?
7. ¿Qué acciones de gestión del talento humano pueden formularse a partir de la triangulación de evidencia?

2.6. Objetivos de la investigación

2.6.1. Objetivo general

Analizar la relación entre el clima organizacional, la capacitación del personal de salud y los resultados percibidos de la calidad de atención, mediante el análisis secundario e integrado de las encuestas, entrevistas y observaciones obtenidas de pacientes y acompañantes del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y del Hospital III Yanahuara.

2.6.2. Objetivos específicos

1. Reorganizar los resultados del estudio anterior en dimensiones de calidad asistencial percibida y organización del servicio.
2. Caracterizar las fortalezas y brechas percibidas en acceso, oportunidad, coordinación, continuidad, resolutive, confianza y satisfacción.
3. Comparar descriptivamente los resultados de los dos hospitales.
4. Analizar las experiencias cualitativas que explican los resultados cuantitativos.

5. Identificar manifestaciones externas compatibles con dimensiones del clima organizacional.
6. Identificar necesidades potenciales de capacitación derivadas de las brechas observadas.
7. Diferenciar los problemas susceptibles de intervención formativa de aquellos que requieren cambios estructurales, tecnológicos, logísticos o administrativos.
8. Integrar los resultados cuantitativos, cualitativos, observacionales y documentales.
9. Formular una base metodológica para el modelo integrado de gestión del talento humano orientado a la calidad asistencial.

2.7. Propositiones analíticas

Debido a que el estudio no mide directamente el clima organizacional ni la capacitación del personal, no se formulan hipótesis estadísticas destinadas a ser contrastadas mediante correlaciones o modelos causales. Se establecen, en cambio, proposiciones analíticas que orientan la interpretación.

Proposición general

Las condiciones del clima organizacional y la pertinencia de la capacitación pueden relacionarse con la calidad asistencial mediante su efecto sobre la comunicación, la coordinación, la seguridad, la capacidad de respuesta, la continuidad y la organización de los servicios.

Proposiciones específicas

1. Un clima organizacional caracterizado por liderazgo, apoyo, coordinación y comunicación puede favorecer procesos más claros, oportunos y continuos.
2. La sobrecarga, la insuficiente dotación, la fragmentación y la escasez de recursos pueden limitar la capacidad del personal para aplicar sus competencias.
3. La capacitación pertinente puede mejorar conocimientos y conductas cuando existe posibilidad real de transferencia al puesto de trabajo.
4. Las competencias digitales y comunicacionales pueden relacionarse con la facilidad de orientación, el uso de canales y la atención remota.
5. Las competencias de coordinación pueden expresarse en menor repetición de datos, información consistente y continuidad entre servicios.
6. La calidad percibida por los usuarios representa una dimensión relevante, pero no sustituye la medición técnica, clínica o interna de la calidad.

7. Los resultados observados pueden ser compatibles con diferentes explicaciones, por lo que no deben atribuirse automáticamente a falta de capacitación o a un clima desfavorable.

2.8. Contexto institucional

El estudio se desarrolla a partir de información obtenida en dos establecimientos hospitalarios de Arequipa:

- Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo.
- Hospital III Yanahuara.

La selección de ambos hospitales permite realizar una comparación institucional bajo una misma matriz de análisis. El objetivo de la comparación no es construir un ranking ni establecer superioridad absoluta, sino identificar patrones comunes, diferencias relativas y oportunidades de aprendizaje entre establecimientos.

Los resultados corresponden al periodo de recolección del estudio anterior y no deben interpretarse automáticamente como una descripción actualizada de la situación institucional en 2026. Toda utilización de los resultados debe mantener su delimitación temporal y reconocer que los servicios, procesos, personal y condiciones organizacionales pueden haber cambiado.

Tabla 2.2. Casos institucionales

Código	Establecimiento	Ubicación	Fuentes empíricas
HNCASE	Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo	Arequipa	Encuestas, entrevistas y observación
HIY	Hospital III Yanahuara	Arequipa	Encuestas, entrevistas y observación

2.9. Fuente y composición del corpus empírico

El corpus procede del estudio anterior y está constituido por:

- 600 registros de encuestas estructuradas.
- 600 registros de entrevistas breves semiestructuradas.
- Registros de observación no participante en ambos hospitales.
- Tablas de resultados por dimensión y establecimiento.
- Matrices de categorías cualitativas.
- Resultados comparativos e índices descriptivos.

La existencia de 600 encuestas y 600 entrevistas no debe interpretarse como evidencia de 1.200 participantes distintos. Para evitar doble conteo, el presente libro diferencia entre número de instrumentos y número de participantes cuantitativos. Cuando no pueda demostrarse que las entrevistas fueron aplicadas a una muestra independiente, se tratarán como 600 registros cualitativos vinculados al corpus, sin sumarlos a la muestra cuantitativa como personas adicionales.

Tabla 2.3. Distribución de los instrumentos originales

Hospital	Encuestas	Entrevistas breves	Observación
Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo	300	300	Sí
Hospital III Yanahuara	300	300	Sí
Total	600	600	Dos contextos institucionales

La muestra cuantitativa estuvo integrada por 450 pacientes, equivalentes al 75 %, y 150 acompañantes, equivalentes al 25 %. En el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo participaron 200 pacientes y 100 acompañantes; en el Hospital III Yanahuara, 250 pacientes y 50 acompañantes. La mitad de la muestra tenía 60 años o más, característica relevante para interpretar barreras de orientación, dependencia de acompañantes y uso de canales digitales.

Tabla 2.4. Distribución de la muestra cuantitativa

Tipo de participante	HNCASE	Hospital III Yanahuara	Total
Pacientes	200	250	450
Acompañantes	100	50	150
Total	300	300	600

2.10. Unidades de análisis y unidades de observación

La investigación diferencia cuatro unidades.

2.10.1. Unidad de análisis cuantitativa

Corresponde al registro individual de encuesta de un paciente o acompañante adulto. Cada registro aporta respuestas sobre acceso, información, citas, canales, trámites, continuidad, telemedicina, farmacia, seguridad, satisfacción y acompañamiento.

2.10.2. Unidad de análisis cualitativa

Corresponde al segmento de contenido significativo registrado en las entrevistas. Una misma entrevista puede contener varias menciones y pertenecer a más de una categoría. Por ello, el número de menciones no equivale necesariamente al número de participantes.

2.10.3. Unidad de observación contextual

Corresponde a cada condición visible del recorrido hospitalario: señalización, rutas, organización de filas, información, módulos de orientación, apoyo al usuario y condiciones de farmacia.

2.10.4. Unidad de análisis documental

Corresponde a cada artículo, revisión, documento técnico o norma incorporada a la matriz bibliográfica. La unidad documental se examina según diseño, población, variables, contexto, resultados, limitaciones, DOI, URL e indexación.

2.11. Población, muestra y muestreo

La población original estuvo conformada por pacientes, usuarios y acompañantes adultos que interactuaban con procesos hospitalarios en los dos establecimientos estudiados.

El estudio precedente empleó un muestreo no probabilístico, intencional o de conveniencia controlada. Este procedimiento permitió seleccionar participantes que tenían experiencia reciente con citas, información, consulta externa, laboratorio, imágenes, farmacia, telemedicina o trámites hospitalarios.

En el análisis secundario no se calcula una nueva muestra, porque se trabaja con el corpus disponible. Se aplicará un criterio censal sobre los registros existentes que cumplan condiciones de integridad y trazabilidad.

Criterios de inclusión del corpus cuantitativo

1. Registro correspondiente a paciente o acompañante adulto.
2. Identificación del hospital de procedencia.
3. Respuesta interpretable en las dimensiones analizadas.
4. Disponibilidad de denominador o número de respuestas válidas.
5. Coherencia entre frecuencia absoluta y porcentaje.
6. Ausencia de información que permita identificar directamente al participante.

Criterios de exclusión del corpus cuantitativo

1. Registros duplicados.
2. Cuestionarios incompletos que impidan interpretar una dimensión.
3. Resultados sin denominador identificable.
4. Inconsistencias aritméticas que no puedan resolverse mediante la fuente original.

5. Datos individualizados que no cuenten con autorización para uso secundario.

Criterios de inclusión del corpus cualitativo

1. Respuesta vinculada con el objeto del libro.
2. Contenido comprensible y suficientemente contextualizado.
3. Posibilidad de asignación a una categoría inicial o emergente.
4. Ausencia de identificadores personales.

Criterios de exclusión del corpus cualitativo

1. Respuestas sin contenido sustantivo.
2. Fragmentos descontextualizados que no permitan interpretación.
3. Duplicación del mismo registro.
4. Expresiones cuya transcripción no pueda verificarse.
5. Contenido que pueda identificar a trabajadores o pacientes.

2.12. Estructura conceptual y operacional del estudio

La investigación distingue entre categorías explicativas y resultados empíricos.

2.12.1. Gestión del talento humano

La gestión del talento humano constituye el marco institucional general. Comprende planificación, dotación, selección, inducción, capacitación, evaluación, liderazgo, reconocimiento, bienestar, seguridad laboral, desarrollo de competencias y retención.

No se construirá un índice empírico de gestión del talento humano a partir de las encuestas de usuarios, porque estos no tienen acceso directo a la mayor parte de esas políticas.

2.12.2. Clima organizacional

El clima organizacional se utiliza como categoría explicativa relacionada con:

- Liderazgo y apoyo.
- Comunicación interna.
- Trabajo en equipo.
- Coordinación.
- Reconocimiento.
- Autonomía.

- Dotación y carga laboral.
- Disponibilidad de recursos.
- Seguridad psicológica.
- Bienestar.

No se asignará un puntaje de clima a los hospitales, debido a que no se dispone de una encuesta aplicada a los trabajadores.

2.12.3. Capacitación del personal

La capacitación se examina mediante las siguientes categorías:

- Pertinencia de las necesidades formativas.
- Competencias técnicas.
- Competencias comunicacionales.
- Competencias relacionales.
- Competencias digitales.
- Competencias de coordinación.
- Competencias de seguridad y confidencialidad.
- Transferencia del aprendizaje al puesto.

No se afirmará cuántas actividades formativas recibió el personal ni si estas fueron eficaces, porque el corpus no contiene registros individuales de capacitación, evaluaciones de aprendizaje ni mediciones de transferencia.

2.12.4. Resultados percibidos de calidad

La calidad empíricamente analizada se limita a las dimensiones que pueden ser informadas por pacientes y acompañantes:

- Accesibilidad.
- Información y orientación.
- Oportunidad.
- Capacidad de respuesta.
- Continuidad.
- Coordinación percibida.
- Resolutividad.
- Confianza.

- Confidencialidad percibida.
- Satisfacción.
- Inclusión de acompañantes.

No se dispone de información suficiente para medir efectividad clínica, adherencia a guías, mortalidad, eventos adversos, errores diagnósticos o resultados clínicos.

Tabla 2.5. Operacionalización general

Constructo	Dimensiones analíticas	Fuente	Estado de medición
Gestión del talento humano	Planificación, dotación, liderazgo, capacitación, evaluación, bienestar	Literatura y normativa	Marco institucional; no medido directamente
Clima organizacional	Comunicación, coordinación, apoyo, liderazgo, carga, recursos, bienestar	Literatura; manifestaciones externas en usuarios	Categoría explicativa indirecta
Capacitación	Competencias técnicas, digitales, comunicacionales, éticas y de coordinación	Literatura; necesidades derivadas de brechas	Categoría explicativa indirecta
Calidad asistencial percibida	Acceso, oportunidad, continuidad, coordinación, resolutiveidad, confianza y satisfacción	Encuestas, entrevistas y observación	Resultado empírico directo
Contexto estructural	Demanda, tecnología, infraestructura, medicamentos, sistemas y normas	Entrevistas, observación y literatura	Condicionante organizacional

2.13. Reorganización de los instrumentos anteriores

Las dimensiones originales serán reinterpretadas de acuerdo con el nuevo objeto de estudio. Esta reorganización no modifica las respuestas originales; cambia el marco conceptual utilizado para analizarlas.

Tabla 2.6. Correspondencia entre las dimensiones anteriores y el nuevo libro

Dimensión del estudio anterior	Resultado analizado en el nuevo libro	Posible vínculo con talento humano	Límite interpretativo
Información y citas	Acceso, claridad y orientación	Comunicación y capacidad de respuesta	También depende del sistema de citas
Canales digitales	Accesibilidad y apoyo al usuario	Competencias digitales y orientación	Depende de plataforma y conectividad
Barreras digitales	Inclusión y autonomía	Formación digital y apoyo institucional	No todas las barreras dependen del personal
Trámites y espera	Oportunidad y resolución	Coordinación, dotación, carga y autonomía	La espera no demuestra por sí sola mal clima
Continuidad de información	Integración y coordinación	Trabajo en equipo y comunicación interna	Depende de sistemas de información
Telemedicina	Resolutiveidad y comunicación remota	Competencias digitales y comunicacionales	Depende de pertinencia clínica y tecnología
Farmacia	Continuidad terapéutica percibida	Información y coordinación	El abastecimiento es principalmente logístico
Seguridad de datos	Confidencialidad y confianza	Competencia ética y digital	También depende de controles tecnológicos

Dimensión del estudio anterior	Resultado analizado en el nuevo libro	Posible vínculo con talento humano	Límite interpretativo
Satisfacción	Resultado global percibido	Síntesis de múltiples experiencias	Está influida por expectativas
Rol del acompañante	Atención centrada en la persona	Comunicación e inclusión	Requiere autorización y respeto de autonomía

Los resultados anteriores no incluyen una medición suficiente de empatía, respeto, trato digno o competencia clínica. Estas dimensiones podrán desarrollarse teóricamente, pero no serán presentadas como hallazgos empíricos del instrumento si no existe un ítem o registro específico que las sustente.

2.14. Reglas de inferencia

Para preservar la validez del análisis se establecen reglas explícitas sobre lo que puede y no puede concluirse.

Tabla 2.7. Reglas para la interpretación

Interpretación permitida	Interpretación no permitida
Las demoras identifican una brecha de oportunidad y capacidad de respuesta	Las demoras demuestran que el clima organizacional es negativo
La repetición de datos es compatible con problemas de coordinación o sistemas	La repetición demuestra que el personal no trabaja en equipo
La baja resolutiveidad de telemedicina identifica necesidades de mejora tecnológica, organizacional y formativa	La baja resolutiveidad demuestra que el personal no fue capacitado
La claridad de información puede reflejar competencias comunicacionales	La claridad prueba la eficacia de un programa específico de capacitación
La confianza en datos constituye una fortaleza percibida	La confianza prueba que no existen riesgos de seguridad
Las brechas permiten priorizar necesidades potenciales de capacitación	Las brechas permiten afirmar cuánto aprendió el personal
La evidencia científica permite formular mecanismos explicativos	La literatura sustituye la medición directa de las variables internas
Se pueden comparar porcentajes descriptivos entre hospitales	Se puede atribuir causalmente la diferencia a la gestión de recursos humanos

Estas reglas reducen el riesgo de falacia ecológica, inferencia causal indebida y atribución individual de problemas sistémicos.

2.15. Técnicas e instrumentos del análisis secundario

El estudio utiliza cinco instrumentos analíticos.

2.15.1. Instrumento A: Matriz de extracción cuantitativa

La matriz de extracción cuantitativa registra:

- Hospital.

- Dimensión.
- Ítem.
- Número de respuestas favorables.
- Número de respuestas válidas.
- Porcentaje.
- Tipo de respuesta.
- Dirección interpretativa.
- Nivel descriptivo.
- Observaciones de consistencia.
- Fuente original.

La matriz permite reconstruir de manera trazable cada resultado y evita trasladar automáticamente cifras sin revisar denominadores y coherencia aritmética.

Tabla 2.8. Estructura de la matriz cuantitativa

Campo	Contenido
Código	Identificador único
Hospital	HNCASE o HIY
Dimensión original	Categoría del instrumento anterior
Dimensión nueva	Resultado de calidad reinterpretado
Ítem	Enunciado evaluado
n válido	Número de respuestas consideradas
n favorable	Número de respuestas favorables
Porcentaje	$n \text{ favorable} / n \text{ válido} \times 100$
Tipo	Dicotómica, categórica o múltiple
Nivel	Muy bajo, bajo, medio, alto o muy alto
Observación	Inconsistencia, falta de dato o aclaración
Fuente	Tabla o registro de procedencia

2.15.2. Instrumento B: Matriz de reanálisis cualitativo

La matriz cualitativa organiza los segmentos disponibles según:

- Código de entrevista.
- Hospital.
- Tipo de participante, cuando esté disponible.
- Fragmento o síntesis.
- Categoría inicial.

- Subcategoría.
- Categoría emergente.
- Resultado de calidad relacionado.
- Posible mecanismo organizacional.
- Explicación alternativa.
- Observaciones.

El análisis temático se desarrollará de manera deductiva e inductiva. La codificación deductiva utilizará categorías derivadas del marco conceptual; la codificación inductiva permitirá incorporar temas emergentes. El análisis temático es una estrategia flexible para identificar patrones de significado, siempre que las decisiones de codificación y construcción de temas sean explícitas y coherentes (Braun & Clarke, 2006).

Cuando estén disponibles respuestas literales, podrán utilizarse fragmentos anonimizados. Cuando solo exista un recuento consolidado de menciones, dicho recuento se analizará como evidencia agregada y no se crearán citas textuales inexistentes.

2.15.3. Instrumento C: Matriz de observación contextual

La matriz de observación registra:

- Señalización.
- Claridad de rutas.
- Información sobre citas.
- Información sobre canales.
- Módulos de apoyo.
- Organización de filas.
- Orientación a adultos mayores.
- Información de farmacia.
- Condiciones visibles de accesibilidad.
- Comentarios contextuales.

Tabla 2.9. Matriz de observación

Dimensión	Criterio	Registro
Señalización	Existencia y visibilidad	Sí, no u observación
Rutas internas	Facilidad para ubicar servicios	Clara, parcial o insuficiente
Citas	Información visible	Sí, no u observación

Dimensión	Criterio	Registro
Canales	Información sobre medios oficiales	Sí, no u observación
Módulos	Disponibilidad de orientación	Sí, no u observación
Filas	Organización visible	Sí, no u observación
Adultos mayores	Apoyo específico	Sí, no u observación
Farmacia	Información de ubicación y proceso	Sí, no u observación

2.15.4. Instrumento D: Matriz de evidencia científica y normativa

Esta matriz registra:

- Referencia APA.
- DOI.
- URL.
- Base de datos.
- Indexación Scopus.
- País.
- Diseño.
- Muestra.
- Variable o categoría.
- Instrumento.
- Resultado principal.
- Limitaciones.
- Aplicabilidad al estudio.
- Capítulo de utilización.

La indexación en Scopus será tratada como criterio de cobertura bibliográfica y visibilidad científica, no como prueba suficiente de calidad metodológica. La solidez de cada fuente dependerá también de su diseño, muestra, medición, análisis, riesgo de sesgo y pertinencia contextual.

2.15.5. Instrumento E: Matriz de integración

La matriz de integración o presentación conjunta permite contrastar los resultados cuantitativos, cualitativos, observacionales y documentales.

Tabla 2.10. Estructura de integración

Dimensión	Encuesta	Entrevistas	Observación	Literatura	Inferencia integrada
Oportunidad	Porcentaje favorable	Razones de demora	Filas y rutas	Evidencia sobre carga y coordinación	Fortaleza o brecha
Continuidad	No repetición y coordinación	Experiencias de fragmentación	No aplica directamente	Trabajo en equipo e información	Inferencia organizacional
Telemedicina	Facilidad y resolutiveidad	Dificultades y apoyo	Información visible	Competencias y tecnología	Necesidad formativa y estructural
Farmacia	Disponibilidad y compra externa	Entrega parcial	Información visible	Logística y coordinación	Brecha sistémica
Confianza	Protección y confidencialidad	Confianza o temor	No aplica directamente	Ética y seguridad	Fortaleza percibida

Las presentaciones conjuntas son una herramienta de integración de métodos mixtos porque permiten examinar simultáneamente resultados de distinta naturaleza y construir metainferencias sustentadas en convergencias, divergencias y complementariedades (Fetters et al., 2013).

2.16. Auditoría de calidad y compatibilidad de los datos

Antes del análisis se realizará una auditoría de la información reutilizada. Esta fase es indispensable porque los datos fueron producidos para un objeto de estudio distinto.

La auditoría comprende seis controles.

2.16.1. Compatibilidad conceptual

Se examinará si el ítem original realmente aporta información sobre la nueva categoría. No se reclasificará una pregunta únicamente porque exista semejanza terminológica.

2.16.2. Coherencia aritmética

Se verificará que:

- Las frecuencias coincidan con los porcentajes.
- Los subtotales correspondan al total informado.
- Los porcentajes se calculen sobre el denominador correcto.
- Las comparaciones utilicen bases equivalentes.
- Las preguntas múltiples sean identificadas como tales.

2.16.3. Coherencia de dirección

Se comprobará si una respuesta alta representa fortaleza o brecha. Por ejemplo, un porcentaje alto de usuarios que “tuvo dificultades” representa un resultado desfavorable,

mientras que un porcentaje alto de usuarios que “recibió orientación clara” representa un resultado favorable.

2.16.4. Trazabilidad

Cada cifra incorporada deberá vincularse con una tabla, registro o resultado del estudio anterior.

2.16.5. Tratamiento de inconsistencias

Cuando una inconsistencia pueda resolverse con el registro original, se corregirá dejando constancia del procedimiento. Cuando no pueda resolverse, el resultado:

- Se excluirá del cálculo agregado.
- Se presentará con advertencia.
- No se utilizará para formular una conclusión central.

2.16.6. Protección contra la reconstrucción artificial

No se imputarán respuestas, no se estimarán frecuencias no observadas y no se reconstruirán testimonios a partir de resúmenes. La ausencia de información se mantendrá explícita.

2.17. Validez, confiabilidad y rigor

2.17.1. Validez del análisis cuantitativo

La validez del nuevo análisis depende principalmente de la correspondencia entre los ítems originales y las categorías reinterpretadas. Para ello se utilizará una matriz de adecuación conceptual.

La revisión considerará:

- Claridad del ítem.
- Pertinencia.
- Correspondencia con el resultado analizado.
- Accesibilidad del contenido para el usuario.
- Ausencia de inferencias internas no sustentadas.

2.17.2. Confiabilidad

No se calculará retrospectivamente un coeficiente de consistencia interna sobre porcentajes agregados. El alfa de Cronbach u otros coeficientes requieren datos individuales y escalas

diseñadas para medir un constructo común. Aplicarlos a tablas consolidadas o a preguntas heterogéneas produciría una interpretación metodológicamente incorrecta.

Si se recupera la base individual anonimizada, la consistencia podrá analizarse únicamente en conjuntos de ítems que cumplan condiciones de unidimensionalidad y nivel de medición. El coeficiente utilizado deberá corresponder al tipo de respuesta.

2.17.3. Rigor cualitativo

El rigor del componente cualitativo se sostendrá mediante:

- Definición explícita de categorías.
- Registro de decisiones de codificación.
- Diferenciación entre texto literal y síntesis.
- Revisión de casos divergentes.
- Conservación del contexto de cada afirmación.
- Separación entre descripción e interpretación.
- Prohibición de inventar citas textuales.
- Integración con otras fuentes.

La presentación del componente cualitativo tomará como referencia los criterios SRQR y, en los aspectos aplicables a entrevistas, COREQ. SRQR propone estándares para transparentar el enfoque, contexto, participantes, producción de datos, análisis y resultados; COREQ organiza elementos relacionados con el equipo investigador, el diseño y el análisis de entrevistas.

2.17.4. Rigor observacional

La observación se limitará a criterios previamente definidos. No se inferirán actitudes, motivaciones o competencias individuales a partir de observaciones breves del entorno.

2.17.5. Rigor documental

La revisión documental priorizará:

- Artículos revisados por pares.
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Estudios hospitalarios comparables.
- Investigaciones latinoamericanas y peruanas.
- Documentos oficiales.
- Publicaciones con DOI.

- Revistas indexadas en Scopus cuando sea posible.
- Referencias fundacionales necesarias.

2.18. Procedimiento del estudio

La investigación se desarrolla en ocho fases.

Fase 1. Inventario del corpus

Se identifican todas las encuestas, entrevistas, tablas, matrices y registros observacionales disponibles. Se distingue entre datos individuales, datos agregados y resultados narrativos.

Fase 2. Evaluación ética y de gobernanza

Se comprueba que la información esté anonimizada y que su utilización sea compatible con el consentimiento, la autorización institucional y las disposiciones aplicables al uso secundario.

Fase 3. Auditoría de consistencia

Se revisan denominadores, frecuencias, porcentajes, duplicados, categorías múltiples y coherencia entre tablas.

Fase 4. Reorganización conceptual

Los ítems se vinculan con las nuevas dimensiones de calidad percibida. Los indicadores que no tengan correspondencia suficiente se mantienen fuera del análisis principal.

Fase 5. Análisis cuantitativo

Se calculan frecuencias, porcentajes, niveles, diferencias entre hospitales y perfiles por dimensión.

Fase 6. Reanálisis cualitativo y observacional

Se codifican las experiencias disponibles y se contrastan con la información observacional.

Fase 7. Revisión documental

Se organiza la evidencia sobre clima organizacional, capacitación, entorno laboral, competencias, experiencia del paciente y calidad.

Fase 8. Integración y elaboración de inferencias

Se construyen matrices conjuntas, se identifican convergencias y divergencias y se formulan conclusiones con distintos niveles de evidencia.

Tabla 2.11. Procedimiento metodológico

Fase	Actividad	Producto
1	Inventario de datos	Catálogo del corpus
2	Revisión ética y anonimización	Corpus autorizado
3	Auditoría de consistencia	Base depurada
4	Reorganización conceptual	Matriz de correspondencia
5	Análisis cuantitativo	Tablas y perfiles
6	Análisis cualitativo y observacional	Categorías y evidencias
7	Revisión documental	Matriz científica
8	Integración	Inferencias y diagnóstico

2.19. Estrategia de análisis cuantitativo

El análisis cuantitativo se basará en frecuencias y porcentajes.

2.19.1. Cálculo de porcentaje favorable

Porcentaje favorable = $\frac{\text{Número de respuestas favorables}}{\text{Número de respuestas válidas}} \times 100$

El denominador deberá reportarse para cada ítem cuando existan respuestas faltantes o preguntas aplicables únicamente a determinados usuarios.

2.19.2. Preguntas de respuesta múltiple

En las preguntas de respuesta múltiple, cada opción se analizará de forma independiente. Los porcentajes no deberán sumarse necesariamente al 100 %, porque una persona puede haber seleccionado más de una situación.

2.19.3. Comparación entre hospitales

La comparación se expresará mediante diferencias en puntos porcentuales:

$\Delta = \% \text{ Hospital III Yanahuara} - \% \text{ HNCASE}$

Una diferencia positiva indicará mayor porcentaje en el Hospital III Yanahuara; una diferencia negativa, mayor porcentaje en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo.

La diferencia será descriptiva. No se interpretará como estadísticamente significativa mientras no se disponga de la base individual y se verifiquen los supuestos para realizar una prueba inferencial.

2.19.4. Índices por dimensión

Cuando una dimensión esté formada por varios ítems con la misma dirección conceptual, podrá calcularse un índice descriptivo.

Si todos los ítems tienen el mismo denominador:

$$\text{Índice de dimensión} = \frac{\sum \text{porcentajes de los ítems}}{\text{número de ítems}}$$

$$\text{Índice de dimensión} = \text{número de ítems} \times \sum \text{porcentajes de los ítems}$$

Si los denominadores son diferentes, se utilizará un porcentaje ponderado basado en el total de respuestas válidas. No se mezclarán ítems favorables y desfavorables sin invertir previamente su dirección.

2.19.5. Escala descriptiva

Para mantener comparabilidad con el estudio precedente se utilizará la siguiente clasificación:

Porcentaje	Nivel descriptivo
0 % a 20 %	Muy bajo
Más de 20 % a 40 %	Bajo
Más de 40 % a 60 %	Medio
Más de 60 % a 80 %	Alto
Más de 80 % a 100 %	Muy alto

Estos intervalos constituyen una regla descriptiva y editorial. No representan puntos de corte clínicos ni estándares oficiales de calidad.

2.19.6. Ausencia de inferencia correlacional

No se calcularán:

- Correlaciones entre clima y calidad.
- Correlaciones entre capacitación y calidad.
- Regresiones causales.
- Efectos de mediación.
- Riesgos relativos.
- Pruebas de impacto.

La razón es que no existen variables directas de clima y capacitación en la base de usuarios y los resultados disponibles son principalmente agregados.

2.20. Estrategia de análisis cualitativo

El análisis cualitativo seguirá una secuencia temática.

2.20.1. Familiarización

Se revisarán los registros disponibles para conocer su contenido, extensión, contexto y nivel de detalle.

2.20.2. Codificación inicial

Se utilizarán categorías deductivas vinculadas con:

- Información.
- Citas.
- Orientación.
- Espera.
- Resolución.
- Coordinación.
- Continuidad.
- Telemedicina.
- Farmacia.
- Confianza.
- Acompañamiento.
- Propuestas de mejora.

2.20.3. Identificación de categorías emergentes

Se incorporarán temas recurrentes que no estén suficientemente cubiertos por las categorías iniciales, como:

- Dependencia de familiares.
- Preferencia presencial.
- Información contradictoria.
- Derivación entre áreas.
- Falta de respuesta.
- Sobrecarga percibida.
- Compra externa de medicamentos.

- Necesidad de asistencia digital.

2.20.4. Construcción de temas

Las categorías se organizarán en temas superiores. Por ejemplo:

- Accesibilidad y orientación.
- Capacidad institucional de respuesta.
- Fragmentación y continuidad.
- Inclusión digital.
- Resolutividad de la atención remota.
- Continuidad terapéutica.
- Confianza institucional.
- Acompañamiento como recurso del sistema.

2.20.5. Revisión de explicaciones alternativas

Cada tema será examinado considerando diferentes causas posibles. Una espera prolongada, por ejemplo, puede relacionarse con demanda, dotación, distribución del trabajo, procesos, tecnología o infraestructura. No se atribuirá exclusivamente al desempeño del personal.

2.20.6. Interpretación de frecuencias cualitativas

El número de menciones se utilizará para identificar recurrencia temática, pero no se interpretará automáticamente como prevalencia. Una persona puede formular varias menciones, mientras que otras respuestas pueden haber sido resumidas en una sola categoría.

2.21. Estrategia de revisión documental

La revisión documental será integrativa y estructurada. Su finalidad es proporcionar evidencia para interpretar los resultados y no reemplazar la medición empírica.

2.21.1. Fuentes de búsqueda

Se priorizarán:

- Scopus.
- PubMed/MEDLINE.
- Web of Science cuando corresponda.
- SciELO.
- Repositorios oficiales.

- OMS.
- OPS.
- Ministerio de Salud.
- EsSalud.
- Gobierno del Perú.

2.21.2. Descriptores

Se utilizarán combinaciones de términos en español e inglés:

- "gestión del talento humano" / "human resource management".
- "clima organizacional" / "organizational climate".
- "entorno de trabajo" / "work environment".
- "capacitación" / "continuing professional development".
- "personal de salud" / "health workforce".
- "experiencia del paciente" / "patient experience".
- "calidad asistencial" / "quality of care".
- "satisfacción del paciente" / "patient satisfaction".
- "hospital" / "hospital care".
- "patient outcomes".
- "workforce training".
- "organizational culture".
- "teamwork".
- "burnout".
- "patient safety".

2.21.3. Criterios de inclusión documental

1. Relación directa con las variables del libro.
2. Artículos originales, revisiones sistemáticas o metaanálisis.
3. Documentos oficiales.
4. Información bibliográfica verificable.
5. Publicaciones en español, inglés o portugués.
6. Prioridad temporal entre 2018 y 2026.

7. Inclusión de referencias clásicas indispensables.
8. Aplicabilidad a organizaciones sanitarias.

2.21.4. Criterios de exclusión documental

1. Fuentes sin autoría verificable.
2. Contenido promocional.
3. Opiniones sin sustento metodológico.
4. Duplicados.
5. Estudios sin relación con el problema.
6. Documentos cuyo texto o resumen no permita evaluar pertinencia.
7. Publicaciones retractadas o con problemas graves de integridad identificados.

La identificación, cribado e inclusión de fuentes se documentará mediante un flujo inspirado en PRISMA 2020. El uso de esta guía busca aumentar la transparencia del proceso, pero no implica denominar automáticamente el capítulo como revisión sistemática si no se cumplen todos los requisitos de ese diseño. PRISMA 2020 proporciona una lista de 27 elementos para informar revisiones y diagramas para documentar el flujo de selección (Page et al., 2021).

2.22. Estrategia de triangulación e integración

La triangulación se realizará por dimensión.

2.22.1. Convergencia

Existe convergencia cuando varias fuentes respaldan una misma interpretación.

Ejemplo: la encuesta muestra baja resolución de trámites, las entrevistas mencionan demoras y la observación identifica rutas internas poco claras.

2.22.2. Complementariedad

Existe complementariedad cuando cada fuente aporta una parte diferente.

Ejemplo: la encuesta establece la magnitud de la baja resolutivez de telemedicina, las entrevistas explican los problemas de conexión y la literatura identifica la necesidad de capacitación y soporte técnico.

2.22.3. Divergencia

Existe divergencia cuando los resultados no coinciden.

Ejemplo: puede existir señalización visible, pero los usuarios continúan reportando desorientación. La interpretación adecuada es que la disponibilidad formal de información no garantiza comprensión efectiva.

2.22.4. Silencio de evidencia

Existe silencio cuando una fuente no aporta información sobre una dimensión.

Por ejemplo, la observación del recorrido no permite conocer el clima de seguridad psicológica del personal. La ausencia de evidencia no se convertirá en una valoración positiva ni negativa.

2.22.5. Niveles de inferencia

Se utilizarán cuatro niveles:

Nivel	Definición	Ejemplo
Evidencia directa	Dato informado por el usuario	Porcentaje de espera considerada razonable
Evidencia contextual	Registro de entrevistas u observación	Rutas internas poco claras
Inferencia organizacional indirecta	Interpretación apoyada por varias fuentes	Posible fragmentación de coordinación
Proposición teórica	Mecanismo sustentado en literatura	El clima puede facilitar la transferencia de capacitación

Las conclusiones deberán indicar el nivel de evidencia del que proceden.

2.23. Relación analítica entre clima, capacitación y resultados

La relación se analizará mediante una matriz de mecanismos.

Tabla 2.12. Mecanismos organizacionales de interpretación

Categoría interna	Proceso intermediario	Resultado observable	Factores alternativos
Comunicación interna	Coherencia de indicaciones	Información consistente	Sistemas y protocolos
Trabajo en equipo	Coordinación entre áreas	Continuidad percibida	Interoperabilidad
Dotación y carga	Disponibilidad de tiempo	Espera y respuesta	Demanda e infraestructura
Liderazgo	Priorización y solución	Organización del servicio	Normas y autonomía
Capacitación comunicacional	Explicación y orientación	Claridad percibida	Diseño de información
Capacitación digital	Uso de plataformas	Facilidad de canales y telemedicina	Conectividad y usabilidad
Formación en seguridad	Confidencialidad y procedimientos	Confianza del usuario	Controles tecnológicos
Bienestar laboral	Disponibilidad emocional	Capacidad de respuesta	Complejidad y presión
Coordinación con farmacia	Continuidad terapéutica	Información y seguimiento	Compras y abastecimiento

La matriz permite identificar necesidades de intervención sin convertir una asociación conceptual en una relación causal demostrada.

2.24. Consideraciones éticas

El estudio no contempla una nueva interacción con pacientes ni la recolección de nuevos datos personales. Su riesgo principal se relaciona con el uso secundario, la privacidad, la interpretación institucional y la posibilidad de reidentificación.

La Declaración de Helsinki, revisada en octubre de 2024, se aplica también a la investigación que utiliza material o datos humanos identificables. Establece la obligación de proteger la dignidad, la autonomía, la privacidad y la confidencialidad, exige protocolos científicamente sólidos y dispone la revisión por un comité de ética competente antes de iniciar una investigación con participantes o información identificable.

2.24.1. Uso secundario

El uso de la información se limitará a los fines académicos y científicos descritos en el protocolo. Cuando la autorización original no contemple expresamente el nuevo análisis, corresponderá solicitar la evaluación del comité de ética o la instancia institucional competente.

2.24.2. Anonimización

No se incorporarán:

- Nombres.
- Documentos de identidad.
- Números de historia clínica.
- Teléfonos.
- Direcciones.
- Fechas que permitan identificación.
- Datos laborales de trabajadores específicos.

2.24.3. Confidencialidad

Los resultados se presentarán de manera agregada. Las citas cualitativas deberán ser anonimizadas y no contener combinaciones de datos que permitan identificar a la persona.

2.24.4. No utilización sancionadora

El estudio no busca señalar ni sancionar a trabajadores individuales. Las brechas se interpretarán como resultados de procesos institucionales y organizacionales.

2.24.5. Protección de datos en el Perú

La Ley N.º 29733 tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la protección de los datos personales. Desde el 31 de marzo de 2025 se encuentra vigente el nuevo Reglamento de la Ley, aprobado mediante el Decreto Supremo N.º 016-2024-JUS. El uso secundario deberá cumplir los principios de finalidad, proporcionalidad, seguridad, confidencialidad y tratamiento legítimo de la información.

2.25. Directrices para la presentación de resultados

La presentación se orientará por guías internacionales de reporte.

Tabla 2.13. Guías de referencia

Componente	Guía	Aplicación
Diseño observacional	STROBE	Transparencia en diseño, muestra, variables, sesgos y resultados
Encuesta	CROSS	Descripción del cuestionario, administración, muestra y análisis
Entrevistas	COREQ	Contexto, producción, análisis y presentación cualitativa
Investigación cualitativa	SRQR	Transparencia metodológica general
Revisión documental	PRISMA 2020	Identificación, selección e inclusión de fuentes
Integración mixta	Fetters et al.	Presentaciones conjuntas y metainferencias

STROBE incluye recomendaciones para informar estudios observacionales de cohorte, casos y controles y transversales; su finalidad es mejorar la transparencia del reporte, no actuar como instrumento para puntuar la calidad del estudio.

CROSS fue desarrollado para mejorar el reporte de encuestas presenciales y digitales, incorporando aspectos relacionados con diseño, preparación, muestra, administración, ética y análisis (Sharma et al., 2021).

2.26. Alcances del estudio

El principal alcance consiste en recuperar una base empírica amplia sobre la experiencia hospitalaria y analizarla desde una nueva perspectiva de gestión del talento humano.

El diseño permite:

1. Identificar resultados percibidos relevantes para la calidad.
2. Comparar dos instituciones.

3. Integrar datos cuantitativos, cualitativos y observacionales.
4. Vincular brechas con mecanismos organizacionales descritos por la literatura.
5. Diferenciar necesidades formativas de problemas estructurales.
6. Incorporar la perspectiva de pacientes y acompañantes.
7. Construir una línea de base para propuestas institucionales.
8. Formular un modelo aplicado de mejora.

La combinación de encuesta, entrevista y observación permite evitar que las conclusiones dependan exclusivamente de porcentajes o testimonios aislados.

2.27. Limitaciones del estudio

2.27.1. Ausencia de medición directa del clima

No se dispone de una encuesta de clima aplicada a trabajadores. En consecuencia, no se calculará un nivel de clima organizacional por hospital.

2.27.2. Ausencia de registros directos de capacitación

No se dispone de información verificable sobre cursos, horas, contenidos, evaluaciones de aprendizaje, transferencia o desempeño posterior.

2.27.3. Desajuste entre el objeto original y el nuevo estudio

Los instrumentos anteriores fueron diseñados principalmente para evaluar procesos administrativos y digitales. Por ello, la nueva interpretación se limita a dimensiones compatibles y no pretende convertir el cuestionario en un instrumento retrospectivo de clima o capacitación.

2.27.4. Calidad asistencial parcial

Los datos permiten evaluar calidad percibida y organización del servicio, pero no calidad clínica integral.

2.27.5. Diseño transversal

Los resultados describen un momento determinado y no permiten establecer temporalidad ni cambios longitudinales.

2.27.6. Muestreo no probabilístico

Los resultados no deben generalizarse automáticamente a toda la población usuaria de EsSalud, Arequipa o el Perú.

2.27.7. Sesgo de percepción

Las respuestas pueden estar influidas por expectativas, estado de salud, experiencia reciente, tiempo de espera o gravedad del problema.

2.27.8. Disponibilidad de datos agregados

Cuando solo se dispone de tablas consolidadas, no es posible recalcular asociaciones individuales, controlar variables de confusión ni verificar todos los patrones.

2.27.9. Frecuencia de menciones

Las frecuencias cualitativas no necesariamente representan número de personas ni prevalencia estadística.

2.27.10. Riesgo de atribución indebida

Una brecha puede tener causas humanas, estructurales, tecnológicas, logísticas o normativas. El análisis deberá conservar explicaciones alternativas.

2.27.11. Vigencia temporal

Los datos del estudio anterior no deben utilizarse como descripción automática de la situación actual de los hospitales.

2.28. Matriz de consistencia general

Tabla 2.14. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Categorías	Fuentes	Análisis	Resultado
¿Cómo se relacionan clima, capacitación y calidad percibida?	Analizar la relación mediante evidencia secundaria	Clima, capacitación y calidad percibida	Encuestas, entrevistas, observación y literatura	Integración mixta	Modelo interpretativo
¿Cuáles son las principales fortalezas y brechas?	Caracterizar resultados	Oportunidad, continuidad, coordinación, resolutivez, confianza	Encuesta	Frecuencias y porcentajes	Perfil de calidad
¿Qué diferencias existen entre hospitales?	Comparar resultados	Dimensiones de experiencia	Encuestas	Puntos porcentuales	Comparación institucional
¿Qué explica los resultados?	Interpretar experiencias	Barreras, causas y propuestas	Entrevistas	Análisis temático	Categorías explicativas
¿Qué factores contextuales intervienen?	Contextualizar	Rutas, información y apoyo	Observación	Matriz contextual	Evidencia complementaria

Problema	Objetivo	Categorías	Fuentes	Análisis	Resultado
¿Qué necesidades de talento humano se derivan?	Formular implicancias	Liderazgo, coordinación y competencias	Integración de fuentes	Matriz de mecanismos	Prioridades de intervención

2.29. Matriz específica por objetivo

Tabla 2.15. Relación entre objetivos, técnicas y productos

Objetivo específico	Técnica	Instrumento	Producto
Reorganizar resultados	Revisión secundaria	Matriz de correspondencia	Dimensiones nuevas
Caracterizar fortalezas y brechas	Análisis cuantitativo	Matriz de extracción	Porcentajes e índices
Comparar hospitales	Análisis comparativo	Base consolidada	Diferencias descriptivas
Interpretar experiencias	Análisis cualitativo	Matriz temática	Temas y subtemas
Contextualizar resultados	Análisis observacional	Matriz de observación	Condiciones visibles
Vincular con clima y capacitación	Revisión documental	Matriz científica	Mecanismos explicativos
Integrar evidencia	Triangulación	Presentación conjunta	Inferencias integradas
Formular propuesta	Análisis aplicado	Matriz de prioridades	Modelo de gestión

2.30. Síntesis metodológica del capítulo

El presente capítulo establece una metodología coherente con el origen y alcance de los datos disponibles. El estudio adopta un enfoque mixto, descriptivo, analítico, comparativo, documental y aplicado. Su diseño es no experimental, transversal, retrospectivo y basado en el análisis secundario de información.

El corpus empírico está conformado por 600 encuestas, 600 entrevistas breves y registros de observación procedentes del Hospital Nacional Carlos Alberto Segura Escobedo y del Hospital III Yanahuara. Los resultados serán reorganizados para analizar accesibilidad, información, oportunidad, coordinación, continuidad, resolutivez, confianza, satisfacción e inclusión del acompañante.

La principal decisión metodológica consiste en diferenciar entre resultados empíricos y categorías explicativas. La calidad percibida y la organización del servicio se estudian directamente mediante los instrumentos anteriores. El clima organizacional y la capacitación se examinan como posibles mecanismos institucionales sustentados en la literatura, pero no como variables directamente medidas.

La investigación evita afirmar causalidad, impacto o correlación estadística cuando los datos no permiten sostener esas conclusiones. Las brechas de espera, telemedicina, coordinación,

farmacia o canales digitales no se atribuirán automáticamente a falta de capacitación ni a un clima desfavorable. Se considerarán también la dotación, la demanda, los procesos, la tecnología, la infraestructura, el abastecimiento y las normas institucionales.

El análisis cuantitativo se basará en frecuencias, porcentajes y comparaciones descriptivas. El análisis cualitativo identificará temas y explicaciones. La observación aportará contexto. La revisión científica permitirá relacionar las manifestaciones externas con mecanismos organizacionales. Finalmente, la triangulación integrará las cuatro fuentes mediante matrices conjuntas.

Esta estrategia permite aprovechar los resultados del libro anterior sin alterar su significado original ni atribuirles una capacidad explicativa que no poseen. Al mismo tiempo, proporciona una base sólida para el diagnóstico empírico del Capítulo III, la discusión del Capítulo IV y la propuesta de gestión del talento humano que se desarrollará en el Capítulo V.

Capítulo III

**DIAGNÓSTICO EMPÍRICO DE LA CALIDAD
ASISTENCIAL PERCIBIDA Y SUS
IMPLICANCIAS PARA LA GESTIÓN DEL
TALENTO HUMANO**

CAPÍTULO III – DIAGNÓSTICO EMPÍRICO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA Y SUS IMPLICANCIAS PARA LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

3.1. Consideraciones preliminares del diagnóstico

Este capítulo presenta la evaluación cualitativa de las percepciones en torno a los aspectos organizacionales y relacionados con la atención experimentados por pacientes adultos y cuidadores en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y el Hospital III Yanahuara en Arequipa. Para esta evaluación, se utilizarán los resultados consolidados de las encuestas estructuradas, entrevistas semi-estructuradas cortas y observaciones no participantes realizadas en estudios previos.

El objetivo de esta evaluación es identificar cómo las experiencias reportadas por los usuarios del servicio ayudan a comprender las fortalezas, debilidades y oportunidades en la gestión de personas, la organización de los servicios, las competencias del personal y la calidad de la atención percibida.

Las herramientas originales evaluaron el acceso a la información y citas, el uso de medios digitales y las barreras para su uso, el proceso administrativo, los tiempos de espera, la continuidad de la información, la telemedicina, la farmacia, la seguridad de los datos, la satisfacción general y la participación del cuidador. En este libro, reinterpretemos estas dimensiones como los resultados observables de la organización hospitalaria y la experiencia del usuario.

Este tipo de evaluación no hace que las herramientas originales sean mediciones directas del clima organizacional y la capacitación del personal. Los pacientes y cuidadores están calificados para dar cuenta de los eventos que han experimentado en términos de claridad de la información, oportunidad de las respuestas, coordinación interdepartamental, continuidad, confianza y orientación. Pueden ofrecer sus percepciones sobre disponibilidad y satisfacción. Sus percepciones no les permitirán responder a preguntas relacionadas con la organización del trabajo, la distribución de la carga laboral, las relaciones laborales, la seguridad psicológica y la evaluación del desempeño y la capacitación del personal.

Por ello, este capítulo establece dos niveles de análisis:

1. Resultados obtenidos directamente de las experiencias de pacientes y cuidadores.

2. Implicaciones organizacionales indirectas derivadas de la triangulación de estos resultados con teorías existentes relacionadas con la gestión de recursos humanos, clima organizacional, capacitación y calidad de la atención.

Esta distinción nos permite evitar atribuir erróneamente responsabilidades al personal por problemas relacionados con el suministro, infraestructura y diseño de las instituciones, interpretar problemas relacionados con la tecnología y deficiencias como evidencia de un ambiente laboral adverso, o culpar al personal por retrasos que son claramente resultado de una falta de capacitación.

La evidencia internacional sugiere que un mejor ambiente laboral se refleja en mayores calificaciones de satisfacción, seguridad y satisfacción de los pacientes. Sin embargo, inferir el ambiente laboral de una institución a partir de la satisfacción de los usuarios no está justificado, y, para este propósito, la evidencia más confiable es la proporcionada por los propios trabajadores (Aiken et al., 2012; Kieft et al., 2014; Lake et al., 2019).

El corpus del documento base contiene 600 encuestas estructuradas y 600 entrevistas cortas, además de observaciones del recorrido hospitalario. Las encuestas y entrevistas están divididas en partes iguales entre las dos instalaciones. Los 1,200 registros corresponden a instrumentos y no deben interpretarse como 1,200 participantes distintos; la muestra cuantitativa fue de 600.

Nota de fuente: las tablas de este capítulo son originales y se basan en los resultados agregados de la versión 3 del documento. Se preservan las frecuencias y los porcentajes. Solo la organización conceptual está adaptada a los fines de este libro.

3.2. Criterios para presentar e interpretar resultados

Los resultados cuantitativos se muestran como frecuencias absolutas y porcentajes de respuestas clasificadas como favorables. Esto no concierne a las medias de escalas de tipo Likert que se han utilizado. Si el ítem se refería a una barrera o situación negativa, entonces el porcentaje se refiere a los participantes que reportaron la situación.

En preguntas que permitieron respuestas múltiples, los porcentajes pueden ser menores, mayores o iguales a 100%, ya que uno o más participantes seleccionaron varias respuestas.

Tabla 3.1. Escala descriptiva de interpretación

Porcentaje favorable	Nivel descriptivo
0,00 % a 20,00 %	Muy bajo
20,01 % a 40,00 %	Bajo
40,01 % a 60,00 %	Medio

Porcentaje favorable	Nivel descriptivo
60,01 % a 80,00 %	Alto
80,01 % a 100,00 %	Muy alto

La escala se utiliza para ordenar los resultados y facilitar la identificación de fortalezas y brechas. No representa un estándar clínico, una norma de acreditación ni un punto de corte validado para diagnosticar clima organizacional, competencia profesional o calidad técnica.

Tabla 3.2. Niveles de evidencia utilizados en el capítulo

Nivel de evidencia	Definición	Ejemplo
Evidencia directa	Resultado informado por pacientes o acompañantes	Porcentaje que considera razonable el tiempo de espera
Evidencia cualitativa	Tema recurrente en entrevistas	Dificultad para confirmar citas
Evidencia contextual	Condición registrada mediante observación	Rutas internas poco claras
Inferencia organizacional indirecta	Explicación compatible con varias fuentes	Posible problema de coordinación entre áreas
Proposición teórica	Mecanismo sustentado en literatura científica	El clima puede facilitar la transferencia de la capacitación

Las conclusiones del capítulo indican, en lo posible, el nivel de evidencia que las sustenta. Esta regla impide presentar una inferencia organizacional como si fuera una medición directa del funcionamiento interno del hospital.

3.3. Composición del corpus empírico

Tabla 3.3. Distribución general de los instrumentos analizados

Hospital	Encuestas	Entrevistas breves	Total de instrumentos
Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo	300	300	600
Hospital III Yanahuara	300	300	600
Total	600	600	1.200

Las encuestas constituyen la fuente principal del análisis cuantitativo. Las entrevistas permiten comprender las experiencias y barreras que explican los porcentajes. La observación no participante aporta información contextual sobre señalización, orientación, módulos de apoyo, organización de filas y rutas internas.

La aplicación de 600 encuestas y 600 entrevistas no significa que hayan participado 1.200 personas distintas. Cuando no puede verificarse que las entrevistas fueron aplicadas a una muestra independiente, deben tratarse como 600 registros cualitativos y no sumarse a la muestra cuantitativa. El documento base confirma la distribución equitativa de ambos instrumentos entre los dos hospitales.

3.4. Caracterización de los participantes

La caracterización permite determinar desde qué posición se valoraron los servicios y qué condiciones pueden influir en la experiencia. Se examinan el tipo de participante, sexo, edad, frecuencia de utilización y procesos hospitalarios vinculados con la atención evaluada.

3.4.1. Tipo de participante

Tabla 3.4. Distribución según tipo de participante

Tipo de participante	HNCASE n (%)	Hospital III Yanahuara n (%)	Total n (%)
Paciente	200 (66,67 %)	250 (83,33 %)	450 (75,00 %)
Acompañante	100 (33,33 %)	50 (16,67 %)	150 (25,00 %)
Total	300 (100,00 %)	300 (100,00 %)	600 (100,00 %)

El 75 % de la muestra estuvo constituido por pacientes y el 25 % por acompañantes. La participación de estos últimos resulta relevante porque permite incorporar la experiencia de quienes solicitan información, gestionan citas, ayudan con trámites, utilizan canales digitales, retiran medicamentos o apoyan al paciente durante su recorrido hospitalario.

La proporción de acompañantes fue mayor en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo. Esta diferencia debe considerarse al comparar establecimientos, porque los acompañantes pueden observar con mayor intensidad los procesos administrativos, de orientación y coordinación, mientras que los pacientes experimentan directamente la atención y las indicaciones recibidas.

3.4.2. Distribución por sexo

Tabla 3.5. Distribución de los participantes por sexo

Sexo	HNCASE n (%)	Hospital III Yanahuara n (%)	Total n (%)
Femenino	115 (38,33 %)	214 (71,33 %)	329 (54,83 %)
Masculino	185 (61,67 %)	86 (28,67 %)	271 (45,17 %)
Prefirió no declarar	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
Total	300 (100,00 %)	300 (100,00 %)	600 (100,00 %)

La muestra total presentó una mayoría femenina moderada. Sin embargo, la composición fue diferente entre hospitales: predominó la participación masculina en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y la femenina en el Hospital III Yanahuara.

Esta heterogeneidad impide atribuir automáticamente las diferencias institucionales a la gestión de cada hospital. Sin la base individual no es posible ajustar estadísticamente los resultados por sexo, tipo de participante, edad o frecuencia de utilización.

3.4.3. Distribución por grupo etario

Tabla 3.6. Distribución de los participantes por grupo etario

Grupo etario	HNCASE n (%)	Hospital III Yanahuara n (%)	Total n (%)
18 a 29 años	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
30 a 44 años	50 (16,67 %)	50 (16,67 %)	100 (16,67 %)
45 a 59 años	100 (33,33 %)	100 (33,33 %)	200 (33,33 %)
60 años a más	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)
Total	300 (100,00 %)	300 (100,00 %)	600 (100,00 %)

La mitad de los participantes tenía 60 años o más. Esta característica incrementa la relevancia de la orientación comprensible, el acompañamiento, la atención multicanal, la claridad de las rutas internas y el apoyo a usuarios con menor autonomía digital.

La ausencia de participantes entre 18 y 29 años también limita la posibilidad de contrastar la experiencia de los adultos mayores con grupos jóvenes. Por esa razón, el capítulo no presenta asociaciones entre edad y barreras digitales que no puedan ser verificadas con la base individual.

3.4.4. Frecuencia de utilización del hospital

Tabla 3.7. Frecuencia de utilización de los servicios hospitalarios

Frecuencia	HNCASE n (%)	Hospital III Yanahuara n (%)	Total n (%)
Primera vez	50 (16,67 %)	50 (16,67 %)	100 (16,67 %)
Uso ocasional	50 (16,67 %)	50 (16,67 %)	100 (16,67 %)
Uso frecuente	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)
Paciente crónico o en control periódico	50 (16,67 %)	50 (16,67 %)	100 (16,67 %)
Total	300 (100,00 %)	300 (100,00 %)	600 (100,00 %)

El 50 % declaró utilizar frecuentemente el hospital y otro 16,67 % correspondió a pacientes crónicos o en control periódico. Una parte considerable de la muestra contaba, por tanto, con experiencias acumuladas sobre citas, orientación, continuidad, farmacia y trámites.

Esta frecuencia puede favorecer el reconocimiento de patrones recurrentes, aunque también puede hacer que las respuestas estén condicionadas por experiencias anteriores favorables o desfavorables.

3.4.5. Servicio o proceso relacionado con la experiencia evaluada

Tabla 3.8. Servicios o procesos vinculados con la experiencia

Servicio o proceso	HNCASE n (%)	Hospital III Yanahuara n (%)	Total n (%)
Citas o programación	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)
Admisión u orientación	50 (16,67 %)	50 (16,67 %)	100 (16,67 %)
Consulta externa	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)

Servicio o proceso	HNCASE n (%)	Hospital III Yanahuara n (%)	Total n (%)
Emergencia	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
Laboratorio o imágenes	100 (33,33 %)	100 (33,33 %)	200 (33,33 %)
Farmacia	100 (33,33 %)	100 (33,33 %)	200 (33,33 %)
Telemedicina o atención remota	50 (16,67 %)	50 (16,67 %)	100 (16,67 %)
Trámite administrativo	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)
Otro proceso	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)

Nota: la pregunta admite respuesta múltiple; los porcentajes no suman 100 %.

Las experiencias se concentraron en citas, consulta externa y trámites administrativos. También existió participación relevante en laboratorio, imágenes y farmacia. No se registraron experiencias de emergencia, por lo que los resultados no deben extenderse a ese servicio.

3.5. Reorganización de los resultados para el nuevo objeto de estudio

Las dimensiones originales se reinterpreten como resultados de calidad percibida y manifestaciones externas de la organización del servicio.

Tabla 3.9. Correspondencia entre las dimensiones originales y el nuevo análisis

Dimensión original	Resultado analizado	Atributo de calidad relacionado	Posible implicancia para la gestión del talento humano
Información y citas	Claridad, orientación y acceso	Oportunidad y atención centrada en la persona	Comunicación y orientación al usuario
Canales digitales	Accesibilidad, usabilidad y asistencia	Equidad, oportunidad y eficiencia	Competencias digitales y capacidad de apoyo
Trámites y espera	Capacidad de respuesta	Oportunidad y eficiencia	Coordinación, distribución del trabajo y autonomía
Continuidad de información	Integración percibida	Continuidad e integración	Trabajo en equipo y comunicación interna
Telemedicina	Calidad y resolución de la atención remota	Efectividad, oportunidad y centralidad en la persona	Competencias digitales, clínicas y comunicacionales
Farmacia	Continuidad terapéutica percibida	Efectividad e integración	Coordinación interdepartamental e información
Seguridad de datos	Confianza y confidencialidad	Seguridad y respeto de derechos	Competencias éticas y digitales
Satisfacción	Calidad global percibida	Resultado reportado por el usuario	Síntesis de procesos e interacciones
Participación del acompañante	Inclusión y apoyo	Atención centrada en la persona	Comunicación con pacientes y familias

La tabla muestra que un mismo resultado puede depender de elementos humanos y estructurales. Por ejemplo, la continuidad puede requerir trabajo en equipo, pero también sistemas interoperables; la oportunidad puede depender de la organización del personal, pero igualmente de la demanda y la infraestructura.

La literatura sobre gestión humana hospitalaria indica que las prácticas de capacitación, comunicación, apoyo, motivación y organización pueden relacionarse con resultados del personal, de los equipos y de la institución. No obstante, las relaciones son contextuales y no existe una correspondencia simple entre una práctica específica y un único resultado asistencial (Gile et al., 2018).

3.6. Información, orientación y gestión de citas

El acceso a información representa el primer momento en el que el usuario experimenta la capacidad organizativa del hospital. La claridad de requisitos, la confirmación de citas y la orientación previa dependen de los sistemas institucionales y de la forma en que el personal comunica y responde.

Tabla 3.10. Percepción sobre información, orientación y citas

Ítem evaluado	HNCASE n favorable (%)	Hospital III Yanahuara n favorable (%)	Total n favorable (%)	Nivel
La información sobre citas es clara	200 (66,67 %)	255 (85,00 %)	455 (75,83 %)	Alto
Los requisitos para recibir atención se comprenden fácilmente	275 (91,67 %)	290 (96,67 %)	565 (94,17 %)	Muy alto
Los canales digitales o telefónicos ayudan a obtener información	144 (48,00 %)	150 (50,00 %)	294 (49,00 %)	Medio
Es fácil confirmar una cita o atención programada	150 (50,00 %)	152 (50,67 %)	302 (50,33 %)	Medio
El hospital orienta adecuadamente antes de la atención	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
Promedio de la dimensión	61,27 %	66,47 %	63,87 %	Alto

La principal fortaleza fue la comprensión de requisitos, con 94,17 %. La claridad de la información sobre citas también alcanzó un nivel alto, aunque el Hospital III Yanahuara presentó una valoración superior.

En contraste, la utilidad de los canales, la confirmación de citas y la orientación previa obtuvieron resultados cercanos al 50 %. Esto indica que la existencia de información básica no garantiza que el usuario pueda completar el proceso sin incertidumbre, apoyo adicional o desplazamientos.

Desde la perspectiva del talento humano, los resultados identifican una posible necesidad de fortalecer las competencias de orientación, comunicación clara y resolución de consultas. Sin embargo, la dificultad para confirmar citas también puede depender de disponibilidad de cupos, reglas de programación, sistemas informáticos o canales saturados.

El resultado de la dimensión permite concluir que existe una fortaleza informativa inicial, pero una capacidad de acompañamiento y resolución todavía parcial.

3.7. Conocimiento y utilización de los canales digitales

Tabla 3.11. Conocimiento y uso de canales digitales hospitalarios

Situación	HNCASE n (%)	Hospital III Yanahuara n (%)	Total n (%)
Conoce y utiliza canales digitales	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)
Conoce, pero no utiliza canales digitales	130 (43,33 %)	116 (38,67 %)	246 (41,00 %)
No conoce canales digitales	20 (6,67 %)	34 (11,33 %)	54 (9,00 %)
Total	300 (100,00 %)	300 (100,00 %)	600 (100,00 %)

La mitad de los participantes conocía y utilizaba los canales digitales. El 41 % los conocía, pero no los utilizaba, y el 9 % manifestó no conocerlos.

El conocimiento formal de un canal no equivale a su utilización efectiva. La diferencia entre conocer y utilizar puede estar relacionada con usabilidad, confianza, conectividad, preferencia presencial, alfabetización digital o experiencias previas de falta de respuesta.

Tabla 3.12. Dificultades y dependencia asociadas con los canales digitales

Situación reportada	HNCASE n (%)	Hospital III Yanahuara n (%)	Total n (%)
Intentó utilizar los canales, pero tuvo dificultades	220 (73,33 %)	250 (83,33 %)	470 (78,33 %)
Depende de otra persona para utilizarlos	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)

El 78,33 % reportó dificultades al intentar utilizar los canales y la mitad dependía de otra persona. Quienes conocían el canal, pero no lo utilizaban, pudieron haber realizado intentos previos sin éxito; por ello, el porcentaje de dificultades puede superar la proporción de usuarios actuales.

La dependencia de terceros revela que la digitalización no se desarrolla siempre de forma autónoma. El personal de orientación, admisión y atención remota debe estar preparado para apoyar a usuarios con diferentes niveles de capacidad tecnológica.

3.8. Facilidad de uso de los canales digitales

Tabla 3.13. Percepción sobre la facilidad de los canales digitales

Ítem evaluado	HNCASE n favorable (%)	Hospital III Yanahuara n favorable (%)	Total n favorable (%)	Nivel
Los canales son fáciles de encontrar	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio

Ítem evaluado	HNCASE n favorable (%)	Hospital III Yanahuara n favorable (%)	Total n favorable (%)	Nivel
Los canales son fáciles de usar	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
El lenguaje utilizado es claro	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
Los canales brindan respuesta oportuna	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
El usuario recibe confirmación clara del trámite	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
Promedio de la dimensión	50,00 %	50,00 %	50,00 %	Medio

Los canales obtuvieron una valoración intermedia en localización, facilidad, lenguaje, respuesta y confirmación. No fueron considerados totalmente inaccesibles, pero tampoco plenamente comprensibles y resolutivos.

La mejora requiere dos tipos de intervención complementarios:

- Una intervención tecnológica, destinada a simplificar interfaces, reducir pasos y asegurar confirmaciones.
- Una intervención sobre competencias, destinada a preparar al personal para orientar y acompañar a usuarios con dificultades.

Capacitar al personal sin corregir un canal técnicamente deficiente produciría efectos limitados. Del mismo modo, mejorar la plataforma sin ofrecer apoyo humano mantendría barreras para usuarios con menor autonomía.

3.9. Barreras de acceso e inclusión digital

Tabla 3.14. Barreras digitales informadas por los participantes

Barrera	HNCASE n (%)	Hospital III Yanahuara n (%)	Total n (%)
Conocimiento insuficiente de los canales	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)
No dispone de internet o dispositivo adecuado	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)
No sabe utilizar plataformas digitales	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)
Necesita ayuda de un familiar o acompañante	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)
El canal digital no responde o falla	225 (75,00 %)	250 (83,33 %)	475 (79,17 %)
El lenguaje no es claro	225 (75,00 %)	250 (83,33 %)	475 (79,17 %)
No confía en medios digitales	225 (75,00 %)	250 (83,33 %)	475 (79,17 %)
Prefiere atención presencial	300 (100,00 %)	300 (100,00 %)	600 (100,00 %)

Nota: pregunta de respuesta múltiple.

Las barreras más frecuentes fueron la falta de respuesta o falla del canal, la dificultad del lenguaje y la desconfianza, cada una con 79,17 %. La preferencia por la atención presencial fue informada por la totalidad de los participantes.

Este último resultado no significa necesariamente un rechazo absoluto de la tecnología, porque el 50 % también declaró utilizar canales digitales. Puede representar la preferencia por mantener una alternativa presencial ante problemas de respuesta, confianza o resolución.

La aparente contradicción entre la alta confianza institucional observada posteriormente y la desconfianza en medios digitales también puede explicarse mediante esta diferencia: una persona puede confiar en el hospital y en la confidencialidad general de sus datos, pero desconfiar de un canal, enlace o plataforma específica.

Desde la perspectiva del talento humano, las barreras justifican fortalecer las capacidades de orientación, alfabetización digital, comunicación sencilla y apoyo a adultos mayores. Sin embargo, la formación no resolverá por sí sola la falta de conectividad, los problemas de dispositivos o un canal técnicamente inadecuado.

3.10. Trámites administrativos, capacidad de respuesta y tiempos de espera

La oportunidad constituye un atributo central de la calidad. Los tiempos de espera y la resolución de trámites son resultados de la interacción entre demanda, dotación, tecnología, procesos, coordinación y capacidad de decisión.

Tabla 3.15. Percepción sobre trámites y tiempos de espera

Ítem evaluado	HNCASE n favorable (%)	Hospital III Yanahuara n favorable (%)	Total n favorable (%)	Nivel
Los trámites administrativos son claros	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
El usuario sabe qué pasos debe seguir	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
La digitalización reduce la necesidad de hacer colas	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
El usuario evita repetir información varias veces	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
El tiempo de espera es razonable	100 (33,33 %)	90 (30,00 %)	190 (31,67 %)	Bajo
Los trámites se resuelven en el tiempo esperado	60 (20,00 %)	45 (15,00 %)	105 (17,50 %)	Muy bajo
Promedio de la dimensión	42,22 %	40,83 %	41,53 %	Medio

La dimensión obtuvo 41,53 %, muy próxima al límite inferior del nivel medio. La resolución de los trámites en el tiempo esperado presentó el resultado más desfavorable, con 17,50 %. Solo 31,67 % consideró razonable el tiempo de espera.

Estos resultados muestran una brecha entre orden formal y capacidad resolutoria. Los procedimientos pueden estar definidos y las filas organizadas, pero la experiencia continúa siendo desfavorable cuando la respuesta no llega oportunamente.

Las demoras pueden estar asociadas con carga laboral, dotación, distribución de tareas, autonomía, comunicación interna o liderazgo operativo. También pueden depender de demanda elevada, infraestructura insuficiente, requisitos normativos, sistemas lentos o procesos innecesariamente complejos.

Por esta razón, no corresponde concluir que los tiempos de espera demuestran falta de compromiso o de capacitación del trabajador. Una intervención exclusivamente formativa sería insuficiente cuando el personal no dispone de tiempo, herramientas, información integrada o autoridad para resolver.

La evidencia internacional indica que mejores entornos de trabajo y una dotación más adecuada se asocian con mejores valoraciones de calidad y satisfacción, pero estos factores deben medirse directamente y analizarse junto con otros determinantes institucionales (Aiken et al., 2012; Lake et al., 2019).

3.11. Continuidad de información y coordinación percibida

Tabla 3.16. Percepción sobre continuidad de información

Ítem evaluado	HNCASE n favorable (%)	Hospital III Yanahuara n favorable (%)	Total n favorable (%)	Nivel
El hospital parece tener registrada la información de atención	300 (100,00 %)	300 (100,00 %)	600 (100,00 %)	Muy alto
No fue necesario repetir la misma información varias veces	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
Los servicios parecen estar coordinados	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
Los resultados o indicaciones estuvieron disponibles oportunamente	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
La información registrada ayudó a dar continuidad a la atención	300 (100,00 %)	300 (100,00 %)	600 (100,00 %)	Muy alto
Promedio de la dimensión	70,00 %	70,00 %	70,00 %	Alto

La continuidad alcanzó un nivel alto. La totalidad de los participantes consideró que el hospital tenía registrada su información y que ese registro contribuía a la continuidad de la atención.

Sin embargo, la no repetición de datos, la coordinación entre servicios y la disponibilidad oportuna de resultados permanecieron en 50 %. Existe, por tanto, una diferencia entre contar con un registro y utilizarlo de manera integrada durante todo el proceso asistencial.

Desde la gestión del talento humano, la continuidad requiere comunicación entre profesiones, claridad de responsabilidades, trabajo en equipo y cumplimiento de procedimientos. Kieft et al. identificaron la colaboración, autonomía, competencia y apoyo organizacional como elementos relevantes para la experiencia del paciente.

La coordinación percibida también depende de la interoperabilidad de los sistemas, de la disponibilidad de resultados y de los protocolos de transferencia de información. La mejora debe integrar tecnología, procesos y conductas profesionales.

3.12. Telemedicina y atención remota

3.12.1. Utilización y dificultades

Tabla 3.17. Experiencia de uso de telemedicina

Indicador	HNCASE n (%)	Hospital III Yanahuara n (%)	Total n (%)
Ha utilizado telemedicina o atención remota	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)
No la ha utilizado, pero conoce el servicio	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)
No conoce el servicio	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
Intentó utilizarla, pero tuvo dificultades	250 (83,33 %)	130 (43,33 %)	380 (63,33 %)
Requirió apoyo de un acompañante	230 (76,67 %)	210 (70,00 %)	440 (73,33 %)

El 50 % señaló haber utilizado atención remota y el otro 50 % conocía el servicio. El 63,33 % reportó dificultades al intentar utilizarlo y 73,33 % requirió apoyo de un acompañante.

El porcentaje que intentó utilizar la telemedicina con dificultades puede incluir intentos que no culminaron en una consulta. En consecuencia, no debe interpretarse como porcentaje exclusivo de teleconsultas completadas.

3.12.2. Calidad y capacidad resolutive

Tabla 3.18. Calidad y resolutive percibida de la telemedicina

Ítem evaluado	HNCASE n favorable (%)	Hospital III Yanahuara n favorable (%)	Total n favorable (%)	Nivel
La atención remota fue fácil de realizar	80 (26,67 %)	50 (16,67 %)	130 (21,67 %)	Bajo
La conexión o comunicación fue adecuada	80 (26,67 %)	50 (16,67 %)	130 (21,67 %)	Bajo
Las indicaciones fueron claras	80 (26,67 %)	50 (16,67 %)	130 (21,67 %)	Bajo
La telemedicina ayudó a resolver la necesidad	20 (6,67 %)	10 (3,33 %)	30 (5,00 %)	Muy bajo
No fue necesario acudir presencialmente por el mismo motivo	10 (3,33 %)	5 (1,67 %)	15 (2,50 %)	Muy bajo
Promedio de la dimensión	18,00 %	11,00 %	14,50 %	Muy bajo

La telemedicina presentó el resultado más crítico del diagnóstico. La facilidad, conexión y claridad alcanzaron 21,67 %, mientras que su capacidad para resolver la necesidad fue valorada favorablemente solo por 5 %. Únicamente 2,50 % indicó no haber necesitado atención presencial posterior por el mismo motivo.

Desde la gestión del talento humano, estos resultados pueden señalar necesidades de formación en comunicación remota, competencias digitales, selección de casos, registro y orientación posterior. No obstante, la baja resolutive también puede depender de conectividad, calidad de la plataforma, pertinencia clínica, falta de integración de la información o utilización de la modalidad en casos que requieren examen presencial.

La formación solo será efectiva si se acompaña de protocolos, tecnología funcional, soporte técnico, tiempo asignado y criterios clínicos de pertinencia. La evidencia sobre desarrollo profesional continuo indica que las intervenciones multicomponente y sostenidas presentan mayor potencial que las actividades educativas aisladas; el vínculo directo entre capacitación y resultados de pacientes continúa siendo heterogéneo y dependiente del contexto (Samuel et al., 2021; Ali et al., 2025).

El diagnóstico no permite afirmar que el personal no fue capacitado. Permite concluir que la modalidad fue percibida como poco accesible y escasamente resolutive, por lo que se requiere una intervención tecnológica, organizacional, clínica y formativa.

3.13. Farmacia, disponibilidad de medicamentos y continuidad terapéutica

3.13.1. Experiencia general en farmacia

Tabla 3.19. Experiencia percibida en farmacia

Ítem evaluado	HNCASE n favorable (%)	Hospital III Yanahuara n favorable (%)	Total n favorable (%)	Nivel
Recibió información clara sobre medicamentos o indicaciones	280 (93,33 %)	300 (100,00 %)	580 (96,67 %)	Muy alto
La atención en farmacia fue ordenada	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
Los medicamentos indicados estuvieron disponibles	80 (26,67 %)	70 (23,33 %)	150 (25,00 %)	Bajo
No tuvo que comprar medicamentos fuera del hospital	100 (33,33 %)	80 (26,67 %)	180 (30,00 %)	Bajo
El proceso de entrega fue claro y oportuno	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
Promedio de la dimensión	50,67 %	50,00 %	50,33 %	Medio

La información sobre medicamentos fue la principal fortaleza, con 96,67 %. En contraste, la disponibilidad efectiva alcanzó 25 % y solo 30 % manifestó no haber tenido que adquirir medicamentos fuera del hospital.

La diferencia entre información clara y disponibilidad insuficiente demuestra que una comunicación favorable no puede compensar una brecha estructural de abastecimiento.

3.13.2. Situaciones relacionadas con la entrega de medicamentos

Tabla 3.20. Situaciones informadas sobre disponibilidad y entrega

Situación	HNCASE n (%)	Hospital III Yanahuara n (%)	Total n (%)
Recibió todos los medicamentos indicados	100 (33,33 %)	100 (33,33 %)	200 (33,33 %)
Recibió medicamentos parcialmente	220 (73,33 %)	180 (60,00 %)	400 (66,67 %)
No recibió medicamentos	10 (3,33 %)	5 (1,67 %)	15 (2,50 %)
Tuvo que comprar medicamentos fuera del hospital	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)
No recibió información clara sobre disponibilidad	40 (13,33 %)	28 (9,33 %)	68 (11,33 %)

Nota: pregunta de respuesta múltiple.

El 66,67 % informó una entrega parcial y el 50 % señaló que debió comprar medicamentos fuera del establecimiento. La disponibilidad representa, por tanto, una brecha relevante de continuidad terapéutica.

La gestión del talento humano interviene en la comunicación, el registro de pendientes, la coordinación con los servicios asistenciales y la orientación de alternativas. Sin embargo, la existencia del stock depende principalmente de planificación, compras, almacenamiento, inventarios, distribución y gestión logística.

La atribución de esta brecha al trabajador individual sería incorrecta. La respuesta debe ser sistémica e integrar abastecimiento, información, coordinación y seguimiento.

3.14. Seguridad, confidencialidad y confianza institucional

Tabla 3.21. Percepción sobre protección de datos y confianza

Ítem evaluado	HNCASE n favorable (%)	Hospital III Yanahuara n favorable (%)	Total n favorable (%)	Nivel
Confía en que el hospital protege sus datos personales	200 (66,67 %)	300 (100,00 %)	500 (83,33 %)	Muy alto
Confía en la confidencialidad de su información de salud	280 (93,33 %)	298 (99,33 %)	578 (96,33 %)	Muy alto
Se siente seguro al utilizar canales digitales	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
Considera adecuada la información sobre el uso de datos	200 (66,67 %)	300 (100,00 %)	500 (83,33 %)	Muy alto
La digitalización aumenta su confianza en la atención	280 (93,33 %)	298 (99,33 %)	578 (96,33 %)	Muy alto
Promedio de la dimensión	74,00 %	89,73 %	81,87 %	Muy alto

La seguridad y la confianza constituyeron la dimensión mejor valorada. La confidencialidad alcanzó 96,33 % y la protección de datos, 83,33 %.

La excepción fue la seguridad percibida al utilizar canales digitales, con 50 %. Los usuarios confían en la institución y en el tratamiento general de la información, pero no necesariamente en la operación concreta de cada canal.

Desde la gestión del talento humano, este resultado puede estar relacionado con cumplimiento ético, confidencialidad, comportamiento responsable y manejo adecuado de información. Estas competencias deben mantenerse mediante inducción, formación periódica y supervisión.

No obstante, la seguridad también depende de controles de acceso, autenticación, ciberseguridad e infraestructura. La percepción favorable no demuestra ausencia de riesgos técnicos; representa confianza declarada por los participantes.

3.15. Satisfacción y calidad global percibida

Tabla 3.22. Satisfacción general con la organización de la atención

Ítem evaluado	HNCASE n favorable (%)	Hospital III Yanahuara n favorable (%)	Total n favorable (%)	Nivel
Está satisfecho con la orientación recibida	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
Los trámites fueron claros	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
La atención administrativa fue ordenada	200 (66,67 %)	300 (100,00 %)	500 (83,33 %)	Muy alto
La digitalización mejoró su experiencia	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
Recomendaría mantener o mejorar los canales digitales	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)	Medio
Promedio de la dimensión	53,33 %	60,00 %	56,67 %	Medio

La atención administrativa ordenada obtuvo 83,33 %, pero la orientación, claridad, mejora de la experiencia y recomendación de canales se mantuvieron en 50 %.

El resultado confirma que la existencia de orden no garantiza oportunidad ni capacidad de resolución. Una institución puede presentar filas, módulos, normas y procedimientos definidos y, al mismo tiempo, mantener demoras o dificultades para completar los trámites.

La experiencia del paciente constituye una dimensión relevante de la calidad, pero no sustituye los indicadores clínicos. Informa sobre trato, comunicación, oportunidad, coordinación y respuesta, mientras que la evaluación integral también requiere datos de efectividad, seguridad clínica y resultados de salud.

3.16. Índice sintético de resultados organizativos y asistenciales percibidos

El estudio anterior calculó un índice compuesto mediante el promedio simple de ocho dimensiones. En el presente libro se conserva como indicador descriptivo de la experiencia organizativa y asistencial percibida.

No debe denominarse índice de clima organizacional, capacitación o calidad clínica. Tampoco constituye una escala psicométrica validada de gestión del talento humano.

Tabla 3.23. Índice sintético de resultados percibidos

Dimensión	HNCAS E	Hospital III Yanahuara	Total	Nivel
Información, orientación y citas	61,27 %	66,47 %	63,87 %	Alto
Uso y facilidad de canales digitales	50,00 %	50,00 %	50,00 %	Medio

Dimensión	HNCAS E	Hospital III Yanahuara	Total	Nivel
Trámites y tiempos de espera	42,22 %	40,83 %	41,53 %	Medio
Continuidad de información	70,00 %	70,00 %	70,00 %	Alto
Telemedicina	18,00 %	11,00 %	14,50 %	Muy bajo
Farmacia y continuidad terapéutica	50,67 %	50,00 %	50,33 %	Medio
Seguridad y confianza	74,00 %	89,73 %	81,87 %	Muy alto
Satisfacción general	53,33 %	60,00 %	56,67 %	Medio
Promedio global	52,44 %	54,75 %	53,60 %	Medio

El promedio global fue de 53,60 %, correspondiente a un nivel medio. El Hospital III Yanahuara alcanzó 54,75 % y el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, 52,44 %.

Las principales fortalezas fueron:

- Seguridad y confianza.
- Continuidad general de la información.
- Claridad inicial de requisitos y citas.

Las principales brechas fueron:

- Telemedicina.
- Resolución de trámites.
- Tiempos de espera.
- Utilización de canales digitales.
- Disponibilidad efectiva de medicamentos.

El promedio general no debe ocultar la heterogeneidad interna. El nivel medio combina resultados muy altos, como confidencialidad, con resultados muy bajos, como resolutiveidad de la telemedicina. El documento base identifica el mismo patrón global y clasifica la experiencia como una situación de avances parciales y brechas relevantes.

3.17. Comparación entre hospitales

Tabla 3.24. Comparación general de las dimensiones

Dimensión	HNCAS E	Hospital III Yanahuara	Diferencia	Interpretación
Información, orientación y citas	61,27 %	66,47 %	+5,20 p. p. Yanahuara	Mejor percepción inicial en Yanahuara
Canales digitales	50,00 %	50,00 %	0,00 p. p.	Resultado equivalente
Trámites y espera	42,22 %	40,83 %	+1,39 p. p. HNCASE	Diferencia mínima

Dimensión	HNCAS E	Hospital III Yanahuara	Diferencia	Interpretación
Continuidad de información	70,00 %	70,00 %	0,00 p. p.	Resultado equivalente
Telemedicina	18,00 %	11,00 %	+7,00 p. p. HNCASE	Crítica en ambos establecimientos
Farmacia	50,67 %	50,00 %	+0,67 p. p. HNCASE	Diferencia mínima
Seguridad y confianza	74,00 %	89,73 %	+15,73 p. p. Yanahuara	Principal diferencia institucional
Satisfacción general	53,33 %	60,00 %	+6,67 p. p. Yanahuara	Mejor resultado relativo en Yanahuara
Promedio global	52,44 %	54,75 %	+2,31 p. p. Yanahuara	Diferencia global moderada

El Hospital III Yanahuara presentó mejores resultados en información inicial, seguridad y satisfacción. El Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo obtuvo una ligera ventaja en trámites, telemedicina y farmacia.

La diferencia global fue de 2,31 puntos porcentuales, por lo que no modifica el diagnóstico común: ambos establecimientos presentan fortalezas parciales y brechas relevantes.

No se aplicaron pruebas de significación estadística porque no se dispone de una base individual verificada para el nuevo análisis y el muestreo original fue no probabilístico. Las diferencias deben interpretarse de manera descriptiva y no como prueba de superioridad institucional.

3.18. Resultados cualitativos de las entrevistas breves

Las entrevistas se organizaron mediante categorías temáticas destinadas a explicar los resultados cuantitativos.

Tabla 3.25. Categorías cualitativas de análisis

Categoría	Contenido
Acceso a información	Obtención de orientación, requisitos y ubicación
Canales digitales	Uso, respuesta, fallas y comprensión
Barreras digitales	Dificultades de conectividad, habilidad, lenguaje o confianza
Citas	Obtención, confirmación y reprogramación
Trámites repetidos	Reiteración de documentos, datos o pasos
Falta de orientación	Dudas sobre rutas, áreas o procedimientos
Telemedicina	Facilidad, comunicación y resolución
Farmacia	Entrega, disponibilidad e información
Confianza en datos	Seguridad y confidencialidad percibida
Propuestas de mejora	Recomendaciones de pacientes y acompañantes

Cuando no se dispone de las transcripciones literales, los ejemplos de frases contenidos en el documento anterior no deben presentarse como testimonios textuales. El análisis se limita a categorías y recuentos agregados.

Tabla 3.26. Frecuencia de categorías cualitativas

Categoría	HNCAS E	Hospital III Yanahuara	Total de menciones	Interpretación
Acceso a información	180	160	340	Persisten dudas y necesidades de orientación
Barreras digitales	200	260	460	Alta recurrencia
Dificultad con citas	250	260	510	Problema crítico
Trámites repetidos	80	100	180	Evidencia de fragmentación
Falta de orientación	50	70	120	Barrera presente
Telemedicina resolutive	0	0	0	No se registraron menciones favorables
Telemedicina insuficiente	280	290	570	Principal brecha cualitativa
Problemas en farmacia	150	150	300	Asociados con disponibilidad parcial
Confianza en datos	280	300	580	Principal fortaleza cualitativa
Propuestas de mejora	300	300	600	Todos los registros incorporaron recomendaciones

El número de menciones no equivale necesariamente al número de participantes ni a una prevalencia estadística. Una misma entrevista puede aportar contenido a varias categorías.

Los resultados cualitativos convergen con las encuestas. La telemedicina insuficiente, las dificultades con citas y las barreras digitales fueron los problemas más recurrentes. La confianza en el manejo de datos constituyó la principal fortaleza.

3.19. Participación de pacientes y acompañantes

El acompañante cumple funciones administrativas, informativas y digitales que pueden resultar determinantes para la continuidad del proceso.

Tabla 3.27. Actividades de apoyo atribuidas a los acompañantes

Actividad	HNCASE n (%)	Hospital III Yanahuara n (%)	Total n (%)
Solicitar información	300 (100,00 %)	300 (100,00 %)	600 (100,00 %)
Gestionar citas	250 (83,33 %)	280 (93,33 %)	530 (88,33 %)
Utilizar un canal digital por el paciente	250 (83,33 %)	260 (86,67 %)	510 (85,00 %)
Acompañar en admisión o trámites	300 (100,00 %)	300 (100,00 %)	600 (100,00 %)
Recoger medicamentos	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)
Interpretar indicaciones	150 (50,00 %)	150 (50,00 %)	300 (50,00 %)

Actividad	HNCASE n (%)	Hospital III Yanahuara n (%)	Total n (%)
Resolver dificultades digitales	200 (66,67 %)	200 (66,67 %)	400 (66,67 %)

Nota: la tabla se basa en actividades de mediación informadas en el conjunto de 600 registros y admite respuesta múltiple. No corresponde exclusivamente a las respuestas de los 150 participantes clasificados como acompañantes.

La gestión de citas y la utilización de canales por el paciente superaron 85 %. Esto muestra que una parte considerable del recorrido hospitalario depende de la mediación de otra persona.

El acompañante puede mejorar la comprensión, la adherencia a indicaciones y la continuidad. Sin embargo, su participación no debe sustituir la obligación institucional de ofrecer información accesible. También debe respetarse la autonomía del paciente, su autorización y la confidencialidad de la información.

La gestión del talento humano debe preparar al personal para comunicarse con pacientes y acompañantes, reconocer sus funciones y evitar indicaciones contradictorias.

3.20. Resultados de la observación no participante

Tabla 3.28. Observación del recorrido hospitalario

Dimensión observada	HNCAS E	Hospital III Yanahuara	Interpretación
Señalización de servicios	Sí	Sí	Existe señalización básica
Información visible sobre citas	Sí	Sí	La información formal no elimina las dificultades
Información sobre canales digitales	Sí	Sí	Disponibilidad formal sin garantía de uso efectivo
Orientación para adultos mayores	Sí	Sí	Requiere fortalecimiento y evaluación
Organización de filas	Sí	Sí	No evita tiempos de espera desfavorables
Módulos de apoyo	Sí	Sí	Pueden funcionar como puntos de asistencia
Información sobre farmacia	Sí	Sí	La brecha principal es la disponibilidad
Claridad de rutas internas	No	No	Debilidad común en ambos hospitales

La observación mostró que ambos establecimientos cuentan con condiciones básicas de información y organización. Sin embargo, la presencia de carteles, módulos o filas organizadas no garantiza comprensión, oportunidad ni capacidad de resolución.

La falta de claridad de las rutas internas puede aumentar desplazamientos, consultas reiteradas y dependencia del acompañante. El problema requiere intervenciones sobre diseño del recorrido, señalización y orientación humana, no solo capacitación individual.

3.21. Triangulación de resultados

La triangulación integra la encuesta, las entrevistas y la observación, y permite identificar convergencias, divergencias y complementariedades.

Tabla 3.29. Matriz integrada de triangulación

Dimensión	Resultado cuantitativo	Evidencia cualitativa u observacional	Diagnóstico integrado	Implicancia para la gestión del talento humano
Información y citas	63,87 %, nivel alto	510 menciones sobre dificultad con citas	Buena información básica, pero confirmación insuficiente	Fortalecer orientación y capacidad de respuesta
Canales digitales	50,00 %, nivel medio	460 menciones de barreras	Disponibilidad sin apropiación suficiente	Competencias digitales y apoyo al usuario
Trámites y espera	41,53 %; resolución: 17,50 %	Trámites repetidos y rutas confusas	Capacidad de respuesta insuficiente	Revisar cargas, coordinación y autonomía
Continuidad	70,00 %, nivel alto	Repetición de datos en entrevistas	Registro favorable con integración parcial	Comunicación interna y trabajo en equipo
Telemedicina	14,50 %, nivel muy bajo	570 menciones de insuficiencia	Principal brecha del diagnóstico	Formación, protocolos, tecnología y soporte
Farmacia	50,33 %; disponibilidad: 25,00 %	300 menciones de problemas	Información clara con abastecimiento insuficiente	Coordinación y orientación; intervención logística
Seguridad	81,87 %, nivel muy alto	580 menciones de confianza	Fortaleza institucional	Mantener competencias éticas y digitales
Satisfacción	56,67 %, nivel medio	600 propuestas de mejora	Orden reconocido, experiencia incompleta	Gestión integrada y mejora continua
Acompañamiento	50 % depende de terceros para canales	Apoyo recurrente en citas y trámites	El acompañante es un actor estructural	Comunicación centrada en pacientes y familias

La triangulación permite reconocer tres patrones centrales.

El primero es la existencia de fortalezas de confianza, registro e información básica. Los usuarios reconocen confidencialidad, disponibilidad de registros y comprensión de requisitos.

El segundo es una brecha de capacidad resolutoria. Los procesos pueden estar disponibles y formalmente organizados, pero no siempre resuelven las necesidades con suficiente oportunidad.

El tercero es una dependencia importante de la mediación humana. Los acompañantes y los módulos presenciales compensan parcialmente las barreras de los canales y del recorrido institucional.

3.22. Implicancias para la gestión del talento humano y el clima organizacional

Los resultados no constituyen una medición directa del clima organizacional, pero permiten identificar procesos en los que las condiciones de trabajo podrían influir. La literatura muestra

asociaciones entre entorno laboral, liderazgo, dotación, bienestar, trabajo en equipo y experiencia del paciente.

Estas asociaciones no significan que cada problema observado fue causado por un clima desfavorable. Su utilidad consiste en señalar qué dimensiones internas deberían ser evaluadas directamente entre los trabajadores.

Tabla 3.30. Relación interpretativa entre resultados externos y posibles mecanismos internos

Resultado externo	Posible mecanismo interno	Nivel de inferencia	Explicaciones alternativas
Información clara sobre requisitos	Competencias comunicacionales y protocolos	Indirecto	Calidad de carteles y documentos
Dificultad para confirmar citas	Comunicación, autonomía y coordinación	Indirecto	Disponibilidad de cupos y sistema de citas
Canales poco resolutivos	Competencias digitales y soporte	Indirecto	Usabilidad, conectividad y plataforma
Esperas prolongadas	Carga, dotación y distribución del trabajo	Indirecto	Demanda, infraestructura y normas
Trámites no resueltos oportunamente	Autonomía, liderazgo y claridad de funciones	Indirecto	Procesos burocráticos y sistemas lentos
Repetición de información	Comunicación y trabajo en equipo	Indirecto	Falta de interoperabilidad
Telemedicina insuficiente	Competencia digital y comunicación remota	Indirecto	Pertinencia clínica y fallas tecnológicas
Información farmacéutica clara	Competencia comunicacional	Indirecto	Protocolos y material informativo
Medicamentos no disponibles	Coordinación interdepartamental	Indirecto	Compras, inventarios y proveedores
Confidencialidad elevada	Competencia ética y cumplimiento	Indirecto	Controles tecnológicos
Satisfacción media	Síntesis de múltiples interacciones	Resultado directo	Expectativas y características del usuario

La tabla muestra que la gestión del talento humano no debe reducirse a impartir cursos. Las brechas pueden exigir cambios de dotación, rediseño de procesos, fortalecimiento del liderazgo, mejora tecnológica, mayor autonomía y coordinación entre áreas.

El bienestar profesional también debe ser considerado. Un metaanálisis de 85 estudios encontró asociaciones entre agotamiento del personal de enfermería, menor calidad y seguridad y menor satisfacción de los pacientes. Este resultado respalda la necesidad de evaluar carga, apoyo y bienestar, pero no permite diagnosticar burnout a partir de las respuestas de los usuarios del presente estudio (Li et al., 2024).

3.23. Necesidades potenciales de capacitación y desarrollo

Las necesidades siguientes se derivan de la experiencia de pacientes y acompañantes. Deben validarse mediante evaluación directa del personal, revisión de perfiles, observación del desempeño y análisis de los programas formativos existentes.

Tabla 3.31. Necesidades potenciales de capacitación

Área formativa	Evidencia empírica	Contenido sugerido	Prioridad
Comunicación y lenguaje claro	Orientación y canales alrededor de 50 %	Explicación sencilla, escucha y verificación de comprensión	Alta
Orientación al usuario	510 menciones sobre citas y 120 sobre falta de orientación	Rutas, requisitos, solución de consultas y derivación correcta	Alta
Competencias digitales	78,33 % tuvo dificultades y 50 % dependía de terceros	Apoyo digital, canales oficiales y asistencia	Alta
Telemedicina	14,50 % global y 570 menciones de insuficiencia	Comunicación remota, selección de casos, registro y seguimiento	Crítica
Trabajo en equipo	Coordinación y no repetición en 50 %	Transferencia de información y responsabilidades compartidas	Alta
Atención a adultos mayores	50 % tenía 60 años o más	Comunicación adaptada, accesibilidad y apoyo	Alta
Participación del acompañante	Mediación elevada en citas y trámites	Autorización, confidencialidad y comunicación familiar	Alta
Confidencialidad y protección de datos	Confianza alta; seguridad del canal en 50 %	Ética, privacidad y orientación sobre canales seguros	Mantenimiento
Atención farmacéutica	Información alta; disponibilidad baja	Comunicación de pendientes y continuidad terapéutica	Alta
Manejo de insatisfacción	Satisfacción global de 56,67 %	Escucha, recuperación del servicio y gestión de reclamos	Alta

La capacitación deberá formularse a partir de brechas verificadas y evaluarse más allá de la asistencia. Se requiere medir adquisición de conocimientos, aplicación en el puesto, modificación de conductas y resultados observables.

Las revisiones de Samuel et al. y Ali et al. muestran que la formación puede mejorar la práctica, pero que su efecto sobre los resultados de pacientes depende de la pertinencia, del diseño de la intervención, del apoyo sostenido y de las condiciones para transferir el aprendizaje al puesto.

Por consiguiente, no corresponde recomendar “más capacitación” de manera genérica. Cada problema debe clasificarse antes de decidir la intervención:

- Cuando la brecha sea de conocimiento o habilidad, puede requerirse capacitación.
- Cuando sea de flujo o duplicidad, debe rediseñarse el proceso.
- Cuando sea tecnológica, debe mejorarse la plataforma y el soporte.

- Cuando sea de carga, debe revisarse la dotación y la distribución del trabajo.
- Cuando sea logística, deben intervenirse compras, inventarios y abastecimiento.

3.24. Información interna necesaria para completar el diagnóstico

Para analizar directamente la relación entre clima organizacional, capacitación y calidad asistencial se requiere incorporar mediciones del personal y datos institucionales.

Tabla 3.32. Variables internas requeridas para una fase complementaria

Variable	Información necesaria	Fuente o instrumento
Clima organizacional	Liderazgo, comunicación, reconocimiento, participación y apoyo	Encuesta aplicada a trabajadores
Trabajo en equipo	Coordinación, claridad de roles y relaciones interprofesionales	Escala de entorno o clima de equipo
Dotación y carga	Número de trabajadores, pacientes por turno y horas extraordinarias	Registros de recursos humanos
Capacitación	Cursos, contenidos, participantes y resultados de aprendizaje	Registros de formación
Transferencia	Aplicación de lo aprendido en el puesto	Observación, auditoría y supervisión
Desempeño	Cumplimiento de funciones y competencias	Evaluación del desempeño
Bienestar y agotamiento	Agotamiento, compromiso y salud ocupacional	Instrumentos validados al personal
Seguridad psicológica	Posibilidad de comunicar errores y solicitar ayuda	Encuesta de seguridad
Liderazgo	Apoyo, retroalimentación y resolución de problemas	Encuesta y entrevistas al personal
Resultados clínicos	Eventos adversos, adherencia y resultados del paciente	Registros clínicos y de calidad

La incorporación de estas fuentes permitiría construir una relación analítica más sólida:

Clima y prácticas de talento humano → desempeño y procesos → experiencia y resultados del paciente.

Sin estas mediciones, el presente capítulo identifica implicancias y necesidades, pero no demuestra correlaciones directas entre las variables internas y los resultados de los usuarios.

3.25. Matriz de brechas y prioridades

Tabla 3.33. Matriz diagnóstica de fortalezas, brechas y respuestas requeridas

Dimensión	Resultado principal	Nivel de brecha	Evidencia complementaria	Respuesta prioritaria
Información inicial	63,87 %	Media	Dificultad con citas	Comunicación y rediseño de citas
Canales digitales	50,00 %	Alta	460 menciones de barreras	Usabilidad, asistencia y capacitación

Dimensión	Resultado principal	Nivel de brecha	Evidencia complementaria	Respuesta prioritaria
Trámites y espera	41,53 %	Alta	Trámites repetidos y rutas confusas	Rediseño de procesos y revisión de cargas
Continuidad	70,00 %	Media	Coordinación operativa parcial	Integración y trabajo en equipo
Telemedicina	14,50 %	Crítica	570 menciones de insuficiencia	Rediseño tecnológico, clínico y formativo
Farmacia	50,33 %	Alta	Entrega parcial y compra externa	Abastecimiento, coordinación e información
Seguridad y confianza	81,87 %	Baja	580 menciones favorables	Mantener y reforzar la seguridad operativa
Satisfacción	56,67 %	Alta	600 propuestas de mejora	Intervención institucional integrada
Inclusión y acompañamiento	Sin índice único	Alta	Dependencia digital y apoyo recurrente	Atención multicanal centrada en la persona

La prioridad principal corresponde a la telemedicina. A continuación se ubican los trámites y tiempos de espera, los canales digitales, la disponibilidad de medicamentos y la inclusión de usuarios con menor autonomía.

La continuidad representa una fortaleza relativa, aunque requiere mejorar la coordinación práctica. La seguridad y la confianza deben conservarse y utilizarse como base para impulsar otros cambios.

3.26. Diagnóstico empírico integrado

El diagnóstico muestra que la calidad organizativa y asistencial percibida se encuentra en un nivel medio, con un índice sintético de 53,60 %. Este resultado no representa una experiencia uniformemente intermedia, sino una combinación de fortalezas y brechas muy diferenciadas.

3.26.1. Fortalezas principales

La primera fortaleza es la confianza en la protección y confidencialidad de la información. Esta dimensión alcanzó 81,87 % y fue respaldada por 580 menciones cualitativas.

La segunda fortaleza es la continuidad general del registro. Los participantes perciben que los hospitales disponen de su información y que esta contribuye a la atención posterior.

La tercera fortaleza corresponde a la comprensión de requisitos, con 94,17 %. Los usuarios conocen, en términos generales, qué necesitan para recibir atención.

La cuarta fortaleza es la claridad de las indicaciones sobre medicamentos, con 96,67 %. El resultado muestra que la comunicación farmacéutica puede ser favorable incluso cuando la disponibilidad es insuficiente.

3.26.2. Brechas principales

La primera brecha es la telemedicina. Su resultado global de 14,50 %, su resolutiveidad de 5 % y las 570 menciones de insuficiencia muestran que no constituye todavía una modalidad eficaz para una proporción relevante de los usuarios.

La segunda brecha corresponde a la capacidad de respuesta administrativa. Solo 17,50 % consideró que los trámites se resolvían en el tiempo esperado y 31,67 % valoró favorablemente la espera.

La tercera brecha es la utilización efectiva de los canales digitales. Aunque el 50 % los utiliza, 78,33 % reportó dificultades y 50 % dependía de otra persona.

La cuarta brecha es la disponibilidad de medicamentos. Solo 25 % informó disponibilidad favorable; 66,67 % reportó entrega parcial y 50 % compra externa.

La quinta brecha es la integración operativa. Aunque el registro general fue valorado favorablemente, la coordinación, la no repetición de información y la oportunidad de resultados permanecieron en 50 %.

3.26.3. Patrones institucionales

El primer patrón es una diferencia entre información y resolución. Los hospitales comunican requisitos, registran información y generan confianza, pero no siempre resuelven citas, trámites, telemedicina o entrega de medicamentos.

El segundo patrón es una diferencia entre orden formal y oportunidad real. La atención administrativa fue considerada ordenada por 83,33 %, pero los tiempos y la resolución recibieron valoraciones desfavorables.

El tercer patrón es una dependencia de la mediación humana. Los acompañantes y los módulos presenciales compensan barreras administrativas y digitales.

El cuarto patrón es una responsabilidad sistémica. Las brechas no pueden atribuirse únicamente al trabajador. Requieren analizar conjuntamente talento humano, tecnología, procesos, infraestructura, abastecimiento, demanda y gobernanza.

Tabla 3.34. Balance integrado del diagnóstico

Elemento	Hallazgo principal	Interpretación
Estado general	53,60 %, nivel medio	Experiencia parcial y heterogénea
Fortaleza principal	Seguridad y confianza: 81,87 %	Existe un activo institucional que debe preservarse
Fortaleza operativa	Continuidad: 70,00 %	El registro existe, pero la coordinación es parcial

Elemento	Hallazgo principal	Interpretación
Brecha crítica	Telemedicina: 14,50 %	Baja facilidad y capacidad resolutive
Brecha administrativa	Trámites y espera: 41,53 %	Orden formal sin resolución oportuna
Brecha terapéutica	Disponibilidad de medicamentos: 25,00 %	La información no compensa el desabastecimiento
Brecha de inclusión	Dependencia de terceros: 50,00 %	Los canales no garantizan autonomía
Diferencia institucional	2,31 p. p. en el índice global	Los hospitales comparten el mismo patrón general

3.27. Limitaciones del diagnóstico

La primera limitación corresponde al carácter secundario de los datos. Los instrumentos fueron diseñados para estudiar procesos administrativos y digitales, no para medir directamente clima organizacional, capacitación o calidad clínica.

La segunda es la ausencia de respuestas del personal. No se dispone de información directa sobre liderazgo, comunicación interna, reconocimiento, carga laboral, bienestar, relaciones interprofesionales o seguridad psicológica.

La tercera es la falta de registros verificables de capacitación. No se conocen los cursos recibidos, sus contenidos, duración, evaluación, transferencia o efectos sobre el desempeño.

La cuarta corresponde a la disponibilidad predominante de resultados agregados. Esto impide realizar correlaciones individuales, regresiones, pruebas de significación o control de variables de confusión.

La quinta es el muestreo no probabilístico. Los resultados describen la muestra analizada y no deben generalizarse automáticamente a todos los usuarios de los hospitales, de EsSalud o del sistema sanitario peruano.

La sexta es el posible sesgo de percepción. Las respuestas pueden estar influidas por expectativas, estado de salud, experiencia reciente, tiempo de espera o gravedad del problema.

La séptima se relaciona con las preguntas de respuesta múltiple. Los porcentajes de barreras, farmacia y acompañamiento no representan categorías mutuamente excluyentes.

La octava es la ausencia de indicadores clínicos. El estudio no evalúa corrección diagnóstica, adherencia a guías, eventos adversos, mortalidad, complicaciones ni resultados clínicos.

La novena es la delimitación temporal. Los hallazgos corresponden al periodo de recolección original y no deben presentarse como una descripción automática de la situación vigente en 2026.

La décima es la diferente composición de las muestras por sexo y tipo de participante entre hospitales. Sin la base individual no es posible ajustar las comparaciones.

La undécima es la naturaleza descriptiva del índice sintético. El valor de 53,60 % resume resultados, pero no constituye una escala validada de calidad asistencial o gestión del talento humano.

Finalmente, se excluyen del presente capítulo los cruces desagregados cuya consistencia aritmética no pudo verificarse con los totales marginales disponibles. No se imputan datos, no se reconstruyen celdas faltantes y no se crean asociaciones que no estén contenidas en la base original.

3.28. Síntesis del capítulo

El capítulo presentó el diagnóstico empírico de los resultados organizativos y asistenciales percibidos por pacientes y acompañantes del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y del Hospital III Yanahuara.

El análisis se sustentó en 600 encuestas, 600 registros de entrevistas breves y observaciones del recorrido hospitalario. Los datos fueron reorganizados para examinar información, accesibilidad, oportunidad, coordinación, continuidad, telemedicina, farmacia, seguridad, satisfacción y participación del acompañante.

El índice sintético alcanzó 53,60 %, correspondiente a un nivel medio. La seguridad y confianza obtuvieron 81,87 %; la continuidad de información, 70,00 %; y la información y citas, 63,87 %. Estas dimensiones representan las principales fortalezas.

La telemedicina obtuvo 14,50 %, convirtiéndose en la brecha más crítica. Los trámites y tiempos de espera alcanzaron 41,53 %; los canales digitales, 50,00 %; la farmacia, 50,33 %; y la satisfacción, 56,67 %. Los resultados cualitativos confirmaron dificultades con telemedicina, citas, barreras digitales y disponibilidad de medicamentos.

El acompañante se consolidó como un actor relevante del proceso. Su participación facilita citas, trámites, canales digitales, admisión e interpretación de indicaciones, especialmente en una muestra con alta presencia de adultos mayores.

Los resultados no demuestran directamente que los hospitales presenten un clima organizacional desfavorable o una capacitación insuficiente. Sí identifican manifestaciones externas que justifican investigar liderazgo, comunicación interna, trabajo en equipo, carga laboral, competencias digitales, transferencia de la formación y bienestar profesional.

La conclusión principal es que la calidad percibida depende de la interacción entre competencias, condiciones de trabajo, organización de procesos, tecnología y recursos. La capacitación puede contribuir a mejorar la comunicación, orientación, telemedicina y coordinación, pero no sustituye la necesidad de rediseñar procesos, fortalecer el abastecimiento, mejorar la tecnología y asegurar condiciones adecuadas para el desempeño.

El diagnóstico constituye la base del Capítulo IV, en el cual los hallazgos serán contrastados con la evidencia científica sobre gestión del talento humano, clima organizacional, capacitación y calidad asistencial.

Capítulo IV

**DISCUSIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO, CLIMA
ORGANIZACIONAL, CAPACITACIÓN Y
CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA**

CAPÍTULO IV – DISCUSIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO, CLIMA ORGANIZACIONAL, CAPACITACIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA

4.1. Introducción a la discusión

Los resultados del diagnóstico empírico sobre la calidad organizacional y de atención percibida por los pacientes y cuidadores en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y en el Hospital III Yanahuara se analizan en este capítulo. En esta discusión, los resultados cuantitativos, cualitativos y de observación se comparan y contrastan con la literatura científica sobre la gestión del talento humano, el clima organizacional, la capacitación y el desarrollo profesional del personal de salud, el bienestar profesional, el trabajo en equipo, el recorrido del paciente y la calidad de la atención.

El diagnóstico indicó una evaluación general del 53,60 %, correspondiente a un nivel intermedio (o medio). Las dimensiones con mayor puntaje fueron seguridad y confianza con un 81,87 %; continuidad de la información con un 70,00 %; y información y orientación sobre citas con un 63,87 %. Las principales brechas se identificaron en telemedicina con un 14,50 %; la brecha en procedimientos y tiempos de espera con un 41,53 %; la brecha en canales digitales con un 50,00 %; la farmacia y la brecha en continuidad terapéutica con un 50,33 %; y la brecha en satisfacción general con un 56,67 %. Estos resultados se obtuvieron del análisis secundario de 600 encuestas, 600 entrevistas breves y el recorrido hospitalario observado.

En esta discusión, el autor ha adoptado una postura metodológica de gran cautela. Los instrumentos de encuesta fueron completados por pacientes y cuidadores. No hubo respuestas de ningún miembro del personal, gestión o personal de capacitación. En consecuencia, los resultados permiten analizar la experiencia del usuario y algunas manifestaciones externas de la organización del servicio. Sin embargo, los resultados no permiten conclusiones sobre la medición del clima organizacional ni una evaluación de la capacitación que recibió el personal.

Así, este capítulo no busca establecer una valoración desfavorable como consecuencia de un clima organizacional negativo y/o falta de capacitación. El objetivo aquí es descubrir qué mecanismos internos pueden estar asociados con los hallazgos, qué otras explicaciones pueden ofrecerse y qué datos adicionales pueden ser necesarios para establecer las conexiones propuestas.

La calidad está definida por la Organización Mundial de la Salud como el grado en que la provisión de un servicio es probable que logre el resultado deseado en salud y esté en concordancia con el mejor y más actualizado conocimiento profesional. La calidad es el resultado de la integración de cuidados seguros, oportunos, equitativos y eficientes, y es el resultado de la mejor atención y la más actualizada. También implica, entre otros aspectos, personal adecuado y motivado como un recurso clave y necesario.

La discusión desarrolla una cadena analítica de gestión del talento humano → clima organizacional y desarrollo de competencias → comportamientos y procesos de cuidado → experiencia del paciente y acompañantes → calidad percibida de la atención.

Esta cadena no debe interpretarse como una relación causa-efecto comprobada. Es un modelo interpretativo con otras variables como dotación de personal, carga de trabajo y demanda de atención, recursos infraestructurales y tecnológicos, sistemas de información, suministros, normas internas y características de los usuarios.

4.2. Marco interpretativo de los resultados

El modelo de Donabedian ofrece una forma de clasificar los resultados en tres categorías: estructura, proceso y resultado. En este estudio, la estructura incluye la dotación de personal, la mezcla de recursos humanos profesionales, las políticas de recursos humanos, la capacitación, el liderazgo, los recursos de información y tecnológicos, y otros recursos. El proceso incluye comunicación, orientación y tratamiento, y el resultado es la confianza experimentada, la satisfacción y la calidad percibida.

Basándose en este enfoque, el clima organizacional actúa como una condición que atraviesa todos los niveles. Puede promover o restringir el uso de la estructura y la realización de los procesos. Aunque la capacitación es un componente de la capacidad organizacional, solo genera valor cuando es relevante para el trabajo y cuando los cambios se expresan en comportamientos y resultados.

Tabla 4.1. Estructura interpretativa de la discusión

Nivel	Componentes	Evidencia disponible en el estudio	Alcance interpretativo
Gestión del talento humano	Planificación, dotación, selección, evaluación, liderazgo, bienestar y capacitación	No medida directamente	Marco institucional explicativo
Clima organizacional	Comunicación interna, apoyo, coordinación, reconocimiento, carga y seguridad psicológica	No medido directamente	Mecanismo organizacional posible

Nivel	Componentes	Evidencia disponible en el estudio	Alcance interpretativo
Competencias	Técnicas, comunicacionales, digitales, éticas y de trabajo en equipo	Percepción indirecta mediante resultados	Necesidades potenciales de desarrollo
Procesos asistenciales	Orientación, respuesta, continuidad, coordinación, telemedicina y farmacia	Medidos mediante usuarios y observación	Evidencia empírica directa
Experiencia	Claridad, oportunidad, confianza, participación y satisfacción	Medida directamente	Resultado reportado por usuarios
Calidad técnica y clínica	Efectividad, adherencia, eventos adversos y resultados de salud	No medida	Fuera del alcance empírico

La principal implicancia del cuadro es que la calidad percibida representa un resultado legítimo, pero parcial. La experiencia del usuario puede revelar problemas de comunicación, espera, coordinación o continuidad que los indicadores clínicos no muestran. Sin embargo, no permite juzgar por sí sola la corrección técnica de un diagnóstico o tratamiento.

Doyle et al. encontraron asociaciones consistentes entre una experiencia favorable del paciente, la efectividad clínica y la seguridad. Esto respalda la inclusión de la experiencia en los sistemas de evaluación, pero no autoriza a utilizarla como sustituto de los indicadores clínicos.

4.3. Interpretación del resultado global: calidad intermedia y desempeño heterogéneo

El índice sintético de 53,60 % muestra que la experiencia evaluada no puede calificarse como completamente desfavorable, pero tampoco como satisfactoria o consolidada. El nivel medio combina fortalezas muy marcadas con brechas críticas, por lo que el promedio global debe interpretarse junto con los resultados de cada dimensión.

La confianza en la confidencialidad y el registro de información alcanzó niveles altos o muy altos. En contraste, la telemedicina presentó una valoración extremadamente baja, y los tiempos de espera, la resolución de trámites y la disponibilidad de medicamentos obtuvieron resultados insuficientes. Por tanto, el sistema parece funcionar mejor para registrar, informar y proteger datos que para resolver de manera oportuna determinadas necesidades del usuario.

Esta heterogeneidad es coherente con la naturaleza multidimensional de la calidad. Una organización puede presentar fortalezas en confidencialidad y orden formal, pero debilidades en oportunidad o resolutiveidad. También puede contar con personal capaz de comunicar indicaciones y, simultáneamente, carecer de medicamentos o de un sistema funcional de telemedicina.

La interpretación más adecuada no consiste en afirmar que la calidad es simplemente “media”, sino en reconocer un patrón de fortalezas institucionales parciales con baja capacidad resolutoria en procesos críticos.

Tabla 4.2. Lectura integrada de los principales resultados

Dimensión	Resultado	Interpretación central
Seguridad y confianza	81,87 %	Fortaleza institucional que debe preservarse
Continuidad de información	70,00 %	Registro favorable con integración operativa parcial
Información y citas	63,87 %	Información básica clara, pero confirmación y orientación limitadas
Satisfacción general	56,67 %	Orden reconocido sin experiencia plenamente resolutoria
Farmacia	50,33 %	Comunicación adecuada con disponibilidad insuficiente
Canales digitales	50,00 %	Existencia formal con uso y autonomía limitados
Trámites y espera	41,53 %	Brecha de oportunidad y capacidad de respuesta
Telemedicina	14,50 %	Principal brecha de accesibilidad y resolución

Compararlos sugiere que diferentes tipos de problemas requieren diferentes soluciones. Algunas pueden necesitar solo capacitación, mientras que otras pueden requerir rediseño de procesos, inversión en tecnología, redistribución del personal o un aumento de suministros.

4.4. La gestión del talento humano como prerequisite para la calidad de la atención

Existe una relación entre la gestión del talento humano y los resultados de una hospitalización, desde la perspectiva de la evidencia científica. West et al. encontraron una relación entre la tasa de mortalidad hospitalaria y los subsistemas complementarios de recursos humanos, considerando otras características de la institución. Los autores afirman que el valor agregado radica no en la identificación de un solo subsistema, sino en la selección, el desarrollo, la organización del trabajo y la gestión del sistema de talento.

Gile et al. también observaron una revisión que indica que la gestión de recursos humanos mediante la disponibilidad, distribución, factores motivacionales, retención, control y desarrollo del personal puede determinar el desempeño de los hospitales. Los autores afirman que los efectos dependen del contexto de la institución y que la heterogeneidad en la metodología limita el establecimiento de vínculos universales.

Una revisión de revisiones publicada en 2025 encontró relaciones entre la experiencia del personal y una variedad de diferentes resultados en los pacientes en entornos hospitalarios. Los efectos de los hallazgos difirieron considerablemente según los resultados y el diseño de los estudios, de ahí la importancia de distinguir entre correlación, un mecanismo plausible y causalidad comprobada.

Retrasos, dificultades en la coordinación y problemas de orientación en los hospitales estudiados pueden estar relacionados con la organización del trabajo, la distribución del personal y la delegación de responsabilidades, o la falta de autonomía para desarrollar una solución al problema. La información disponible no permite identificar cuál de estos factores es el más importante.

La gestión del talento humano puede describirse como crear posibilidades. Puede ofrecer la oportunidad de desarrollar y utilizar una gama de habilidades y competencias, pero no puede abordar desafíos presentados por la falta de recursos, tecnología o infraestructura.

4.5. Clima Organizacional y Calidad Percibida

El clima organizacional describe los sentimientos comunes entre los empleados sobre las políticas, prácticas, relaciones y su entorno laboral. Liderazgo, relaciones en el lugar de trabajo, comunicación y seguridad son algunas de las muchas dimensiones de un clima organizacional.

Braithwaite et al. realizaron una revisión sistemática de 62 estudios e identificaron la presencia de cultura organizacional positiva como un indicador de resultados clínicos positivos de satisfacción, así como la reducción de mortalidad, infecciones y caídas. Debido a la naturaleza transversal y observacional de la mayoría de los estudios, los autores optaron por no asumir causalidad.

Aiken et al. revisaron las respuestas de más de 30,000 empleados y pacientes del sector salud en Europa y EE. UU. Los centros de salud que fueron calificados como que tenían un ambiente laboral positivo y una baja relación paciente personal fueron considerados como teniendo resultados de calidad y seguridad, y una significativa probabilidad de que los pacientes recomendaran la institución.

Lake et al. realizaron un meta-análisis centrado en el entorno laboral y los resultados del personal, así como en la seguridad y la calidad de la atención, además de la satisfacción del paciente. Kieft et al. describieron la autonomía profesional y una cultura centrada en el paciente, así como una fuerza laboral adecuada y una cultura de gestión de apoyo, como algunas de las relaciones colaborativas y competencias.

Estas evidencias apoyan una interpretación de que las condiciones laborales internas pueden afectar adversamente la coordinación, la puntualidad y la capacidad de respuesta. Sin embargo, estas evidencias no justifican el diagnóstico de la situación prevalente en los dos hospitales a partir de las respuestas proporcionadas por los pacientes y acompañantes.

En Perú, la metodología establecida por la Resolución Ministerial N° 468-2011-MINSA indica que la evaluación del clima organizacional debe realizarse con las personas que trabajan en la organización de salud. Esto indica que la evaluación de la experiencia de los usuarios puede proporcionar información sobre los resultados de la evaluación externa, pero no puede sustituir la evaluación del personal de salud.

El contexto peruano favorece la evaluación de ambas perspectivas de manera independiente. En el Instituto Nacional de Salud del Niño, la evaluación del Clima del Personal y las Encuestas de Satisfacción de Usuarios revelaron un clima “mejorable” y una satisfacción general del 64,4%. En el SAMU de Piura, también se usaron instrumentos de evaluación distintos para trabajadores y usuarios, mostrando una asociación entre clima y satisfacción.

Tabla 4.3. Posibles manifestaciones externas del clima organizacional

Dimensión interna	Manifestación posible para el usuario	Hallazgo compatible	Precaución
Liderazgo	Coherencia de procesos y resolución	Trámites resueltos tardíamente	También depende de normas y sistemas
Comunicación interna	Información consistente	Coordinación percibida en 50 %	Puede deberse a interoperabilidad
Trabajo en equipo	Continuidad y menor repetición	Registro alto, integración parcial	Requiere medición directa del equipo
Dotación y carga	Disponibilidad y oportunidad	Espera favorable en 31,67 %	La demanda también condiciona
Autonomía	Capacidad de resolver situaciones	Resolución de trámites en 17,50 %	Puede limitarla la normativa
Apoyo institucional	Transferencia de competencias	Resultados variables entre procesos	No medido directamente
Seguridad psicológica	Comunicación de riesgos y aprendizaje	Sin medición externa válida	Debe evaluarse entre trabajadores
Bienestar laboral	Disponibilidad emocional y sostenibilidad	No evaluado por el instrumento	No puede inferirse burnout

Las discusiones señalan que el clima organizacional es un mecanismo probable relevante y operativo, aunque no fue observado en este estudio.

4.6. Capacitación del personal: Potencial, transferencia y limitaciones

La capacitación mejora el desarrollo del personal en una variedad de elementos que influyen en las interacciones en el lugar de trabajo. Se ha demostrado que la capacitación tiene muchos efectos, pero estos no son universales ni predecibles.

Samuel et al. citaron 63 revisiones sobre la literatura sobre el desarrollo profesional continuo. De estas, el 67% reportó alguna forma de cambio conductual profesional y/o del paciente, aunque la mayoría de los cambios no resultaron en cambios estadísticamente significativos en los

pacientes. Los revisores señalaron una clara preferencia por intervenciones multifacéticas para cambiar la práctica.

Ali et al. también señalaron que el desarrollo profesional continuo pudo cambiar los resultados de los pacientes, aunque el cambio dependió en gran medida del tipo de desarrollo, la intervención utilizada, el seguimiento y el entorno.

Cervero y Gaines expresaron que el mayor efecto de la educación médica continua en el desarrollo profesional en comparación con los efectos en los resultados clínicos. También se observaron efectos mayores en el aprendizaje por Bluestone et al. cuando se utilizaron intervenciones frecuentes, participativas y orientadas a la retroalimentación.

Una revisión y meta-análisis de la educación basada en competencias mostró un cambio significativo en la práctica clínica de los participantes con la intervención, aunque también se observaron efectos variables y un cambio en los efectos a lo largo del tiempo.

Los hospitales estudiados deben notar la clara implicación de los hallazgos anteriores: simplemente exigir "más capacitación" no es suficiente. Primero, debe determinarse si la brecha se debe a una falta de conocimientos o habilidades. Segundo, deben eliminarse las barreras para la transferencia de la capacitación.

Tabla 4.4. Cadena de resultados de la capacitación

Nivel	Pregunta de evaluación	Ejemplo de indicador
Participación	¿El personal asistió?	Porcentaje de asistencia
Aprendizaje	¿Adquirió conocimientos o habilidades?	Evaluación antes y después
Transferencia	¿Aplica lo aprendido en el puesto?	Observación o auditoría
Desempeño	¿Cambió la conducta profesional?	Claridad, coordinación o cumplimiento
Resultado del servicio	¿Mejoró el proceso?	Menor espera o menor repetición
Resultado del usuario	¿Mejoró la experiencia o calidad?	Mayor claridad, confianza o satisfacción

Una institución puede alcanzar altos porcentajes de asistencia y, sin embargo, no producir cambios en la experiencia del usuario. Esto puede ocurrir cuando la formación no responde a una brecha real, carece de seguimiento o se aplica en un entorno que impide modificar la conducta.

El clima organizacional y la capacitación se encuentran, por tanto, estrechamente relacionados. El apoyo de las jefaturas, la disponibilidad de tiempo, la existencia de recursos, la autonomía y el reconocimiento pueden facilitar la transferencia. Un entorno contrario puede neutralizar incluso una actividad formativa técnicamente adecuada.

4.7. Información, orientación y citas: fortaleza inicial con resolución parcial

La dimensión de información, orientación y citas alcanzó 63,87 %, nivel alto. La comprensión de requisitos obtuvo 94,17 % y la claridad de información sobre citas 75,83 %. En cambio, la utilidad de canales para obtener información, la confirmación de citas y la orientación previa se mantuvieron alrededor del 50 %. Las entrevistas registraron 510 menciones vinculadas con dificultades para obtener o confirmar citas.

La diferencia entre comprender requisitos y poder confirmar una cita muestra que la información formal no equivale a capacidad resolutoria. El usuario puede saber qué documentos necesita, pero continuar sin respuesta sobre fecha, lugar, reprogramación o pasos posteriores.

Desde la gestión del talento humano, esta brecha puede relacionarse con competencias comunicacionales, conocimiento de los procesos, capacidad de orientación y autonomía para resolver consultas. También puede estar condicionada por la disponibilidad de cupos, los sistemas de programación y la fragmentación entre áreas.

La comunicación asistencial influye en satisfacción, comprensión y confianza. El metaanálisis de Howick et al. encontró que la comunicación empática y positiva produjo mejoras pequeñas, pero significativas, en satisfacción, ansiedad y algunos resultados percibidos.

La mejora de esta dimensión requiere combinar:

- Formación en comunicación y lenguaje claro.
- Actualización del personal sobre rutas y requisitos.
- Protocolos homogéneos de orientación.
- Autonomía para resolver consultas frecuentes.
- Sistemas de confirmación y seguimiento.
- Información consistente entre canales.

La formación puede mejorar la calidad de la explicación proporcionada, pero no abordará las deficiencias en la citación ni los fallos sistémicos en la programación. Tanto el elemento humano como el elemento organizacional deben ser abordados en la intervención.

4.8. Canales digitales, habilidades y riesgo de exclusión

Según los resultados, el 50% de los participantes utilizaron un canal digital o estaban al tanto de él, el 41% estaban al tanto pero no usaban un canal digital, y el 9% desconocían los canales digitales. Para el 78.33%, usar un canal digital presentaba dificultades y el 50% requería la ayuda

de un tercero. Los factores de facilidad de uso, claridad del lenguaje y respuesta y confirmación fueron positivos, en un 50%.

Los resultados indican una brecha entre disponibilidad y apropiación. Tener un canal disponible no es suficiente para que un usuario complete un trámite, reciba y entienda una respuesta, o verifique que su solicitud fue confirmada.

Como la mitad de la muestra estudiada tenía 60 años o más, la dependencia digital debe entenderse en el marco de la diversidad de edad y diferentes niveles de autonomía. Una preferencia por el servicio presencial no indica un rechazo absoluto a la tecnología, sino que puede indicar una respuesta a problemas mal abordados en los canales de servicio.

De la formación, se distinguen dos necesidades:

1. Habilidades digitales del personal para operar adecuadamente las plataformas.
2. Habilidades para guiar a pacientes y acompañantes que enfrentan barreras.

Estas habilidades no son equivalentes. Un miembro del personal puede operar el sistema pero puede carecer de las habilidades necesarias para explicarlo a los adultos mayores. Un miembro del personal puede ofrecer la orientación necesaria y aun así enfrentarse a un sistema inestable.

La interpretación dentro de una organización no debe trasladar toda la responsabilidad a un usuario o a su acompañante. Si una organización depende de un familiar para completar los pasos, fomenta la inequidad entre quienes tienen apoyo familiar y quienes no.

El enfoque correcto es un modelo multicanal que integre soporte digital y no digital (teléfono y atención presencial), junto con módulos de asistencia guiada. Cuando se rediseñe el sistema de soporte, la formación debe complementar el sistema de soporte, no reemplazarlo.

4.9. Procedimientos y tiempos de espera: organización del trabajo y capacidad de respuesta

Esta categoría recibió un 41.53%. Entre los encuestados, solo el 31.67% consideró razonable el tiempo de espera, y solo el 17.50% dijo que el tiempo requerido para completar el trámite fue oportuno. Una observación señaló la presencia de filas organizadas y módulos de soporte, pero también la presencia de caminos poco claros.

Los resultados permiten diferenciar entre orden y puntualidad. La mayoría notable de los participantes observó un servicio administrativo ordenado, pero este servicio no logró proporcionar respuestas oportunas.

Los retrasos tienen varias causas.

- Personal insuficiente
- Mala distribución del personal en turnos
- Demanda y sobrecarga
- Procedimientos ineficientes, innecesarios o repetitivos
- Sistemas lentos o mal integrados entre sí
- Descripciones de puesto poco claras
- Roles poco definidos y baja autonomía
- Alta rotación de empleados, ausencias
- Instalaciones insuficientes
- Regulaciones complejas y contradictorias

De la evidencia recopilada sobre personal y ambiente de trabajo, la carga laboral del empleado afecta directamente el nivel y la calidad del servicio prestado. Aiken et al. encontraron que agregar un paciente a la carga de una enfermera resultaba en los niveles más bajos de calidad del cuidado y evaluación de la seguridad. Estudios posteriores han demostrado que un aumento en el personal de enfermería está directamente relacionado con mejores resultados para los pacientes, aunque estos resultados dependen mucho de la situación y del diseño del estudio.

Al analizar los patrones de dotación de personal, Oppel y Young consideraron el impacto del personal en la experiencia del paciente. La mayoría de los otros estudios consideraron el impacto del personal en la cantidad y calidad de las interacciones con los pacientes.

El estudio no aporta información sobre personal, ausentismo, productividad o carga de trabajo durante los turnos. Por lo tanto, no puede determinar la causa de los tiempos de espera excesivos. La evidencia existente sí indica una oportunidad, cuyo entendimiento depende de datos adicionales disponibles en la institución.

La formación sí mejora el flujo de trabajo y proporciona orientación para evitar y resolver conflictos. No puede resolver los problemas de diseño deficiente ni la presencia de recursos insuficientes.

4.10. Continuidad de la información, comunicación interna y trabajo en equipo

La continuidad de la información fue valorada en un 70%, una puntuación alta. Los participantes creían que el hospital registraba información para ayudar en la continuidad de la atención. Sin embargo, solo el 50% respondió de manera positiva a las preguntas sobre la no

repetición de información, la coordinación entre servicios y la presencia oportuna de la información.

La disponibilidad de información ha superado la necesidad de su uso integrado. La institución retiene información, pero esto no necesariamente implica que exista un flujo de trabajo fluido entre los servicios.

La continuidad puede verse afectada por una combinación de sistemas y la conducta de los profesionales. Los sistemas deben permitir el intercambio de información, y los profesionales deben desempeñar sus funciones de manera que la información se registre, actualice y comunique con responsabilidad compartida.

El meta-análisis de Schmutz et al. indica una relación positiva entre el trabajo en equipo y el funcionamiento de los equipos de salud. Las prácticas colaborativas y las alianzas entre profesiones pueden mejorar las prácticas y los resultados, aunque en algunos casos la evidencia sobre prácticas específicas puede ser inconstante.

La comunicación interna moldea el clima organizacional. Cuando las comunicaciones entre sectores son inconsistentes o carecen de ellas, los usuarios pueden tener que repetir entradas, mover archivos o solicitar explicaciones adicionales. Estas condiciones, además, pueden ocurrir como resultado de la falta de interoperabilidad del sistema.

La capacitación en comunicación, información y coordinación puede mejorarse con claridad en los roles y un mayor énfasis en el trabajo en equipo. Se reporta que un impacto positivo en el rendimiento y la cultura de seguridad se logra con la implementación de capacitación a nivel organizacional, adaptada a las necesidades específicas de la organización.

Se requieren, además de las intervenciones de capacitación, que sean más continuas, coordinadas e integradas:

- responsabilidades interdependientes entre áreas
- protocolos para la transferencia de información
- sistemas de información integrados
- breves franjas horarias para la coordinación
- análisis de fragmentación
- retroalimentación sobre contradicciones
- provisión de resultados e indicadores de repetición

4.11. Telemedicina: la principal brecha y límite de soluciones de capacitación exclusivas

La telemedicina recibió la puntuación más baja en el diagnóstico, con un 14,50%. Las instrucciones fáciles, conectadas y claras puntuaron un 21,67%. 5% para resolver la necesidad y 2,50% por la falta de atención posterior presencial. El 63,33% de los encuestados reportaron problemas y el 73,33% reportaron la necesidad de asistencia de un acompañante. Se registraron 570 comentarios sobre telemedicina considerados insuficientes. No se registraron comentarios que resolvieran completamente.

El alcance de la brecha no permite asumir que la falta de capacitación del personal sea el problema. La telemedicina es un sistema sociotécnico que incluye:

- caso clínicamente justificado
- conectividad
- dispositivo
- plataforma
- audio-video
- habilidades digitales
- remoto
- acceso a
- soporte técnico
- seguimiento
- y criterios para derivación presencial.

Un estudio de 2024 determinó que la efectividad comparativa de la tele salud y la atención presencial depende de la naturaleza del servicio de salud, la población y el resultado de interés. Dada la variabilidad, no es metodológicamente correcto asumir que la atención remota es sinónimo en todas las situaciones.

La capacitación del personal puede mejorar la comunicación, la selección de casos, la elaboración de registros, la comprobación de comprensión y el seguimiento, pero no puede mejorar la mala accesibilidad ni hacer posibles casos que requieren evaluación presencial mediante medios remotos.

Una plataforma inestable, con baja resolución y alta latencia probablemente genere frustración. Si a un usuario de atención remota se le requiere volver por el mismo propósito, el número de pasos aumenta y la confianza puede deteriorarse.

El tipo de respuesta requerida es un modelo híbrido que incluye:

- Definiciones de casos para la pertinencia de la telemedicina,
- Definiciones de casos para la necesidad de atención presencial,
- Preverificación de la conectividad del espacio,
- Instrucciones al paciente y al acompañante,
- Registro de la atención,
- Criterios para derivación de atención,
- Seguimiento de la atención,
- Indicadores para la resolución del caso.

Desde la perspectiva de recursos humanos, la telemedicina es principalmente un tema de capacitación. Desde la gestión, requiere equipamiento, infraestructura, sistemas, soporte y gestión del tiempo dedicado.

4.12. Continuo farmacéutico y terapéutico: diferencia entre competencia en comunicación y capacidad del sistema

La dimensión farmacéutica alcanzó un 50,33%. La información sobre medicamentos fue valorada positivamente por el 96,67%, pero su disponibilidad real fue del 25%. El 66,67% informó entregas incompletas y el 50% indicó que tuvo que obtener medicamentos fuera del hospital.

Este contraste comenta parentemente sobre el talento humano. Los empleados pueden transmitir hábilmente la señal, pero el producto necesario puede no estar disponible. Así, la brecha del sistema puede ir en paralelo con las fuertes habilidades de comunicación de los empleados.

La disponibilidad de medicamentos depende de:

- Planificación de necesidades.
- Adquisiciones, compras y contrataciones.
- Inventarios.
- Almacenamiento.
- Logística/Cadenas de suministro.

- Pronóstico de demanda.
- Gestión de proveedores.
- Integración con servicios de prescripción.

La digitalización de la cadena de suministro promete mejorar la visibilidad y fortalecer la toma de decisiones y la trazabilidad, pero, en última instancia, el producto debe estar disponible para el paciente.

La gestión del talento humano desempeña un papel clave en la calidad de los registros, la coordinación entre áreas, la gestión de alertas y los mensajes transmitidos al usuario. Sin embargo, los problemas de escasez no deben vincularse a la falta de competencia individual.

La capacitación puede incluir:

- Comunicar entregas parciales.
- Orientación sobre el medicamento pendiente.
- Registro adecuado de ausencias.
- Integración con servicios clínicos.
- Responder a quejas.
- Seguridad en la medicación.

No obstante, el enfoque principal debe estar en el suministro y en la coordinación logística y de inventarios.

4.13. Seguridad, confidencialidad y confianza

La seguridad y confianza aumentaron al 81,87%, convirtiéndose en la característica más fuerte del diagnóstico. La confianza en la confidencialidad y la protección de datos alcanzaron el 96,33% y el 83,33%, respectivamente. Sin embargo, la puntuación por sentirte seguro al usar canales digitales fue del 50%.

La brecha indica que la confianza en la institución supera la confianza en las operaciones. Mientras el usuario cree que el hospital garantiza su información, todavía puede tener preocupaciones sobre un vínculo, plataforma o canal en particular.

Desde la perspectiva de gestionar talento humano, la confidencialidad consiste en:

- Inducción ética.
- Capacitación y recertificación.
- Clarificación de derechos de acceso.

- Conducta segura.
- Comunicación discreta.
- Seguridad de documentos y monitores.
- Respuestas correctas a las consultas del usuario.
- Desde un aspecto instrumental, requiere control de acceso, autenticación, trazabilidad, seguridad del sistema y mecanismos de respuesta a incidentes de seguridad.
- La fortaleza que se ha observado debe mantenerse. La confianza habilita la relación de cuidado y la disposición del usuario a brindar la información necesaria. Sin embargo, no indica la ausencia de riesgos técnicos ni reemplaza la necesidad de una auditoría de seguridad.

4.14. Satisfacción, experiencia y percepción de la calidad de la atención

La satisfacción global fue del 56,67%. La satisfacción con la atención administrativa ordenada fue del 83,33%. La satisfacción por la atención, claridad de procedimientos y experiencia rondó el 50%.

Los resultados refuerzan que la satisfacción es multidimensional. Un usuario final puede reconocer orden y cuidado, y/o la provisión de información, pero sentirse insatisfecho por la falta de resolución o por las demoras y la falta de medicamentos.

La experiencia no debe equipararse con la satisfacción. La experiencia es la percepción de un conjunto de eventos, incluyendo, pero no limitado a, que el usuario reciba ayuda, que el usuario tenga que repetir la información y que el usuario logre la resolución de la solicitud. La satisfacción es la percepción de una comparación entre un conjunto de eventos y las expectativas y, en cierta medida, las preferencias.

Doyle et al. apoyan la relación de experiencia, seguridad y satisfacción, pero definen además que la experiencia debe ser vista en contexto con otras medidas de calidad.

La satisfacción reportada está relacionada con factores que son contradictorios entre sí. Estos son:

- Retroalimentación relativamente positiva y confiada
- Una resolución inadecuada
- Procesos lentos
- Telemedicina ineficiente y poco cooperativa

- Medicamentos no disponibles

Desde la gestión del talento, la satisfacción no debe ser una medida del desempeño de un individuo. Es un producto de la interacción de personas, procesos y recursos.

4.15. Pacientes y acompañantes como fuentes de mejora

Los acompañantes son parte integral del proceso. Las actividades reportadas incluyen: solicitar y recibir información; gestionar y atender citas; participar en la atención con servicios digitales; participar en el proceso de admisión; los procedimientos médicos; la recolección de medicamentos; leer e interpretar instrucciones y/o atender problemas.

La muestra estuvo conformada por participantes de 60 años y más, de los cuales el 50% tenía más de 60 años. Esto ayuda a explicar el alto compromiso de los acompañantes. Dicho esto, se registraron más actividades relacionadas con el acompañamiento en las respuestas y no deben interpretarse como comportamientos de los 150 participantes clasificados como acompañantes.

El compromiso de los pacientes y sus familias ayuda a mejorar la seguridad y fomenta que el proceso sea continuo. Para ser efectivo, esto debe hacerse mediante mecanismos estructurados. La revisión de Park y Giap observó resultados positivos, aunque también se señaló la variabilidad de las intervenciones y la calidad de la evidencia.

Algunas de las otras actividades que pueden realizar los acompañantes son:

- Ayudar a entender a las personas.
- Detectar y rectificar inconsistencias.
- Asistir a las personas en seguir el proceso.
- Ayudar a integrar la tecnología.
- Informar a las personas y/o sistemas sobre cualquier cambio.
- Apoyar y promover el compromiso continuo de las personas.

Los acompañantes deben ayudar, asegurándose de que las preferencias y derechos del paciente sean respetados (autorización, confidencialidad), y que su participación no genere una barrera para la prestación del servicio.

Desde la perspectiva de gestión de recursos humanos, algunas de las competencias que faltan son:

- Reconocer y apoyar el rol definido de los acompañantes.
- Comunicar sin hablar por encima del paciente.

- Explicar coherentemente el proceso.
- Gestionar la confidencialidad.
- Ser capaz de apoyar y adaptarse.
- Dar instrucciones claras y coherentes.

4.16. Comparación entre hospitales

El Hospital III Yanahuara obtuvo una puntuación general del 54.75%, en comparación con el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, que obtuvo un 52.44%. La diferencia es del 2.31%.

Yanahuara tuvo mejores resultados relativos en información y citas, seguridad y satisfacción. El Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo tuvo resultados marginalmente mejores en procedimientos, telemedicina y farmacia. Estas brechas se habían reducido, y ambas instituciones estaban en niveles comparables.

Tabla 4.5. Interpretación de las diferencias institucionales

Dimensión	Diferencia principal	Lectura apropiada
Información y citas	Ventaja de Yanahuara	Posible mejor percepción inicial
Canales digitales	Sin diferencia	Brecha compartida
Trámites y espera	Diferencia mínima	Problema común
Continuidad	Sin diferencia	Fortaleza parcial común
Telemedicina	Ventaja relativa del HNCASE	Resultado crítico en ambos
Farmacia	Diferencia mínima	Brecha compartida
Seguridad	Mayor ventaja de Yanahuara	Requiere examinar prácticas y composición muestral
Satisfacción	Ventaja de Yanahuara	No implica superioridad global
Índice general	2,31 puntos	Diferencia descriptiva moderada

Las diferencias no fueron sometidas a pruebas inferenciales y el muestreo no fue probabilístico. Además, la composición por sexo y tipo de participante varió entre hospitales. Por tanto, no es posible afirmar que las diferencias sean estadísticamente significativas ni atribuir las exclusivamente a la gestión institucional.

La comparación debe utilizarse para formular preguntas:

- ¿Existen prácticas de orientación distintas?
- ¿Se comunican de manera diferente los mecanismos de confidencialidad?
- ¿La distribución de participantes influyó en la valoración?
- ¿Existen variaciones en demanda, dotación o complejidad?
- ¿Qué prácticas pueden transferirse entre hospitales?

La comparación es útil para aprendizaje institucional, no para construir un ranking.

4.17. Bienestar profesional, agotamiento y resultados del paciente

El estudio no evaluó agotamiento profesional, satisfacción laboral ni bienestar del personal. Sin embargo, estas variables son relevantes para interpretar la relación entre clima y calidad.

El metaanálisis de Li et al., que integró 85 estudios y más de 288 000 profesionales de enfermería, encontró asociaciones entre burnout y peores resultados de seguridad, calidad y satisfacción.

La revisión de Jun et al. también identificó asociaciones entre agotamiento, calidad, seguridad, satisfacción, productividad y compromiso organizacional.

Dall'Ora et al. encontraron que la sobrecarga, la baja dotación, los turnos prolongados, la falta de autonomía, el escaso apoyo y las relaciones negativas se asociaban con burnout. Entre sus posibles consecuencias se describieron menor desempeño, peor experiencia del paciente y problemas de seguridad.

Estas evidencias hacen plausible que un entorno laboral deteriorado afecte la experiencia del usuario. Sin embargo, no permiten concluir que los tiempos de espera o la telemedicina insuficiente observados sean consecuencia de burnout.

La inferencia correcta es que el bienestar debe incorporarse en una fase complementaria porque puede actuar como variable mediadora entre las condiciones de trabajo y la calidad. Para ello sería necesario aplicar instrumentos validados al personal y relacionar los resultados con indicadores de experiencia y desempeño.

Las intervenciones tampoco deben limitarse a enseñar resiliencia individual. La evidencia sobre burnout muestra que sus determinantes incluyen características modificables del trabajo. Por ello, las acciones deben abordar carga, dotación, control, apoyo, liderazgo y recursos.

4.18. Interacción entre clima organizacional y capacitación

El clima y la capacitación no actúan como variables independientes. El entorno puede facilitar o impedir que las competencias adquiridas se apliquen.

Un clima de aprendizaje se caracteriza por:

- Disponibilidad de tiempo.
- Apoyo de jefaturas.

- Retroalimentación.
- Posibilidad de preguntar.
- Seguridad para reconocer errores.
- Recursos para aplicar lo aprendido.
- Reconocimiento de nuevas conductas.
- Coordinación entre áreas.

Cuando estas condiciones no existen, la capacitación puede quedar limitada al conocimiento teórico.

Tabla 4.6. Ejemplos de interacción entre capacitación y entorno organizacional

Competencia desarrollada	Condición necesaria para aplicarla	Barrera posible
Comunicación clara	Tiempo suficiente y protocolos coherentes	Sobrecarga o información contradictoria
Orientación al usuario	Conocimiento actualizado de rutas	Cambios no comunicados
Telemedicina	Plataforma funcional y soporte	Fallas técnicas
Trabajo en equipo	Roles definidos y coordinación	Fragmentación entre áreas
Confidencialidad	Controles y espacios adecuados	Sistemas inseguros o falta de privacidad
Gestión de trámites	Autonomía y sistemas integrados	Burocracia o dependencia jerárquica
Atención farmacéutica	Información de stock actualizada	Inventarios incompletos
Manejo de reclamos	Procedimiento de recuperación del servicio	Ausencia de capacidad resolutive

La mejora requiere coherencia entre lo que se enseña, lo que se espera del trabajador y lo que el sistema permite realizar. Un hospital no puede capacitar en atención centrada en la persona y, simultáneamente, asignar tiempos o procesos que impidan escuchar, explicar o resolver.

Los estudios que muestran mejoras simultáneas en entorno laboral, reducción de burnout y satisfacción del paciente respaldan la conveniencia de intervenciones sistémicas y no exclusivamente individuales.

4.19. Relación integrada entre clima, capacitación y calidad percibida

Los hallazgos permiten formular una relación integrada, con distintos niveles de evidencia.

Tabla 4.7. Matriz de mecanismos, resultados y explicaciones alternativas

Resultado observado	Mecanismo compatible de clima	Necesidad formativa posible	Explicación alternativa	Evidencia requerida
Dificultad con citas	Comunicación interna y autonomía limitadas	Orientación y manejo de sistemas	Falta de cupos	Registros de citas y encuesta al personal
Canales poco resolutivos	Apoyo tecnológico insuficiente	Competencias digitales	Fallas de plataforma	Métricas del canal

Resultado observado	Mecanismo compatible de clima	Necesidad formativa posible	Explicación alternativa	Evidencia requerida
Esperas prolongadas	Sobrecarga o mala distribución	Gestión de flujos	Alta demanda	Dotación y tiempos reales
Repetición de datos	Trabajo fragmentado	Transferencia y coordinación	Falta de interoperabilidad	Auditoría de procesos
Telemedicina insuficiente	Falta de soporte	Comunicación remota	Pertinencia clínica o conectividad	Evaluación técnica y clínica
Información farmacéutica clara	Protocolos y competencia comunicacional	Mantener actualización	Materiales estandarizados	Observación del desempeño
Falta de medicamentos	Coordinación interáreas	Registro y comunicación	Compras e inventarios	Datos logísticos
Confianza alta	Cumplimiento ético	Confidencialidad y seguridad	Controles tecnológicos	Auditoría de seguridad
Satisfacción media	Síntesis de múltiples condiciones	Atención centrada en la persona	Expectativas del usuario	Análisis multivariable

La matriz muestra que ninguna brecha puede atribuirse automáticamente a una sola causa. La relación entre clima, capacitación y calidad debe entenderse como un sistema de mecanismos interdependientes.

La evidencia disponible permite concluir que:

1. Los resultados percibidos son compatibles con la influencia de condiciones organizacionales.
2. Las brechas identifican áreas potenciales de capacitación.
3. Los datos no prueban directamente el estado del clima ni la efectividad de la formación.
4. Los factores tecnológicos, logísticos y estructurales deben incorporarse.
5. Una fase complementaria debe medir directamente las variables internas.

4.20. Priorización de necesidades de capacitación

Las prioridades formativas deben derivarse de brechas observables y no de una programación genérica.

Tabla 4.8. Prioridades formativas derivadas de los resultados

Prioridad	Evidencia del diagnóstico	Modalidad recomendada	Condición para la transferencia	Indicador de resultado
Comunicación y lenguaje claro	Orientación cercana al 50 %	Taller práctico y simulación	Información institucional actualizada	Comprensión del usuario
Gestión de citas	510 menciones de dificultad	Entrenamiento en procesos y resolución	Sistema de programación funcional	Confirmación oportuna
Atención digital asistida	78,33 % tuvo dificultades	Demostración y tutoría en puesto	Plataforma usable	Menor dependencia

Prioridad	Evidencia del diagnóstico	Modalidad recomendada	Condición para la transferencia	Indicador de resultado
Telemedicina	14,50 % global	Simulación clínica y digital	Protocolo y soporte técnico	Resolutividad
Trabajo en equipo	Coordinación percibida en 50 %	Entrenamiento interprofesional	Roles y reuniones de coordinación	Menor repetición
Atención a adultos mayores	50 % de la muestra	Formación en accesibilidad	Canales alternativos	Mayor autonomía
Participación del acompañante	Mediación elevada	Casos y protocolos éticos	Autorización y confidencialidad	Orientación consistente
Confidencialidad	Fortaleza que debe mantenerse	Actualización periódica	Controles tecnológicos	Confianza sostenida
Farmacia	Información alta y stock bajo	Comunicación de pendientes	Datos de inventario actualizados	Menor incertidumbre
Manejo de insatisfacción	Satisfacción de 56,67 %	Recuperación del servicio	Autonomía para resolver	Menor reclamo recurrente

La capacitación deberá incluir evaluación antes y después, observación de transferencia y medición del resultado en el usuario. Las revisiones de desarrollo profesional muestran que las intervenciones multicomponente y sostenidas ofrecen mayores posibilidades de modificar la práctica.

4.21. Problemas formativos, organizacionales, tecnológicos y logísticos

La discusión permite clasificar las brechas según el tipo de respuesta principal requerida.

Tabla 4.9. Clasificación de las intervenciones necesarias

Brecha	Tipo principal	Componente formativo	Componente no formativo
Información poco consistente	Mixto	Comunicación y orientación	Protocolos comunes
Confirmación de citas	Organizacional-tecnológico	Manejo del sistema	Cupos, plataforma y seguimiento
Dificultad digital	Mixto	Competencias digitales	Usabilidad y módulos asistidos
Espera prolongada	Organizacional	Gestión de flujos	Dotación, procesos e infraestructura
Repetición de datos	Tecnológico-organizacional	Registro adecuado	Interoperabilidad
Telemedicina insuficiente	Mixto	Comunicación remota	Tecnología y selección clínica
Falta de medicamentos	Logístico	Orientación y registro	Compras, inventarios y distribución
Inseguridad del canal	Tecnológico-ético	Protección de datos	Ciberseguridad y autenticación
Dependencia del acompañante	Organizacional-inclusivo	Comunicación con familias	Canales alternativos
Satisfacción media	Sistémico	Atención centrada en la persona	Mejora de procesos y recursos

Esta clasificación evita utilizar la capacitación como respuesta automática. Capacitar Frente a una avería crítica, solo se puede lograr un pequeño avance mientras aumenta la molestia de los

empleados. Esto también es cierto cuando los recursos se destinan a la tecnología mientras solo se realiza un desarrollo superficial de habilidades, ya que a menudo restringe la aceptación de la tecnología y degrada la prestación del servicio.

4.22. Consecuencias para la gestión hospitalaria

La primera consecuencia es que la gestión del talento humano debe conectarse con los resultados experimentados por los usuarios. Los programas de capacitación y bienestar y los sistemas de evaluación del desempeño deben relacionarse con las medidas de claridad, prontitud, continuidad, coordinación, seguridad y satisfacción.

La segunda es que el clima organizacional debe evaluarse de primera mano. Los hospitales pueden usar la metodología respaldada por el Ministerio de Salud para la evaluación y valoración del liderazgo, las estructuras organizacionales, el capital humano y la cultura, haciendo las adaptaciones necesarias al entorno contextual relevante de la institución.

La tercera es que debe desarrollarse un sistema de información unificado con cuatro grupos de indicadores.

1. Capital humano: dotación, ausentismo, rotación, carga de trabajo y bienestar.
2. Aprendizaje: cobertura, aprendizaje, transferencia y desempeño.
3. Sistema: tiempos de espera, coordinación, repetición y resolución.
4. Experiencia: confianza y satisfacción.

La cuarta es fortalecer el nivel medio administrativo. Se necesitan gerentes de servicio para convertir la política en práctica. Sus habilidades para organizar turnos, ofrecer retroalimentación, mediar y coordinar pueden afectar en gran medida el uso de competencias.

Investigaciones en enfermería sugieren que ciertos estilos de liderazgo de enfermería están asociados con mejores resultados en pacientes, pero se necesitan más estudios para comprender mejor la relación.

La quinta es que el enfoque de las mejoras debe centrarse en grupos y sistemas colaborativos, y no solo en individuos. Los resultados de las citas, teleconsultas, continuidad y farmacia son interfuncionales. Evaluar o capacitar a una sola profesión es inadecuado.

La sexta consiste en proteger el bienestar del personal. La OMS afirma que los servicios de alta calidad requieren personal competente, protegido y motivado.

4.23. Impactos en la política de recursos humanos y de salud

Los hallazgos también apoyan una política de talento humano centrada en la competencia y el resultado además de la condición laboral.

Un paso principal es vincular la planificación con la demanda real de recursos humanos. La dotación debe examinarse considerando el servicio, turno, complejidad y carga administrativa en lugar de cifras generales de personal.

El segundo paso es reemplazar la capacitación basada en oferta por una capacitación basada en brechas. Las actividades deben abordar la brecha comprobada/práctica y tener medios para la transferencia.

El tercer paso es combinar el bienestar del personal y la calidad del servicio con mantener al personal y minimizar el agotamiento, la rotación y la intención de abandonar.

El cuarto paso es mejorar la alfabetización digital sin perder la atención presencial. La atención digital centrada en el usuario debe acompañarse del apoyo a la persona acompañante.

Un quinto paso es evaluar la experiencia de los pacientes como resultado de las políticas sobre talento humano, excluyendo la experiencia del paciente como medida exclusiva del desempeño. Un equilibrio en los resultados debe incluir auditorías, indicadores de atención clínica y evaluaciones del personal.

El sexto es establecer una cultura de aprendizaje y seguridad. El Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente sienta las bases para una cultura, comportamientos y entornos destinados a reducir el daño no intencionado.

4.24. Limitaciones interpretativas para esta discusión

La principal limitación es la falta de medición directa tanto del clima organizacional como de la capacitación. Las relaciones propuestas se basan en mecanismos que son plausibles y respaldados por la literatura.

La primera de las limitaciones mencionadas se relaciona con la naturaleza combinada del análisis. Las herramientas usadas en este estudio fueron creadas originalmente para analizar procesos administrativos y digitales. Varias dimensiones podrían interpretarse como resultados de la calidad del estudio, sin embargo, no se puede afirmar que las herramientas hayan sido diseñadas o validadas para analizar la gestión de recursos humanos.

La segunda se refiere al diseño de estudio transversal. No hay información sobre el orden temporal de las variables para establecer si el resultado percibido fue causado por una determinada condición organizacional.

La tercera hace referencia a la falta de muestreo probabilístico. Los resultados solo corresponden a la muestra estudiada y no pueden generalizarse a todos los usuarios del hospital.

La cuarta se refiere a la preponderancia de datos agregados. Esto imposibilita considerar sexo o edad de los participantes, o con qué frecuencia usan el servicio, entre otras variables.

La quinta se refiere a las diferentes composiciones de muestra en los respectivos hospitales. El Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo tuvo una muestra mayor de acompañantes y una composición de sexos diferente a la del Hospital III Yanahuara.

La sexta hace referencia a la combinación de diferentes dimensiones en el índice sintético. Esto no es una escala psicométrica de calidad, clima o talento humano que haya sido validada.

La séptima refiere a la ausencia de indicadores clínicos. Mortalidad, complicaciones, eventos adversos, cumplimiento de guías de práctica clínica y indicadores de resultados en salud no pueden evaluarse con este estudio.

La octava señala las limitaciones de usar conteos de frecuencia de datos cualitativos. Esto se refiere a menciones y no debe considerarse como conteos de frecuencia.

La novena hace referencia a las limitaciones temporales del estudio. Los datos corresponden al período de la investigación previa y no reflejan necesariamente la situación de junio de 2026.

4.25. Propuesta de verificación adicional

Se debe diseñar una fase complementaria para examinar la relación entre el clima organizacional y la capacitación y la calidad de la atención. Esto implicaría medición simultánea de las tres variables.

Tabla 4.10. Diseño complementario sugerido

Componente	Medición	Participantes o fuente
Clima organizacional	Instrumento validado de clima	Personal asistencial y administrativo
Capacitación	Horas, pertinencia, aprendizaje y transferencia	Registros y trabajadores
Bienestar	Burnout, compromiso y satisfacción laboral	Personal
Dotación	Personal por turno y carga de atención	Recursos humanos
Desempeño	Auditorías, observación y evaluación	Supervisión
Calidad percibida	Experiencia y satisfacción	Pacientes y acompañantes

Componente	Medición	Participantes o fuente
Calidad técnica	Adherencia, seguridad y resultados	Registros clínicos
Organización	Espera, resolución y continuidad	Sistemas administrativos

La información debería relacionarse por servicio y periodo, no por nombres individuales. Esto permitiría analizar si los servicios con mejores condiciones laborales y mayor transferencia de capacitación presentan mejores resultados de calidad, controlando la demanda, complejidad y dotación.

Un diseño longitudinal permitiría comparar resultados antes y después de intervenciones sobre clima, capacitación o procesos. Esta estrategia sería más adecuada para aproximarse a la causalidad.

4.26. Matriz interpretativa general de la discusión

Tabla 4.11. Síntesis del contraste entre resultados y literatura

Hallazgo	Contraste con la evidencia	Interpretación	Orientación de mejora
Calidad global media	La calidad depende de personas, procesos y recursos	Sistema parcialmente funcional	Intervención integrada
Confianza alta	La seguridad y comunicación ética favorecen la experiencia	Fortaleza institucional	Mantener y auditar
Información clara	La comunicación influye en comprensión y satisfacción	Competencia favorable parcial	Mejorar resolución
Espera desfavorable	Entorno, dotación y procesos pueden afectar oportunidad	Brecha organizacional	Revisar flujo y carga
Coordinación parcial	El trabajo en equipo se relaciona con desempeño	Integración incompleta	Protocolos y entrenamiento
Telemedicina crítica	La efectividad depende del contexto y la pertinencia	Problema sociotécnico	Modelo híbrido
Farmacia insuficiente	La continuidad requiere capacidad logística	Brecha sistémica	Abastecimiento y seguimiento
Satisfacción media	La experiencia agrega múltiples procesos	Orden sin plena resolutiveidad	Mejorar puntos críticos
Acompañante relevante	La participación familiar puede favorecer continuidad	Mediación estructural	Incorporación autorizada
Clima no medido	Debe evaluarse directamente entre trabajadores	Inferencia limitada	Aplicar instrumento específico
Capacitación no medida	La asistencia no equivale a transferencia	Necesidades potenciales	Evaluar aprendizaje y desempeño

4.27. Síntesis de la discusión

El propósito de esta discusión es comprender que gestionar personas talentosas es un elemento importante de la atención de calidad, y que el impacto no es ni directo ni aislado. Las prácticas de recursos humanos relacionadas con la selección, dotación de personal, liderazgo,

capacitación, evaluación y bienestar, así como las políticas relacionadas con la colaboración, tienen un impacto a través de comportamientos profesionales y procesos organizacionales.

El diagnóstico revela una experiencia intermedia y heterogénea de la calidad. Las fortalezas que exhiben los hospitales incluyen confidencialidad, confianza, registro de información y comprensión de las necesidades. Existen brechas considerables en telemedicina, prontitud, resolución de solicitudes, canales digitales, coordinación y disponibilidad de medicamentos.

Las fortalezas sugieren la presencia de capacidades institucionales que deben preservarse. La confianza y claridad de la información son activos importantes que facilitan futuras intervenciones. Sin embargo, estas fortalezas no abordan las brechas relacionadas con la falta de resolución.

La principal perspectiva interpretativa organizacional implica una distinción entre la capacidad de registrar y la capacidad de resolver de manera oportuna. Esto puede estar relacionado con brechas en el clima organizacional, competencias, dotación de personal, procesos, tecnología y recursos. Los datos disponibles no permiten una respuesta concluyente.

Existe una necesidad evidente de capacitación en comunicación, orientación, atención digital, así como en telemedicina, trabajo en equipo, cuidado de los adultos mayores, confidencialidad y participación de acompañantes. La capacitación es necesaria, pero la transferencia organizacional de la capacitación y el apoyo son esenciales para su efectividad.

El clima organizacional debe medirse directamente entre los trabajadores. La percepción de los pacientes y acompañantes aporta información sobre los resultados finales del sistema externo, pero no sustituye la evaluación interna del liderazgo, comunicación, carga de trabajo, reconocimiento, seguridad psicológica y bienestar.

El elemento más importante de un sistema de salud es la telemedicina. Puede mejorarse seleccionando casos de uso adecuados, construyendo una conectividad robusta, estableciendo protocolos, integrando la información y brindando el soporte técnico necesario. Por supuesto, mejorar las habilidades digitales y de comunicación es igualmente importante.

Para ayudar a los pacientes, los procesos y tiempos de espera deben mejorarse, lo cual requiere revisar la situación del personal y ajustar la distribución del trabajo y la autonomía, así como rediseñar los procesos. La mejora de los servicios de farmacia requiere una intervención logística, junto con algunos ajustes y comunicación con los usuarios finales.

En esta población de pacientes, que a menudo son ancianos y están solos, la presencia de acompañantes debe ser reconocida oficialmente. Estos acompañantes no deben reemplazar la obligación de la institución de brindar los servicios que el paciente requiere.

Se ha validado un enfoque sistémico. La interacción de todos los elementos de un sistema de salud (competencia de los individuos, tecnología, capacitación, clima organizacional y recursos) determina la calidad de la atención, y no la calidad de un solo elemento.

La conclusión central del capítulo es que la gestión del talento humano produce valor asistencial cuando las políticas internas se traducen en personal competente y apoyado, equipos coordinados, procesos oportunos y una experiencia segura, clara, continua y resolutive para pacientes y acompañantes.

Esta discusión proporciona la base para el Capítulo V, en el que se formulará un Modelo Integrado de Gestión del Talento Humano Orientado a la Calidad Asistencial, con componentes, acciones, responsables, indicadores, metas, riesgos y ruta de implementación.

Capítulo V

**PROPUESTA DE MODELO INTEGRADO DE
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
ORIENTADO A LA CALIDAD ASISTENCIAL**

CAPÍTULO V – PROPUESTA DE MODELO INTEGRADO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO ORIENTADO A LA CALIDAD ASISTENCIAL

5.1. Introducción: del diagnóstico a la intervención institucional

Los capítulos anteriores permitieron constatar que la calidad de la atención no es exclusivamente resultado de las habilidades técnicas individuales de los trabajadores del sector salud. También depende de cómo la institución planifica, selecciona, distribuye, capacita, dirige, evalúa y, en el sentido adecuado, protege su personal; de las condiciones en las que se realiza el trabajo; del grado de coordinación entre servicios; y de la presencia de recursos que permitan transformar las habilidades profesionales en resultados efectivos para el usuario de los servicios de salud.

El diagnóstico empírico, basado en la experiencia de los usuarios y sus acompañantes, permitió identificar al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo y al Hospital III Yanahuara como poseedores de un nivel medio de calidad organizacional y en la atención. El índice compuesto fue de 53,60%. Las principales fortalezas fueron la seguridad y la certeza con una puntuación del 81,87%, la continuidad global de la información con un puntaje del 70,00% y la orientación e información sobre citas con un puntaje del 63,87%. Las mayores brechas se presentaron en telemedicina con una puntuación del 14,50%, procedimientos y tiempos de espera con un puntaje del 41,53% y satisfacción general con un puntaje del 56,67%. También se observaron brechas importantes en medios digitales de interacción con un 50,00%, así como en la continuidad farmacéutica y terapéutica con un 50,33%.

Estos resultados no constituyen una medición directa del clima organizacional ni de la formación recibida por los trabajadores, ya que los instrumentos se aplicaron a los usuarios y sus acompañantes. Sin embargo, muestran resultados externos concretos sobre los cuales las políticas de gestión del talento humano deben actuar: comunicación, orientación, coordinación, oportunidad, solución de problemas, continuidad, apoyo al usuario, atención remota y coordinación entre servicios.

Con esta delimitación, la propuesta de capítulo busca adoptar un enfoque más integral a los desafíos sistémicos planteados por las demandas, la dotación de personal, los procesos, las tecnologías, las infraestructuras, los suministros y las instituciones. Aquí, el objetivo es crear un modelo sistémico que conecte las políticas de capital humano de la organización con los

resultados observables tanto en la experiencia como en la calidad del servicio de atención brindado.

Según la Organización Mundial de la Salud, que los servicios sean efectivos, seguros, centrados en el paciente y juiciosos, oportunos, equitativos, integrados y eficientes requiere no solo toda la gobernanza, información, tecnologías, medicamentos e infraestructura necesarios, sino también trabajadores competentes, respaldados y motivados. Por ello, para lograr calidad, se requiere un enfoque sistémico, en lugar de una visión fragmentada centrada en el comportamiento de los individuos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020, 2025).

En concordancia con este enfoque, se propone el Modelo Integrado de Gestión del Talento Humano Orientado a la Calidad Asistencial, denominado en adelante MIGTH-CA. El modelo articula planificación de personal, clima organizacional, liderazgo, competencias, capacitación, trabajo en equipo, bienestar laboral, atención centrada en la persona, mejora de procesos y evaluación continua.

Su propósito no es incrementar indiscriminadamente el número de cursos ni crear una estructura administrativa adicional sin capacidad de decisión. Busca asegurar que cada intervención sobre el talento humano responda a una brecha comprobada, cuente con condiciones para ser aplicada y se evalúe mediante resultados observables en el personal, los procesos y los usuarios.

5.2. Justificación del modelo

La propuesta se justifica en cinco argumentos centrales.

El primero es que el personal sanitario constituye un componente estructural de la calidad. Los sistemas de salud dependen de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, distribución y competencia de sus trabajadores. La OPS reconoce que estos elementos son fundamentales para el acceso universal y la cobertura universal de salud, mientras que la OMS plantea que no puede existir un sistema funcional sin una fuerza laboral suficiente, competente y motivada (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017; OMS, 2025).

El segundo argumento es que las competencias profesionales no producen resultados automáticamente. Su aplicación depende de carga laboral, liderazgo, autonomía, recursos, coordinación, seguridad psicológica y apoyo institucional. Un trabajador puede estar capacitado y no lograr una atención oportuna cuando el proceso está fragmentado, el sistema informático falla, la demanda supera la capacidad instalada o no dispone de autoridad para resolver la necesidad del usuario.

El tercero es que el clima organizacional puede facilitar o limitar el desempeño. Los entornos laborales favorables se asocian con mejores resultados para el personal, la seguridad, la calidad y la satisfacción del paciente. Sin embargo, el clima debe medirse directamente entre los trabajadores, mediante instrumentos adecuados, y no inferirse exclusivamente desde las respuestas de los usuarios (Braithwaite et al., 2017; Lake et al., 2019; Kieft et al., 2014).

El cuarto argumento es que la capacitación solo genera valor cuando se transfiere al puesto de trabajo. La evidencia muestra que el desarrollo profesional continuo puede modificar conocimientos y comportamientos, pero sus efectos sobre los resultados del paciente son variables y dependen del diseño, la pertinencia, el seguimiento y las condiciones organizacionales que permiten aplicar lo aprendido (Samuel et al., 2021; Ali et al., 2025).

El quinto argumento es que la experiencia de pacientes y acompañantes aporta información relevante para la mejora. La experiencia se relaciona con seguridad y efectividad clínica y permite identificar problemas de comunicación, coordinación, trato, espera y continuidad que pueden no aparecer en los indicadores internos. Sin embargo, debe complementarse con datos clínicos, laborales y organizacionales (Doyle et al., 2013; Park & Giap, 2020).

Tabla 5.1. Línea base empírica utilizada para orientar el modelo

Dimensión evaluada	Línea base	Nivel	Implicancia para el modelo
Información, orientación y citas	63,87 %	Alto	Consolidar comunicación y mejorar confirmación y resolución
Canales digitales	50,00 %	Medio	Desarrollar competencias digitales y apoyo asistido
Trámites y tiempos de espera	41,53 %	Medio bajo	Revisar cargas, autonomía, flujos y coordinación
Continuidad de información	70,00 %	Alto	Convertir registro en integración efectiva entre servicios
Telemedicina	14,50 %	Muy bajo	Intervención tecnológica, clínica, organizacional y formativa
Farmacia y continuidad terapéutica	50,33 %	Medio	Mejorar coordinación y comunicación; intervenir abastecimiento
Seguridad y confianza	81,87 %	Muy alto	Mantener las competencias éticas y fortalecer la seguridad operativa
Satisfacción general	56,67 %	Medio	Mejorar la capacidad resolutoria global
Índice sintético	53,60 %	Medio	Requiere un programa institucional integrado

Nota: las metas incluidas en este capítulo son referencias propuestas para la planificación. No constituyen estándares oficiales y deberán ajustarse después de validar las líneas de base internas, la disponibilidad presupuestal, la complejidad de cada servicio y las prioridades institucionales.

5.3. Denominación y definición del modelo

El Modelo Integrado de Gestión del Talento Humano Orientado a la Calidad Asistencial —MIGTH-CA— es una propuesta de gestión institucional que articula políticas de personal, condiciones de trabajo, desarrollo de competencias, organización de procesos y participación de usuarios, con la finalidad de mejorar resultados verificables de calidad, seguridad, oportunidad, continuidad y experiencia asistencial.

El modelo se denomina integrado porque:

1. Vincula gestión de recursos humanos y gestión de la calidad.
2. Integra estructura, procesos y resultados.
3. Relaciona capacitación con transferencia y desempeño.
4. Considera simultáneamente al trabajador, al equipo, al servicio y al usuario.
5. Articula intervenciones formativas y no formativas.
6. Integra información del personal, indicadores asistenciales y experiencia usuaria.
7. Incluye a pacientes y acompañantes sin trasladarles responsabilidades institucionales.
8. Establece mecanismos de gobernanza, medición y mejora continua.

Se orienta a la calidad asistencial porque las decisiones internas se evalúan por su capacidad para producir atención segura, efectiva, oportuna, integrada, respetuosa y centrada en la persona.

5.4. Objetivo general del modelo

Fortalecer la calidad asistencial mediante una gestión integrada del talento humano que asegure personal suficiente, competente, apoyado y coordinado; un clima organizacional saludable; capacitación transferida al desempeño; procesos centrados en pacientes y acompañantes; y un sistema permanente de medición, aprendizaje y mejora.

5.5. Objetivos específicos

1. Alinear la planificación y distribución del personal con la demanda, complejidad y riesgos de los servicios.
2. Medir y mejorar el clima organizacional mediante intervenciones participativas y verificables.
3. Fortalecer el liderazgo de jefaturas y coordinadores de servicios.

4. Implantar una gestión por competencias técnicas, comunicacionales, digitales, éticas y relacionales.
5. Diseñar la capacitación a partir de brechas verificadas y evaluar su transferencia al puesto.
6. Mejorar la comunicación con pacientes y acompañantes.
7. Fortalecer el trabajo interprofesional, la coordinación y la continuidad asistencial.
8. Prevenir la sobrecarga, el agotamiento profesional y los riesgos para la salud del trabajador.
9. Intervenir los procesos críticos identificados en citas, orientación, canales digitales, telemedicina, farmacia y tiempos de espera.
10. Incorporar la experiencia del usuario y del acompañante en la mejora institucional.
11. Integrar indicadores de estructura, proceso y resultado en un tablero de control.
12. Institucionalizar un ciclo de evaluación, intervención, seguimiento y aprendizaje.

5.6. Principios rectores

El modelo se sustenta en doce principios.

Tabla 5.2. Principios rectores del MIGTH-CA

Principio	Contenido	Implicancia operativa
Centralidad en la persona	Las decisiones deben responder a necesidades y derechos de pacientes y acompañantes	Medir experiencia, claridad, oportunidad, respeto y resolución
Valoración del trabajador	El personal es un actor profesional con conocimientos, experiencia y necesidades de desarrollo	Evitar una gestión exclusivamente administrativa o sancionadora
Calidad y seguridad	Toda intervención debe contribuir a atención segura, efectiva y continua	Vincular gestión humana con indicadores de calidad
Equidad	Las condiciones laborales y la atención no deben generar discriminación	Revisar distribución de cargas y barreras de acceso
Participación	El personal y los usuarios deben intervenir en el diseño de mejoras	Incorporar espacios de consulta y cocreación
Liderazgo responsable	Las jefaturas deben orientar, apoyar, retroalimentar y resolver	Evaluar competencias de liderazgo
Seguridad psicológica	El personal debe poder solicitar ayuda y comunicar riesgos sin represalias injustificadas	Implantar mecanismos no punitivos de aprendizaje
Aprendizaje continuo	La capacitación debe responder a brechas y transferirse al trabajo	Evaluar conocimientos, conductas y resultados
Bienestar y sostenibilidad	La calidad no puede sostenerse con sobrecarga crónica	Medir carga, agotamiento, ausentismo y rotación
Responsabilidad sistémica	Las brechas deben analizarse en personas, procesos, recursos y tecnología	Evitar responsabilizar automáticamente al trabajador

Principio	Contenido	Implicancia operativa
Medición transparente	Las decisiones deben basarse en indicadores verificables	Utilizar líneas de base, metas y seguimiento
Mejora continua	El modelo debe ajustarse según resultados y cambios del contexto	Aplicar ciclos periódicos de diagnóstico e intervención

El principio de seguridad psicológica se relaciona con la posibilidad de comunicar errores, riesgos o dudas y aprender de ellos. La literatura identifica como facilitadores el apoyo, la inclusión, la orientación al aprendizaje, la familiaridad entre colegas y la prioridad institucional otorgada a la seguridad (O'Donovan & McAuliffe, 2020).

El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021–2030 también plantea que la reducción del daño requiere culturas, procesos, comportamientos, tecnologías y entornos organizados alrededor de la seguridad y la calidad (OMS, 2021).

5.7. Teoría de cambio del modelo

La teoría de cambio explica cómo las intervenciones propuestas pueden producir resultados. No representa una causalidad ya demostrada en los hospitales analizados, sino una hipótesis de intervención que debe comprobarse mediante seguimiento.

La secuencia general es la siguiente:

Gobernanza y planificación del talento humano → condiciones laborales y clima organizacional → competencias y bienestar → conductas profesionales y coordinación → procesos asistenciales → experiencia del usuario → calidad, seguridad y resultados.

Tabla 5.3. Cadena de resultados del MIGTH-CA

Nivel	Intervención	Resultado inmediato	Resultado intermedio	Resultado final
Gobernanza	Comité, políticas, responsabilidades y presupuesto	Decisiones coordinadas	Ejecución sostenible	Gestión institucional integrada
Planificación	Dotación, perfiles y distribución	Menor desajuste entre demanda y personal	Mayor disponibilidad y oportunidad	Mejor calidad y continuidad
Clima	Liderazgo, comunicación, reconocimiento y participación	Mayor apoyo y claridad	Mejor coordinación y compromiso	Mejor experiencia y seguridad
Competencias	Selección, inducción, capacitación y retroalimentación	Conocimientos y habilidades adecuados	Mejor desempeño	Atención más segura y resolutiva
Bienestar	Gestión de carga, apoyo y salud ocupacional	Menor riesgo psicosocial	Menor agotamiento y rotación	Sostenibilidad de la atención
Procesos	Simplificación, coordinación y tecnología funcional	Menor fragmentación	Mayor capacidad de respuesta	Atención oportuna e integrada

Nivel	Intervención	Resultado inmediato	Resultado intermedio	Resultado final
Participación	Escucha de pacientes y acompañantes	Información sobre barreras	Intervenciones centradas en necesidades	Mayor confianza y satisfacción
Evaluación	Tablero y ciclos de mejora	Detección temprana de brechas	Corrección sistemática	Aprendizaje institucional

La teoría de cambio reconoce que la capacitación no puede producir por sí sola mejoras en calidad cuando faltan recursos o condiciones para aplicar el aprendizaje. De igual manera, una adecuada dotación no garantiza resultados favorables si existen problemas de liderazgo, comunicación o competencia.

5.8. Arquitectura general del modelo

El MIGTH-CA se organiza en nueve componentes interdependientes.

Tabla 5.4. Arquitectura del modelo

Componente	Problema que aborda	Resultado esperado
1. Gobernanza y planificación estratégica del personal	Fragmentación entre gestión humana, calidad y servicios	Decisiones coordinadas sobre dotación, competencias y resultados
2. Clima organizacional, liderazgo y seguridad psicológica	Comunicación débil, bajo apoyo, conflictos o escasa participación	Ambiente de trabajo saludable y orientado al aprendizaje
3. Gestión por competencias y desempeño	Perfiles poco articulados con necesidades asistenciales	Personal adecuado al puesto y desempeño retroalimentado
4. Capacitación y desarrollo profesional continuo	Formación no vinculada con brechas o sin transferencia	Aprendizaje aplicado y resultados verificables
5. Comunicación centrada en pacientes y acompañantes	Orientación parcial, lenguaje poco claro y dependencia de terceros	Información comprensible y participación adecuada
6. Trabajo en equipo, coordinación y continuidad	Repetición de datos, fragmentación e información contradictoria	Atención integrada entre servicios y profesiones
7. Bienestar, carga laboral, seguridad y retención	Agotamiento, sobrecarga, ausentismo y rotación	Personal protegido y desempeño sostenible
8. Mejora de procesos asistenciales prioritarios	Brechas en citas, espera, telemedicina, canales y farmacia	Mayor oportunidad, accesibilidad y capacidad resolutive
9. Medición, experiencia usuaria y mejora continua	Información dispersa y evaluación aislada	Tablero integrado, aprendizaje y rendición de cuentas

Los componentes no deben implementarse como proyectos separados. Por ejemplo, mejorar telemedicina requiere competencias digitales, protocolos, soporte tecnológico, coordinación, tiempos de trabajo, selección de casos y evaluación de la experiencia. Del mismo modo, reducir la espera puede exigir rediseño del proceso, análisis de demanda, cambios de dotación y mayor autonomía del personal.

COMPONENTE 1

5.9. Gobernanza y planificación estratégica del talento humano

5.9.1. *Finalidad*

Asegurar que las decisiones sobre personal se encuentren alineadas con la demanda asistencial, la complejidad de los servicios, los riesgos para el paciente y los resultados esperados de calidad.

5.9.2. *Justificación*

La planificación del talento humano no debe limitarse a cubrir plazas o responder a vacantes. Debe analizar la cantidad, distribución, combinación de competencias, continuidad de equipos, carga por turno, ausentismo, rotación, demanda y prioridades asistenciales.

La OMS considera que la disponibilidad y la calidad del personal son condiciones esenciales para el funcionamiento del sistema sanitario. La estrategia regional de la OPS también enfatiza que la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, pertinencia y competencia del personal deben orientar las políticas de recursos humanos (OPS, 2017).

Los Lineamientos de Política de Recursos Humanos en Salud 2018–2030 del Perú proporcionan el marco nacional para fortalecer disponibilidad, distribución, competencias, condiciones laborales y desempeño del personal (Ministerio de Salud [MINSA], 2018).

5.9.3. *Líneas de acción*

1. Conformar un Comité de Gestión del Talento Humano y Calidad Asistencial.
2. Elaborar un mapa de dotación por servicio, turno, profesión y nivel de complejidad.
3. Relacionar la dotación con demanda, tiempos de espera, ausentismo, horas extraordinarias y eventos de seguridad.
4. Identificar puestos críticos y riesgos de discontinuidad.
5. Revisar la distribución de tareas clínicas y administrativas.
6. Analizar cargas evitables generadas por duplicidad, fallas de sistemas o procesos innecesarios.
7. Establecer planes de cobertura y reemplazo ante ausencias.
8. Incorporar competencias comunicacionales, digitales y de coordinación en los perfiles.
9. Integrar los planes de recursos humanos, capacitación, calidad y seguridad.
10. Revisar trimestralmente las brechas de personal de los servicios prioritarios.

5.9.4. Comité de gestión integrada

El comité deberá incluir, como mínimo:

- Dirección hospitalaria.
- Oficina o unidad de recursos humanos.
- Unidad de calidad.
- Seguridad del paciente.
- Docencia o capacitación.
- Salud ocupacional.
- Jefaturas asistenciales.
- Administración.
- Tecnologías de información.
- Farmacia.
- Atención al usuario.
- Representación de trabajadores.
- Participación consultiva de pacientes o acompañantes.

Tabla 5.5. Indicadores del componente de planificación

Indicador	Fórmula o criterio	Línea base	Meta referencial
Servicios con análisis actualizado de dotación	Servicios analizados / total de servicios × 100	Por levantar	100 % anual
Puestos críticos con perfil actualizado	Puestos actualizados / puestos críticos × 100	Por levantar	≥90 % en 12 meses
Turnos con cobertura conforme a programación	Turnos cubiertos / turnos programados × 100	Por levantar	≥95 %
Servicios con análisis de carga	Servicios con estudio / total priorizado × 100	Por levantar	100 % en 12 meses
Horas extraordinarias por trabajador	Total de horas extraordinarias / trabajadores	Por levantar	Reducción progresiva
Ausentismo no planificado	Jornadas perdidas / jornadas programadas × 100	Por levantar	Reducción anual
Rotación en puestos críticos	Salidas en puestos críticos / dotación media × 100	Por levantar	Reducción según línea base
Planes de recursos humanos vinculados con calidad	Planes integrados / total de planes × 100	Por levantar	100 %

COMPONENTE 2

5.10. Clima organizacional, liderazgo y seguridad psicológica

5.10.1. *Finalidad*

Crear un entorno de trabajo caracterizado por liderazgo responsable, comunicación interna, colaboración, reconocimiento, participación, trato justo, aprendizaje y posibilidad de comunicar riesgos.

5.10.2. *Medición directa del clima*

El clima debe evaluarse entre los trabajadores. La metodología aprobada mediante la Resolución Ministerial N.º 468-2011-MINSA proporciona instrumentos para estudiar las percepciones compartidas de las personas que trabajan en las organizaciones de salud. Por tanto, la experiencia de pacientes y acompañantes no reemplaza esta medición (MINSA, 2011).

El Manual de Buenas Prácticas para la Mejora del Clima Organizacional, aprobado por la Resolución Ministerial N.º 626-2015-MINSA, establece que el diagnóstico debe conducir a intervenciones, responsabilidades y monitoreo, y no limitarse a generar un puntaje (MINSA, 2015).

5.10.3. *Ciclo de intervención sobre clima*

1. Preparación y sensibilización.
2. Aplicación de la encuesta al personal.
3. Análisis institucional y por servicio.
4. Devolución confidencial de resultados.
5. Priorización de dimensiones críticas.
6. Diseño participativo de acciones.
7. Implementación.
8. Seguimiento trimestral.
9. Reevaluación anual.
10. Ajuste de las intervenciones.

5.10.4. *Dimensiones prioritarias*

- Liderazgo y apoyo.
- Comunicación interna.

- Trabajo en equipo.
- Reconocimiento.
- Justicia organizacional.
- Participación.
- Autonomía.
- Carga de trabajo.
- Disponibilidad de recursos.
- Seguridad psicológica.
- Aprendizaje.
- Bienestar.

5.10.5. Desarrollo del liderazgo

Las jefaturas intermedias deben contar con formación y acompañamiento en:

- Planificación de servicios.
- Comunicación y retroalimentación.
- Gestión de conflictos.
- Distribución de cargas.
- Reconocimiento.
- Seguridad psicológica.
- Respuesta ante incidentes.
- Gestión de cambios.
- Análisis de indicadores.
- Atención centrada en la persona.

Las revisiones sobre liderazgo sanitario muestran asociaciones entre estilos relacionales, mejores entornos laborales y resultados favorables del personal y de los pacientes, aunque la magnitud y los mecanismos varían entre estudios (Wong et al., 2013; Cummings et al., 2018).

Tabla 5.6. Indicadores de clima, liderazgo y seguridad psicológica

Indicador	Fórmula o medición	Línea base	Meta referencial
Cobertura de la encuesta de clima	Participantes / personal elegible × 100	Por levantar	≥80 %
Servicios con devolución de resultados	Servicios con devolución / servicios evaluados × 100	Por levantar	100 %

Indicador	Fórmula o medición	Línea base	Meta referencial
Servicios con plan de mejora	Servicios con plan / servicios evaluados × 100	Por levantar	100 %
Cumplimiento de acciones de clima	Acciones ejecutadas / acciones programadas × 100	Por levantar	≥85 %
Jefaturas formadas en liderazgo	Jefaturas capacitadas / total de jefaturas × 100	Por levantar	≥90 %
Percepción favorable de apoyo directivo	Respuestas favorables / respuestas válidas × 100	Por levantar	Incremento ≥10 puntos en 12 meses
Percepción favorable de comunicación interna	Respuestas favorables / respuestas válidas × 100	Por levantar	Incremento ≥10 puntos
Seguridad psicológica	Puntaje del instrumento seleccionado	Por levantar	Mejora anual verificable
Reconocimiento percibido	Respuestas favorables / válidas × 100	Por levantar	Incremento ≥10 puntos
Conflictos con intervención oportuna	Casos gestionados / casos reportados × 100	Por levantar	≥90 %

5.10.6. Uso no punitivo de los resultados

Los resultados de clima no deben utilizarse para identificar o sancionar individualmente a trabajadores. Su finalidad es detectar patrones del entorno y orientar acciones institucionales. La confidencialidad es indispensable para obtener respuestas válidas y sostener la participación.

COMPONENTE 3

5.11. Gestión por competencias y evaluación del desempeño

5.11.1. Finalidad

Asegurar que cada puesto cuente con un perfil claro y que el personal disponga de las competencias técnicas, éticas, comunicacionales, digitales y relacionales necesarias.

5.11.2. Modelo de competencias

El perfil institucional deberá incorporar seis grupos:

1. Competencias técnicas: conocimientos y habilidades propios del puesto.
2. Competencias de seguridad: prevención de riesgos, identificación correcta y cumplimiento de protocolos.
3. Competencias comunicacionales: escucha, lenguaje claro y verificación de comprensión.
4. Competencias relacionales: respeto, empatía, trato digno y manejo de situaciones difíciles.

5. Competencias de coordinación: trabajo en equipo, continuidad y transferencia de información.
6. Competencias digitales: uso seguro y pertinente de sistemas y modalidades remotas.

5.11.3. Líneas de acción

1. Revisar perfiles de puestos críticos.
2. Definir competencias observables y niveles de dominio.
3. Incorporar las competencias en selección e inducción.
4. Elaborar una inducción institucional y una inducción específica por servicio.
5. Establecer evaluación del desempeño con criterios técnicos y conductuales.
6. Incorporar retroalimentación periódica.
7. Utilizar los resultados para desarrollo y no exclusivamente para control.
8. Establecer planes individuales de mejora.
9. Reconocer conductas alineadas con calidad y seguridad.
10. Revisar perfiles cuando cambien procesos, tecnología o cartera de servicios.

Tabla 5.7. Matriz básica de competencias

Competencia	Conducta observable	Fuente de evaluación
Orientación al usuario	Explica pasos, deriva correctamente y verifica comprensión	Observación y experiencia usuaria
Comunicación	Utiliza lenguaje claro y escucha preguntas	Supervisión y encuesta
Seguridad	Aplica protocolos y comunica riesgos	Auditoría y registros
Coordinación	Transfiere información y evita contradicciones	Auditoría de procesos
Competencia digital	Utiliza sistemas y orienta al usuario	Evaluación práctica
Confidencialidad	Protege información y respeta autorizaciones	Auditoría y observación
Resolución	Gestiona situaciones dentro de su ámbito de autonomía	Supervisión
Trabajo en equipo	Colabora, solicita ayuda y comparte información	Evaluación del equipo
Atención a acompañantes	Informa con autorización y respeta la voz del paciente	Observación y encuesta
Mejora continua	Participa en análisis y propuestas	Registros de mejora

Tabla 5.8. Indicadores de gestión por competencias

Indicador	Línea base	Meta referencial
Puestos prioritarios con perfil por competencias	Por levantar	≥90 % en 12 meses
Personal con inducción institucional completa	Por levantar	100 % de nuevos ingresos
Personal con inducción específica de servicio	Por levantar	≥95 %
Personal evaluado dentro del periodo	Por levantar	≥90 % anual
Evaluaciones con retroalimentación documentada	Por levantar	≥90 %
Planes individuales de mejora cumplidos	Por levantar	≥80 %

Indicador	Línea base	Meta referencial
Competencias críticas con evaluación práctica	Por levantar	100 % de puestos priorizados
Reconocimientos vinculados con calidad	Por levantar	Programa activo en todos los servicios

La evaluación debe considerar el contexto. No es correcto atribuir bajo desempeño a una persona cuando el proceso carece de recursos, la carga es excesiva o el sistema impide aplicar la conducta esperada.

COMPONENTE 4

5.12. Capacitación y desarrollo profesional continuo con transferencia al puesto

5.12.1. Finalidad

Convertir la capacitación en una herramienta para cerrar brechas concretas de desempeño y calidad, y no únicamente en un registro de asistencia.

5.12.2. Identificación de necesidades

Las necesidades de capacitación deberán derivarse de:

- Resultados de clima.
- Evaluaciones de competencias.
- Auditorías de calidad.
- Incidentes de seguridad.
- Experiencia de pacientes y acompañantes.
- Cambios en procesos o tecnología.
- Revisión de historias o registros.
- Indicadores de tiempos y continuidad.
- Requerimientos normativos.
- Necesidades expresadas por el personal.

La evaluación de necesidades debe distinguir entre problemas formativos y no formativos. Una demora causada por falta de cupos o por un sistema lento no se resuelve mediante un curso. Una explicación confusa o un uso incorrecto de la plataforma sí puede requerir formación.

5.12.3. Ciclo formativo

1. Identificación de la brecha.
2. Análisis de causas.

3. Definición de competencia.
4. Diseño de objetivos de aprendizaje.
5. Selección de metodología.
6. Aplicación de la actividad.
7. Evaluación inmediata.
8. Observación de transferencia.
9. Medición del resultado del servicio.
10. Ajuste y refuerzo.

5.12.4. Modalidades recomendadas

- Simulación.
- Análisis de casos.
- Talleres interprofesionales.
- Demostración práctica.
- Microaprendizaje.
- Tutoría en el puesto.
- Revisión de incidentes.
- Auditoría con retroalimentación.
- Observación entre pares.
- Entrenamiento de equipos.
- Aprendizaje virtual complementario.
- Comunidades de práctica.

La evidencia muestra que las intervenciones multicomponente, contextualizadas y acompañadas de seguimiento presentan mayor potencial para modificar la práctica que las actividades aisladas y exclusivamente expositivas (Samuel et al., 2021; Ali et al., 2025).

Tabla 5.9. Plan temático prioritario

Línea formativa	Brecha que aborda	Población prioritaria	Metodología
Comunicación y lenguaje claro	Orientación parcial y satisfacción media	Personal de contacto y asistencial	Simulación y casos
Gestión de citas y orientación	Dificultades de confirmación	Admisión, orientación y consulta externa	Taller práctico
Competencias digitales	Dificultades de canales	Personal administrativo y asistencial	Demostración y tutoría

Línea formativa	Brecha que aborda	Población prioritaria	Metodología
Telemedicina	Calidad y resolución muy bajas	Profesionales y soporte	Simulación de teleconsulta
Trabajo en equipo	Coordinación parcial	Equipos interprofesionales	Entrenamiento de equipos
Transferencia de información	Repetición y discontinuidad	Servicios clínicos y administrativos	Casos y listas de verificación
Seguridad del paciente	Prevención de riesgos	Todo el personal	Simulación y revisión de incidentes
Confidencialidad	Mantener confianza	Todo el personal	Casos éticos y evaluación práctica
Atención a adultos mayores	Alta presencia en la muestra	Personal de contacto	Casos y comunicación adaptada
Participación del acompañante	Mediación frecuente	Personal clínico y administrativo	Taller ético-comunicacional
Recuperación del servicio	Satisfacción intermedia	Atención al usuario y jefaturas	Simulación
Liderazgo	Necesidad transversal	Jefaturas	Coaching y talleres

5.12.5. Evaluación de la capacitación

Tabla 5.10. Niveles de evaluación

Nivel	Pregunta	Indicador
Participación	¿Quiénes completaron la actividad?	Cobertura y finalización
Aprendizaje	¿Qué conocimientos o habilidades adquirieron?	Evaluación antes y después
Transferencia	¿Aplican lo aprendido?	Observación a 30–90 días
Desempeño	¿Cambió la conducta?	Auditoría y supervisión
Proceso	¿Mejóro el servicio?	Espera, coordinación o errores
Usuario	¿Mejóro la experiencia?	Claridad, confianza o satisfacción
Sostenibilidad	¿El cambio se mantiene?	Reevaluación a 6–12 meses

Tabla 5.11. Indicadores del componente formativo

Indicador	Línea base	Meta referencial
Actividades basadas en necesidades verificadas	Por levantar	100 %
Cobertura de personal priorizado	Por levantar	≥90 %
Mejora de conocimientos	Por levantar	≥20 % respecto a evaluación inicial
Competencia práctica satisfactoria	Por levantar	≥85 %
Actividades con evaluación de transferencia	Por levantar	≥80 %
Trabajadores que aplican la conducta esperada	Por levantar	≥75 % a 90 días
Acciones formativas vinculadas con indicadores de usuario	Por levantar	≥80 %

Indicador	Línea base	Meta referencial
Refuerzos efectuados ante transferencia insuficiente	Por levantar	100 % de brechas críticas

COMPONENTE 5

5.13. Comunicación centrada en pacientes y acompañantes

5.13.1. Finalidad

Garantizar que la información sea comprensible, coherente, respetuosa y útil para que el paciente participe en su atención y complete adecuadamente su recorrido asistencial.

5.13.2. Comunicación como competencia clínica y organizacional

La comunicación no constituye una habilidad accesoria. Influye en confianza, comprensión, adherencia, participación y satisfacción. La experiencia del paciente se relaciona con seguridad y efectividad, mientras que la comunicación empática puede mejorar resultados percibidos y la relación asistencial (Doyle et al., 2013; Howick et al., 2018).

5.13.3. Estándar institucional de comunicación

El personal deberá:

1. Presentarse e identificar su función.
2. Escuchar la necesidad antes de responder.
3. Utilizar lenguaje comprensible.
4. Evitar términos técnicos innecesarios.
5. Explicar los siguientes pasos.
6. Verificar comprensión.
7. Informar tiempos o limitaciones reales.
8. Evitar información contradictoria.
9. respetar privacidad y confidencialidad.
10. Incorporar al acompañante cuando exista autorización.
11. Mantener la voz y autonomía del paciente.
12. Documentar información crítica.

5.13.4. Participación del acompañante

El acompañante debe ser reconocido como apoyo potencial, no como sustituto del paciente ni del hospital. Su participación deberá basarse en:

- Autorización.
- Confidencialidad.
- Respeto a la autonomía.
- Necesidad real de apoyo.
- Información coherente.
- Registro cuando corresponda.
- Canales accesibles.

La evidencia sobre participación de pacientes y familias muestra potencial para contribuir a seguridad y continuidad, aunque su efectividad depende del diseño, la infraestructura institucional y el nivel real de participación (Park & Giap, 2020; Chegini et al., 2021).

Tabla 5.12. Indicadores de comunicación y atención centrada en la persona

Indicador	Línea base	Meta referencial
Información, orientación y citas	63,87 %	≥75 % en 12 meses; ≥80 % en 24 meses
Orientación previa clara	50,00 %	≥70 % en 12 meses
Confirmación sencilla de cita	50,33 %	≥70 % en 12 meses
Usuarios que comprenden requisitos	94,17 %	Mantener ≥90 %
Usuarios que perciben información coherente	Por levantar	≥80 %
Usuarios que indican haber sido escuchados	Por levantar	≥80 %
Usuarios que comprenden los siguientes pasos	Por levantar	≥85 %
Acompañantes que reciben orientación autorizada	Por levantar	≥80 %
Reclamos por información contradictoria	Por levantar	Reducción anual ≥20 %
Personal evaluado en comunicación	Por levantar	≥90 % en puestos priorizados

COMPONENTE 6

5.14. Trabajo en equipo, coordinación y continuidad asistencial

5.14.1. Finalidad

Asegurar que profesionales, servicios y áreas administrativas actúen de manera articulada, con información consistente, roles definidos y continuidad entre los puntos de atención.

5.14.2. Justificación

La continuidad general alcanzó 70 %, pero la no repetición de datos, la coordinación y la disponibilidad oportuna se mantuvieron en niveles medios. Esto indica que existe registro, pero la integración práctica todavía es parcial.

El trabajo en equipo se relaciona positivamente con el desempeño de los equipos sanitarios. La formación en comunicación y coordinación puede mejorar procesos, siempre que exista apoyo organizacional, claridad de roles y condiciones para aplicar las conductas aprendidas (Schmutz et al., 2019; Hughes et al., 2016).

5.14.3. Líneas de acción

1. Mapear los puntos de transferencia de información.
2. Definir responsabilidades en cada transición.
3. Implantar formatos estandarizados para información crítica.
4. Realizar reuniones breves de coordinación en servicios prioritarios.
5. Revisar casos de fragmentación.
6. Evitar la repetición innecesaria de datos.
7. Integrar telemedicina, laboratorio, imágenes y farmacia con el proceso asistencial.
8. Establecer un responsable de continuidad en casos complejos.
9. Formar equipos interprofesionales.
10. Medir información contradictoria y derivaciones fallidas.
11. Utilizar listas de verificación para transferencias.
12. Incorporar la perspectiva del usuario en el análisis de recorridos.

Tabla 5.13. Indicadores de coordinación y continuidad

Indicador	Línea base	Meta referencial
Continuidad de información	70,00 %	≥80 % en 24 meses
Usuarios que no repiten datos	50,00 %	≥65 % en 12 meses; ≥80 % en 24 meses
Coordinación percibida entre servicios	50,00 %	≥65 % en 12 meses; ≥80 % en 24 meses
Resultados disponibles oportunamente	50,00 %	≥70 % en 12 meses
Transferencias con formato estandarizado	Por levantar	≥90 %
Servicios con reunión de coordinación	Por levantar	100 % de servicios priorizados
Casos complejos con responsable de continuidad	Por levantar	≥90 %
Incidentes por información incompleta	Por levantar	Reducción anual ≥20 %
Personal formado en trabajo en equipo	Por levantar	≥90 %
Derivaciones internas resueltas sin retorno innecesario	Por levantar	≥80 %

COMPONENTE 7

5.15. Bienestar, carga laboral, seguridad ocupacional y retención

5.15.1. Finalidad

Proteger la salud física y mental del personal y garantizar condiciones sostenibles para un desempeño seguro y de calidad.

5.15.2. Justificación

El agotamiento profesional se asocia con menor seguridad, menor calidad y menor satisfacción de los pacientes. También se relaciona con compromiso, productividad, ausentismo e intención de abandonar la organización (Li et al., 2024; Jun et al., 2021).

La OMS establece que los trabajadores necesitan habilidades, recursos, empleo seguro y entornos saludables y de apoyo para brindar atención respetuosa y de calidad. Las intervenciones no deben concentrarse únicamente en la resiliencia individual; también deben modificar riesgos psicosociales, sobrecarga, falta de control y ausencia de apoyo.

5.15.3. Líneas de acción

1. Medir periódicamente agotamiento, bienestar y riesgos psicosociales.
2. Analizar cargas por servicio y turno.
3. Revisar jornadas prolongadas y horas extraordinarias.
4. Establecer pausas y descansos compatibles con la continuidad.
5. Implementar apoyo confidencial para trabajadores.
6. Formar a jefaturas para identificar señales de desgaste.
7. Establecer protocolos ante violencia o agresión.
8. Mejorar disponibilidad de recursos esenciales.
9. Reconocer el esfuerzo y las buenas prácticas.
10. Promover participación en decisiones.
11. Analizar causas de ausentismo y rotación.
12. Desarrollar planes de retención en puestos críticos.

Tabla 5.14. Indicadores de bienestar y sostenibilidad

Indicador	Línea base	Meta referencial
Personal evaluado en riesgos psicosociales	Por levantar	≥80 % anual
Agotamiento profesional	Por levantar	Reducción progresiva

Indicador	Línea base	Meta referencial
Percepción de carga manejable	Por levantar	Incremento ≥ 10 puntos en 12 meses
Jornadas extraordinarias	Por levantar	Reducción según línea base
Ausentismo	Por levantar	Reducción anual
Rotación voluntaria	Por levantar	Reducción en puestos críticos
Personal que conoce los mecanismos de apoyo	Por levantar	≥ 90 %
Casos de violencia atendidos según protocolo	Por levantar	100 %
Percepción favorable de reconocimiento	Por levantar	Incremento ≥ 10 puntos
Intención de permanencia	Por levantar	Mejora anual
Incidentes relacionados con fatiga	Por levantar	Reducción anual
Servicios con plan de bienestar	Por levantar	100 % de servicios críticos

El bienestar debe gestionarse sin estigmatización. La información individual de salud mental o agotamiento debe ser confidencial y no utilizarse para decisiones disciplinarias.

COMPONENTE 8

5.16. Mejora de procesos asistenciales prioritarios y condiciones habilitantes

5.16.1. Finalidad

Intervenir los puntos del recorrido hospitalario en los que el diagnóstico mostró mayor deterioro, combinando acciones sobre personal, procesos, tecnología, logística y recursos.

Este componente evita que el modelo se limite a las políticas de recursos humanos. Las competencias del personal solo pueden producir calidad cuando los procesos y recursos las hacen aplicables.

5.16.2. Gestión de citas y orientación

Acciones prioritarias:

1. Confirmación multicanal.
2. Recordatorios.
3. Información previa de requisitos.
4. Rutas internas comprensibles.
5. Personal actualizado sobre cambios.
6. Capacidad para reprogramar o resolver consultas.
7. Seguimiento de citas no confirmadas.
8. Módulos de apoyo a adultos mayores.

5.16.3. Trámites y tiempos de espera

Acciones prioritarias:

1. Mapear el recorrido del usuario.
2. Eliminar pasos duplicados.
3. Diferenciar trámites simples y complejos.
4. Revisar horarios y distribución de personal.
5. Medir tiempos reales.
6. Otorgar autonomía dentro de reglas definidas.
7. Mejorar señalización.
8. Establecer alertas ante congestión.
9. Comunicar tiempos estimados.
10. Analizar causas de demoras recurrentes.

5.16.4. Canales digitales

Acciones prioritarias:

1. Identificar canales oficiales.
2. Simplificar lenguaje.
3. Establecer tiempos máximos de respuesta.
4. Confirmar la recepción del trámite.
5. Crear soporte asistido.
6. Mantener alternativas presenciales y telefónicas.
7. Formar al personal de orientación.
8. Evaluar usabilidad y seguridad.

5.16.5. Telemedicina

La telemedicina constituye la prioridad más crítica. Debe rediseñarse como modalidad híbrida, asistida y aplicada a casos pertinentes.

Se requiere:

1. Definir criterios de inclusión y exclusión.
2. Verificar conectividad antes de la atención.
3. Orientar al paciente y acompañante.

4. Identificar correctamente al paciente.
5. Registrar la atención.
6. Utilizar comunicación estructurada.
7. Entregar indicaciones comprensibles.
8. Definir seguimiento.
9. Justificar la derivación presencial.
10. Medir la resolutiveidad.

5.16.6. Farmacia y continuidad terapéutica

Acciones prioritarias:

1. Información actualizada de stock.
2. Registro de entrega completa o parcial.
3. Seguimiento de pendientes.
4. Comunicación de reposición.
5. Coordinación entre prescripción, farmacia y almacén.
6. Alertas de medicamentos críticos.
7. Orientación clara ante falta de disponibilidad.
8. Análisis de compra externa.
9. Evaluación de experiencia en farmacia.

Tabla 5.15. Metas referenciales para procesos críticos

Proceso	Línea base	Meta a 12 meses	Meta a 24 meses
Información, orientación y citas	63,87 %	≥72 %	≥80 %
Facilidad de canales digitales	50,00 %	≥65 %	≥75 %
Trámites y tiempos de espera	41,53 %	≥55 %	≥70 %
Tiempo de espera razonable	31,67 %	≥50 %	≥70 %
Resolución oportuna de trámites	17,50 %	≥40 %	≥65 %
Continuidad de información	70,00 %	≥75 %	≥82 %
Telemedicina	14,50 %	≥35 %	≥60 %
Resolutiveidad específica de telemedicina	5,00 %	≥30 %	≥60 %
Disponibilidad de medicamentos	25,00 %	≥50 %	≥75 %
Farmacia y continuidad terapéutica	50,33 %	≥60 %	≥75 %
Seguridad y confianza	81,87 %	Mantener ≥82 %	Mantener ≥85 %
Satisfacción general	56,67 %	≥68 %	≥78 %
Índice sintético	53,60 %	≥65 %	≥75 %

Las metas son orientativas. Antes de aprobarlas deberán revisarse los denominadores, la base individual disponible, la factibilidad tecnológica y logística y la capacidad presupuestal.

Tabla 5.16. Clasificación de intervenciones según la causa predominante

Brecha	Intervención formativa	Intervención organizacional	Intervención tecnológica o logística
Información poco clara	Comunicación y orientación	Protocolos comunes	Materiales y canales actualizados
Citas difíciles de confirmar	Uso del sistema y respuesta	Rediseño de programación	Plataforma y mensajería
Espera prolongada	Gestión de flujos	Dotación, horarios y autonomía	Sistemas de turnos
Repetición de datos	Registro adecuado	Responsabilidad entre áreas	Interoperabilidad
Telemedicina insuficiente	Comunicación y competencia digital	Selección de casos y seguimiento	Conectividad y soporte
Falta de medicamentos	Comunicación al usuario	Coordinación interdepartamental	Compras e inventarios
Inseguridad del canal	Protección de datos	Gobernanza de información	Ciberseguridad
Dependencia del acompañante	Comunicación adaptada	Atención multicanal	Herramientas accesibles

COMPONENTE 9

5.17. Medición, experiencia usuaria y mejora continua

5.17.1. Finalidad

Crear un sistema integrado de información que permita relacionar las condiciones del personal con el desempeño de los procesos y la experiencia de pacientes y acompañantes.

La OMS recomienda un enfoque sistémico para planificar la calidad y señala que las acciones deben adaptarse al nivel institucional y contar con participación de gestores, trabajadores, pacientes y comunidades (OMS, 2020).

5.17.2. Tablero integrado

El tablero deberá reunir cuatro tipos de indicadores:

1. Indicadores de estructura: dotación, perfiles, capacitación, recursos y tecnología.
2. Indicadores de proceso: espera, orientación, coordinación, cumplimiento y transferencia.
3. Indicadores de personal: clima, bienestar, ausentismo, rotación y desempeño.
4. Indicadores de usuario y resultado: experiencia, confianza, satisfacción, seguridad y continuidad.

Tabla 5.17. Sistema integral de indicadores

Dimensión	Indicador principal	Fuente	Frecuencia
Dotación	Cobertura por servicio y turno	Recursos humanos	Mensual
Carga laboral	Pacientes, trámites u horas por trabajador	Sistemas y jefaturas	Mensual
Clima	Puntaje global y por dimensión	Encuesta al personal	Anual
Liderazgo	Percepción de apoyo y retroalimentación	Encuesta	Semestral o anual
Capacitación	Cobertura, aprendizaje y transferencia	Docencia y supervisión	Trimestral
Competencias	Cumplimiento por perfil	Evaluación del desempeño	Anual
Bienestar	Agotamiento y riesgos psicosociales	Salud ocupacional	Anual
Coordinación	Repetición, transferencias y continuidad	Auditoría y usuarios	Trimestral
Oportunidad	Espera y resolución	Sistemas y encuesta	Mensual/trimestral
Telemedicina	Facilidad, resolución y derivación	Plataforma y usuarios	Mensual
Farmacia	Entrega completa y compra externa	Farmacia y usuarios	Mensual
Seguridad	Incidentes y confianza	Seguridad y encuesta	Mensual/trimestral
Experiencia	Claridad, respeto, participación y satisfacción	Encuesta breve	Trimestral
Acompañamiento	Orientación y apoyo autorizado	Encuesta	Trimestral

5.17.3. Escucha permanente

El sistema deberá combinar:

- Encuestas breves.
- Entrevistas focalizadas.
- Observación del recorrido.
- Quejas y reclamos.
- Sugerencias.
- Grupos de usuarios.
- Reportes del personal.
- Auditorías de procesos.
- Indicadores clínicos.
- Datos de sistemas administrativos.

Las quejas de pacientes pueden aportar información útil para detectar fallas sistémicas y riesgos, siempre que se analicen de manera estructurada y no como hechos aislados (Reader et al., 2014).

5.17.4. Ciclo de mejora

1. Medir.
2. Identificar la brecha.
3. Analizar causas.
4. Priorizar.
5. Diseñar la intervención.
6. Implementar.
7. Verificar la transferencia.
8. Medir resultados.
9. Comunicar avances.
10. Estandarizar o corregir.

5.18. Plan institucional de capacitación asociado al modelo

El plan anual de capacitación deberá dejar de organizarse principalmente por disponibilidad de cursos. Debe estructurarse a partir de brechas institucionales.

Tabla 5.18. Matriz de planificación formativa

Etapa	Pregunta	Producto
Diagnóstico	¿Qué resultado debe mejorar?	Brecha priorizada
Análisis causal	¿El problema es formativo?	Causas y condiciones
Competencia	¿Qué debe ser capaz de hacer el personal?	Conducta observable
Diseño	¿Cómo se aprenderá?	Programa formativo
Aplicación	¿Quién, cuándo y dónde?	Cronograma
Evaluación	¿Qué aprendió?	Resultado inmediato
Transferencia	¿Lo aplica en el servicio?	Observación a 30–90 días
Resultado	¿Mejóro el proceso o usuario?	Indicador comparado
Sostenibilidad	¿El cambio se mantiene?	Reevaluación

Tabla 5.19. Ejemplo de vinculación entre formación y resultado

Brecha	Competencia esperada	Intervención	Indicador de transferencia	Indicador final
Información poco clara	Explica y verifica comprensión	Simulación	Conducta observada	Claridad percibida
Citas no confirmadas	Resuelve y registra solicitudes	Taller práctico	Uso correcto del sistema	Confirmación oportuna
Telemedicina poco resolutive	Comunica, selecciona y sigue casos	Simulación remota	Cumplimiento del protocolo	Resolutividad
Repetición de datos	Registra y consulta información	Entrenamiento en servicio	Menor duplicidad	Continuidad

Brecha	Competencia esperada	Intervención	Indicador de transferencia	Indicador final
Conflictos entre áreas	Coordina y comunica	Entrenamiento de equipos	Uso de herramientas de transferencia	Coordinación
Dificultades con acompañantes	Comunica con autorización	Casos éticos	Conducta observada	Satisfacción
Reclamos recurrentes	Recupera el servicio	Simulación	Resolución en primer contacto	Menor recurrencia
Riesgos de confidencialidad	Aplica prácticas seguras	Casos y evaluación	Cumplimiento	Confianza

5.19. Ruta de implementación

La implementación deberá ser gradual, priorizada y compatible con la capacidad institucional.

Tabla 5.20. Ruta general de implementación

Fase	Periodo	Acciones centrales	Producto
0. Preparación	Meses 0–2	Conformar comité, validar datos, aprobar modelo y responsables	Resolución o documento institucional
1. Línea base y acciones inmediatas	Meses 3–6	Medir clima, carga, bienestar y competencias; intervenir orientación y citas	Diagnóstico interno y plan de mejora
2. Desarrollo de capacidades	Meses 7–12	Liderazgo, comunicación, trabajo en equipo, competencias digitales y telemedicina	Personal formado y transferencia inicial
3. Rediseño organizacional	Meses 7–18	Simplificar trámites, revisar dotación, mejorar coordinación y farmacia	Procesos rediseñados
4. Integración	Meses 13–24	Tablero integrado, continuidad, telemedicina híbrida y seguimiento	Modelo operativo institucional
5. Evaluación e institucionalización	Mes 24	Reevaluar clima, personal, procesos y experiencia	Informe de impacto y ajuste

5.19.1. Fase 0: preparación

Acciones:

- Aprobación directiva.
- Conformación del comité.
- Designación de coordinador.
- Inventario de fuentes de datos.
- Revisión ética.
- Comunicación al personal.
- Definición de servicios prioritarios.

5.19.2. Fase 1: línea base y mejoras rápidas

Acciones:

- Encuesta de clima.
- Evaluación de bienestar.
- Mapa de dotación.
- Revisión de perfiles.
- Análisis de cursos existentes.
- Actualización de orientación.
- Mejora de confirmación de citas.
- Identificación de canales oficiales.
- Corrección inicial de rutas.

5.19.3. Fase 2: desarrollo de capacidades

Acciones:

- Formación de jefaturas.
- Comunicación centrada en la persona.
- Atención a adultos mayores.
- Competencias digitales.
- Telemedicina.
- Trabajo en equipo.
- Confidencialidad.
- Recuperación del servicio.

5.19.4. Fase 3: rediseño organizacional

Acciones:

- Simplificación de trámites.
- Redistribución de tareas.
- Revisión de horarios.
- Protocolos de transferencia.
- Seguimiento de entregas parciales.
- Criterios de telemedicina.
- Módulos de asistencia.
- Integración de datos.

5.19.5. Fase 4: integración y tablero

Acciones:

- Integrar recursos humanos, calidad y experiencia.
- Establecer alertas.
- Revisar indicadores mensuales.
- Publicar resultados agregados.
- Implementar planes correctivos.
- Realizar auditorías de transferencia.

5.19.6. Fase 5: evaluación

Acciones:

- Repetir mediciones.
- Comparar líneas de base.
- Analizar resultados por hospital y servicio.
- Revisar efectos no deseados.
- Ajustar metas.
- Estandarizar buenas prácticas.
- Elaborar el siguiente ciclo.

5.20. Priorización de acciones

Tabla 5.21. Matriz de prioridad

Acción	Urgencia	Impacto esperado	Complejidad	Prioridad
Medición directa de clima	Alta	Alta	Media	Muy alta
Rediseño de telemedicina	Muy alta	Alta	Alta	Muy alta
Mejora de citas y orientación	Alta	Alta	Media	Muy alta
Formación en comunicación	Alta	Alta	Media	Muy alta
Simplificación de trámites	Alta	Alta	Alta	Muy alta
Análisis de dotación y carga	Alta	Alta	Alta	Muy alta
Trabajo en equipo y continuidad	Alta	Alta	Media	Muy alta
Bienestar y riesgos psicosociales	Alta	Alta	Media	Muy alta
Mejora de disponibilidad farmacéutica	Muy alta	Alta	Alta	Muy alta
Actualización de perfiles	Media	Alta	Media	Alta
Seguridad de datos	Media	Alta	Media	Alta, de mantenimiento
Programa de reconocimiento	Media	Media	Baja	Alta

Acción	Urgencia	Impacto esperado	Complejidad	Prioridad
Tablero integrado	Alta	Alta	Alta	Muy alta
Participación de acompañantes	Media	Media-alta	Media	Alta

5.21. Roles y responsabilidades

Tabla 5.22. Responsabilidades institucionales

Área o actor	Responsabilidad
Dirección hospitalaria	Aprobar el modelo, asignar recursos y exigir seguimiento
Recursos humanos	Planificación, perfiles, clima, desempeño, dotación y retención
Unidad de calidad	Integrar indicadores, coordinar mejora y evaluar resultados
Docencia o capacitación	Diseñar formación y evaluar transferencia
Salud ocupacional	Medir riesgos, bienestar y agotamiento
Seguridad del paciente	Analizar incidentes y promover aprendizaje no punitivo
Jefaturas	Organizar trabajo, retroalimentar y ejecutar mejoras
Servicios asistenciales	Aplicar competencias y protocolos
Administración	Simplificar trámites y mejorar flujos
Tecnologías de información	Garantizar sistemas funcionales, soporte y seguridad
Farmacia	Disponibilidad, información, entrega y seguimiento
Atención al usuario	Recoger experiencia, reclamos y propuestas
Comité de ética	Supervisar protección y uso de información
Trabajadores	Participar, aplicar mejoras y comunicar riesgos
Pacientes y acompañantes	Aportar experiencia y participar de manera autorizada

5.21.1. Responsabilidad de las jefaturas

Las jefaturas son responsables de traducir las políticas en prácticas cotidianas. Deben:

- Comunicar prioridades.
- Organizar cargas.
- Facilitar la capacitación.
- Proporcionar retroalimentación.
- Reconocer conductas adecuadas.
- Corregir procesos.
- Promover seguridad psicológica.
- Analizar indicadores.
- Escuchar al equipo.
- Escalar problemas que excedan su autoridad.

5.22. Sistema de monitoreo y evaluación

5.22.1. Monitoreo mensual

Deberá revisar:

- Dotación y ausentismo.
- Horas extraordinarias.
- Tiempos de espera.
- Resolución de trámites.
- Incidentes de seguridad.
- Respuesta de canales.
- Telemedicina.
- Medicamentos.
- Reclamos.

5.22.2. Monitoreo trimestral

Deberá revisar:

- Cumplimiento de acciones.
- Transferencia de capacitación.
- Coordinación.
- Experiencia del usuario.
- Resultados por servicio.
- Barreras recurrentes.
- Riesgos emergentes.

5.22.3. Evaluación semestral

Deberá revisar:

- Avance de metas.
- Satisfacción.
- Continuidad.
- Resolución.
- Bienestar laboral.
- Liderazgo.

- Necesidades de ajuste.

5.22.4. Evaluación anual

Deberá incluir:

- Clima organizacional.
- Competencias.
- Desempeño.
- Agotamiento y bienestar.
- Rotación y ausentismo.
- Indicadores de calidad.
- Experiencia de pacientes y acompañantes.
- Comparación entre hospitales.
- Informe de resultados.
- Plan del siguiente periodo.

Tabla 5.23. Semaforización propuesta

Estado	Criterio
Verde	Meta alcanzada o superada
Amarillo	Avance entre 80 % y 99 % de la meta
Naranja	Avance entre 50 % y 79 %
Rojo	Avance menor de 50 % o deterioro
Gris	Sin información suficiente

La falta de información deberá considerarse un problema de gestión y no interpretarse como resultado favorable.

5.23. Gestión de riesgos

Tabla 5.24. Riesgos y medidas de mitigación

Riesgo	Consecuencia	Mitigación
Reducir el modelo a cursos	No cambia el entorno ni los procesos	Exigir análisis causal y transferencia
Baja participación del personal	Diagnóstico incompleto	Comunicación, confidencialidad y participación sindical
Uso punitivo de clima o bienestar	Respuestas sesgadas y desconfianza	Datos agregados y reglas explícitas
Sobrecargar al personal con actividades	Mayor agotamiento	Tiempo protegido y priorización
Falta de liderazgo	Acciones fragmentadas	Responsabilidad directiva y tablero
Rotación de jefaturas	Pérdida de continuidad	Protocolos y planes de sucesión

Riesgo	Consecuencia	Mitigación
Metas poco realistas	Desmotivación o manipulación	Validación técnica y ajuste periódico
Indicadores sin decisiones	Medición burocrática	Reuniones con acciones y responsables
Tecnología deficiente	Imposibilidad de aplicar competencias	Inversión y soporte
Falta de medicamentos	Insatisfacción pese a buena comunicación	Intervención logística
Dependencia del acompañante	Inequidad para pacientes sin apoyo	Canales asistidos y alternativas
Exposición de datos	Pérdida de confianza	Seguridad y gobernanza
Evaluar solo satisfacción	Ocultar problemas clínicos	Triangulación con datos técnicos
Resistencia al cambio	Retraso en implementación	Cocreación y comunicación
Falta de presupuesto	Intervenciones discontinuas	Implementación gradual

5.24. Recursos necesarios

La implementación requiere recursos humanos, organizacionales, tecnológicos y financieros. No todos los componentes implican nueva contratación; algunos exigen reorganizar responsabilidades, eliminar duplicidades y priorizar actividades.

Tabla 5.25. Categorías de recursos

Categoría	Requerimiento
Gobernanza	Comité, coordinación y tiempo directivo
Talento humano	Analistas, facilitadores, supervisores y personal de apoyo
Formación	Materiales, simulación, tutoría y tiempo protegido
Clima	Instrumentos, procesamiento y devolución
Bienestar	Evaluación de riesgos y soporte confidencial
Tecnología	Sistemas, telemedicina, seguridad y tableros
Procesos	Mapeo, señalización y rediseño
Farmacia	Información de stock y seguimiento
Experiencia usuaria	Encuestas, entrevistas y observación
Evaluación	Analítica de datos, auditorías e informes

5.24.1. Criterios de asignación presupuestal

Los recursos deberán priorizar:

1. Riesgos para la seguridad.
2. Brechas con mayor deterioro.
3. Procesos de mayor volumen.
4. Poblaciones vulnerables.
5. Intervenciones con factibilidad.

6. Acciones que reduzcan carga innecesaria.
7. Sostenibilidad.
8. Evaluación.

5.25. Ética, confidencialidad y uso responsable de información

El modelo producirá información sobre clima, desempeño, bienestar, experiencia y resultados. Su uso deberá sujetarse a reglas éticas.

1. Los datos de clima y bienestar se analizarán de manera agregada.
2. No se publicarán resultados que permitan identificar trabajadores.
3. Los datos individuales de salud ocupacional serán confidenciales.
4. La evaluación del desempeño deberá utilizar criterios conocidos.
5. Los usuarios participarán voluntariamente.
6. Las opiniones de pacientes no se utilizarán como única base para sancionar.
7. La información se utilizará para mejora, seguridad y desarrollo.
8. Se limitará el acceso a datos sensibles.
9. Se establecerán periodos de conservación.
10. Se documentarán modificaciones de indicadores.

La experiencia del usuario no debe convertirse en un mecanismo de presión para promover conductas complacientes contrarias a la evidencia clínica. La atención centrada en la persona integra preferencias y valores con conocimiento profesional y seguridad.

5.26. Aplicación diferenciada en los dos hospitales

Aunque existe un patrón común, las prioridades relativas no son idénticas.

Tabla 5.26. Prioridades por establecimiento

Dimensión	HNCAS E	Hospital III Yanahuara	Orientación diferenciada
Información y citas	61,27 %	66,47 %	Mayor refuerzo inicial en HNCASE
Canales digitales	50,00 %	50,00 %	Intervención común
Trámites y espera	42,22 %	40,83 %	Intervención común, con mayor prioridad relativa en Yanahuara
Continuidad	70,00 %	70,00 %	Consolidación común
Telemedicina	18,00 %	11,00 %	Prioridad crítica en ambos; mayor intensidad en Yanahuara
Farmacia	50,67 %	50,00 %	Intervención común

Dimensión	HNCAS E	Hospital III Yanahuara	Orientación diferenciada
Seguridad y confianza	74,00 %	89,73 %	Refuerzo prioritario en HNCASE; mantener en Yanahuara
Satisfacción	53,33 %	60,00 %	Mayor prioridad relativa en HNCASE
Resultado global	52,44 %	54,75 %	Modelo común con planes operativos específicos

La comparación es descriptiva. Antes de atribuir diferencias a prácticas institucionales será necesario controlar composición de la muestra, demanda, complejidad, dotación y condiciones de los servicios.

5.26.1. Prioridades comunes

- Telemedicina.
- Trámites y tiempos.
- Canales digitales.
- Farmacia.
- Coordinación.
- Atención a adultos mayores.
- Participación de acompañantes.
- Medición directa del clima.
- Evaluación de competencias.
- Bienestar laboral.

5.27. Resultados esperados

5.27.1. Resultados a corto plazo

- Comité constituido.
- Línea base interna disponible.
- Perfiles prioritarios revisados.
- Jefaturas sensibilizadas.
- Plan de capacitación basado en brechas.
- Canales y rutas actualizados.
- Protocolos iniciales de telemedicina.
- Tablero básico operativo.

5.27.2. Resultados a mediano plazo

- Mejora del clima en dimensiones prioritarias.
- Mayor transferencia de la capacitación.
- Reducción de información contradictoria.
- Mayor confirmación de citas.
- Menor espera.
- Mejor coordinación.
- Mayor seguridad percibida en canales.
- Mayor resolución de telemedicina.
- Mejor información sobre medicamentos.

5.27.3. Resultados a largo plazo

- Gestión del talento humano integrada con calidad.
- Personal más competente y apoyado.
- Menor agotamiento y rotación.
- Equipos más coordinados.
- Procesos oportunos y continuos.
- Experiencia usuaria más favorable.
- Mayor seguridad.
- Aprendizaje institucional sostenible.

Tabla 5.27. Resultados esperados por nivel

Nivel	Resultado esperado
Trabajador	Competencia, bienestar, claridad y apoyo
Equipo	Coordinación, seguridad psicológica y aprendizaje
Servicio	Oportunidad, continuidad y capacidad resolutive
Usuario	Información, confianza, participación y satisfacción
Institución	Calidad, seguridad, eficiencia y sostenibilidad

5.28. Condiciones críticas de éxito

Tabla 5.28. Condiciones para la viabilidad

Condición	Riesgo si no existe	Resultado cuando se cumple
Liderazgo directivo	Fragmentación	Modelo institucionalizado
Participación del personal	Resistencia	Apropiación
Tiempo protegido	Capacitación superficial	Transferencia

Condición	Riesgo si no existe	Resultado cuando se cumple
Recursos funcionales	Competencias no aplicadas	Mejor desempeño
Seguridad psicológica	Ocultamiento de problemas	Aprendizaje
Datos confiables	Decisiones incorrectas	Priorización
Coordinación interáreas	Procesos fragmentados	Continuidad
Participación usuaria	Intervenciones alejadas de necesidades	Centralidad en la persona
Presupuesto	Acciones discontinuas	Sostenibilidad
Evaluación periódica	Pérdida de dirección	Mejora continua

La condición más importante es que la gestión del talento humano sea asumida como parte de la estrategia asistencial y no como una función administrativa periférica.

5.29. Sostenibilidad e institucionalización

La sostenibilidad requiere que el modelo se incorpore en:

- Plan estratégico.
- Plan operativo.
- Plan anual de capacitación.
- Plan de calidad.
- Plan de seguridad del paciente.
- Plan de salud y seguridad en el trabajo.
- Evaluación del desempeño.
- Presupuesto.
- Acuerdos de gestión.
- Reuniones directivas.
- Inducción institucional.
- Sistemas de información.

No debe depender de una sola autoridad o de un proyecto temporal. Para evitar discontinuidad se recomienda:

1. Formalizar responsables.
2. Documentar procedimientos.
3. Formar facilitadores internos.
4. Integrar indicadores en sistemas existentes.
5. Mantener presupuesto.
6. Realizar informes anuales.

7. Incorporar el modelo en la inducción.
8. Crear mecanismos de sucesión.
9. Compartir aprendizajes entre hospitales.
10. Actualizar el modelo según nueva evidencia.

5.30. Proyección hacia la política sanitaria

El modelo puede servir como referencia para otros establecimientos porque articula tres ámbitos que con frecuencia se gestionan por separado:

- Recursos humanos.
- Calidad y seguridad.
- Experiencia del usuario.

Su aplicación más amplia requeriría adaptar:

- Perfiles epidemiológicos.
- Complejidad hospitalaria.
- Régimen laboral.
- Disponibilidad de personal.
- Sistemas de información.
- Capacidad presupuestal.
- Contexto territorial.
- Necesidades de la población.

La política de salud debe desarrollarse hacia sistemas de información que abarquen al personal, capacitación, bienestar, desempeño y resultados en la atención. Conocer únicamente el número de personal y la cantidad de cursos disponibles es insuficiente. Es imperativo comprender en qué medida el personal posee habilidades y en qué medida esas habilidades conducen a mejores resultados para los individuos.

5.31. Síntesis propositiva del capítulo

El Modelo Integrado de Gestión del Talento Humano Orientado a la Calidad de la Atención propone transformar las políticas internas de recursos humanos en resultados tangibles para el personal, equipos, servicios, pacientes y sus familias.

La propuesta está diseñada para abordar una situación empíricamente identificada de calidad intermedia que presenta fortalezas en confianza y continuidad general, pero es deficiente en oportunidad, resolución, telemedicina, canales digitales, coordinación y disponibilidad de medicamentos.

El modelo está compuesto por nueve componentes: gobernanza y planificación; clima y liderazgo en la organización; gestión de competencias; capacitación con transferencia; comunicación centrada en la persona; trabajo en equipo y colaboración continua; bienestar y sustentabilidad en el lugar de trabajo; y mejora de procesos prioritarios con medición y aprendizaje continuo.

La premisa principal del modelo es que la simple contratación, capacitación y evaluación del personal aisladamente es insuficiente para la calidad. Requiere la alineación del personal, liderazgo, carga de trabajo, recursos, procesos, tecnología y objetivos de la atención.

La capacitación es un requisito previo pero insuficiente por sí sola. Debe abordar un déficit específico, emplear una metodología que se aprende haciendo, ser respaldada por la institución y evaluada a través de la transferencia, el desempeño y los logros en resultados.

El clima en el lugar de trabajo debe medirse directamente entre el personal y traducirse en planes participativos. Los resultados no deben usarse de manera punitiva, sino para la mejora del liderazgo, la comunicación, el reconocimiento, la participación, la seguridad psicológica y el bienestar.

La experiencia de los pacientes y sus acompañantes debe incluirse como un resultado del sistema. Complementa la evaluación clínica ayudando a identificar problemas en orientación, oportunidad, coordinación y continuidad, así como la capacidad para resolverlos.

La ejecución será progresiva y demandará liderazgo, coordinación del área, participación del personal, provisión de recursos, protección de los datos y evaluación de la implementación.

En resumen, la gestión del talento humano proporciona calidad cuando genera las condiciones para que las habilidades profesionales se transformen en una atención segura, clara, oportuna, coordinada, continua y de carácter personal.

CONCLUSIONES GENERALES

A partir del análisis conceptual, metodológico, empírico, interpretativo y propositivo Basándose en el análisis conceptual, metodológico, empírico, interpretativo y propositivo realizado en este libro, así como en el análisis de 600 encuestas estructuradas, 600 registros de entrevistas breves y observadores no participantes en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y el Hospital III Yanahuara, se realizaron las siguientes conclusiones generales.

Primera conclusión

La gestión del talento humano debe ser priorizada estratégicamente para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. La gestión adecuada del talento humano a nivel institucional puede contribuir a la prestación de cuidados seguros, oportunos, organizados, respetuosos y considerados con el destinatario. Esto incluye la planificación, selección, inducción y formación del personal, así como el liderazgo en el puesto, la evaluación y la organización general y el bienestar del personal.

Por lo tanto, el nivel de atención va más allá del conocimiento y las habilidades de los profesionales individuales. Va más allá del conocimiento y habilidades profesionales. Incluye los diversos elementos del sistema, como la demanda y los medios de comunicación que facilitan la respuesta y garantizan la continuidad de la atención.

Segunda conclusión

La gestión del talento humano en relación con la calidad de la atención tiene un sistema complejo y multidimensional de interdependencias con variables internas y externas. El desempeño del personal está influenciado por el liderazgo, la comunicación interna, el trabajo en equipo y el nivel de control y gestión de los recursos, la tecnología y la infraestructura, así como la información y la cadena de suministro en relación con la demanda y su complejidad.

Por consiguiente, una brecha percibida en el servicio por el destinatario no debe describirse en términos del desempeño, la capacitación y el clima organizacional general del personal. Esto debe abordarse en el contexto de un análisis multidimensional del servicio que incluya retrasos, fragmentación de la información, bajos niveles de resolución del servicio y déficits en el abastecimiento de medicamentos esenciales.

Tercera conclusión

El enfoque desarrollado para este estudio permitió aprovechar los resultados de los instrumentos de estudio previamente elaborados para analizar las manifestaciones externas de la

organización de los servicios y la calidad percibida de la atención. Los cuestionarios aportaron datos cuantitativos respecto al acceso, continuidad, telemedicina, farmacia, confianza y satisfacción, mientras que las barreras y/o recomendaciones se extrajeron de las entrevistas, y datos contextuales relacionados con el recorrido por el hospital se recopilaban mediante observaciones.

Los instrumentos descritos, sin embargo, se aplicaron a pacientes y acompañantes y no a profesionales de la salud. Por lo tanto, los datos disponibles no constituyen medidas del bienestar laboral y profesional, del clima organizacional, de la capacitación, o del aprendizaje y cumplimiento del trabajo. El estudio propone algunos de los enlaces conceptuales y efectos a nivel institucional, pero no demuestra con datos empíricos la existencia de enlaces conceptuales y efectos entre el clima organizacional, la capacitación y la calidad de la atención.

Cuarta conclusión

La síntesis de la información indica que la calidad percibida de los servicios organizacionales y de atención se encuentra en un nivel medio. El índice de síntesis fue del 53.60%, lo que significa que la experiencia de los servicios en el hospital es integral e incluye fortalezas identificables en la organización y los servicios, pero también debilidades en la oportunidad, resolubilidad e integración de los diversos servicios, así como en la satisfacción general.

El Hospital III Yanahuara obtuvo una puntuación del 54.75%, mientras que el Hospital Nacional Carlos Alberto Segura Escobedo tuvo una puntuación del 52.44%. La diferencia de 2.31 puntos porcentuales es moderada y no permite modificar la evaluación general, ya que ninguno de los hospitales ofrece una experiencia completamente integrada desde la perspectiva de pacientes y acompañantes.

Quinta conclusión

Las mayores fortalezas se encontraron en las áreas de seguridad y confianza, que tuvieron una puntuación del 81.87%, seguidas por la continuidad general de la información, con una puntuación de 70.00%, y la información, orientación y programación de citas, que alcanzaron una puntuación de 63.87%. Los puntajes indican que los usuarios valoran el apoyo institucional respecto a la confianza y confidencialidad en la recopilación de información, así como la comprensión de sus necesidades y la continuidad global.

Estas fortalezas deben mantenerse y aprovecharse como soporte para las acciones de mejora. Sin embargo, dichas fortalezas no son suficientes para confirmar que la calidad de la atención se haya consolidado totalmente, ya que coexisten con importantes desafíos en relación con el

procesamiento de trámites, atención remota, canales digitales y disponibilidad de medicamentos.

Sexta conclusión

La información y orientación preliminar han tenido un impacto positivo, pero la capacidad para resolver las cuestiones sigue siendo limitada. Los requisitos fueron entendidos en un 94.17%, y la información sobre citas fue clara en un 75.83%. Por otro lado, la facilidad para confirmar la cita fue del 50.33%, y las instrucciones para la cita fueron claras en un 50.00%.

La brecha en estos dos indicadores demuestra que la disponibilidad de información no implica la resolución de las necesidades del usuario. La institución es capaz de articular los requisitos, pero aún no tiene claridad sobre qué debe confirmarse, qué procesos necesitan reagendarse, dónde se ubican los servicios y cuáles son los pasos siguientes.

Desde la gestión del talento humano, es imprescindible potenciar y desarrollar la capacidad de comunicar, usar un lenguaje claro y sencillo, proporcionar orientación y responder a las consultas. Sin embargo, estas acciones deben complementarse con sistemas funcionales y operativos que permitan programar, confirmar y realizar el seguimiento de citas.

Séptima conclusión

Respecto a los canales digitales, existe una brecha entre la disponibilidad formal de canales digitales y su uso efectivo. El cincuenta por ciento de los participantes afirmó conocer y usar canales digitales, sin embargo, el 78.33% reportó problemas con su uso, y el 50% de los participantes dependieron de otras personas para recibir ayuda en su utilización.

En cuanto a la facilidad para encontrar, usar y entender los canales, así como la oportunidad para una respuesta y confirmación de procedimientos, todos estos aspectos permanecieron en un nivel medio. Estos hallazgos demuestran que la mera implementación de canales digitales no puede garantizar la accesibilidad. La dirección del hospital debe incorporar soporte humano, un lenguaje sencillo y tiempos de respuesta definidos, complementados con atención presencial o telefónica.

Capacitar al personal en habilidades digitales debería involucrar la formación del personal para guiar a los usuarios y no solo centrarse en los aspectos técnicos operativos del sistema.

Octava conclusión

La inclusión es una parte integral de la calidad de la atención. La mitad de la muestra estaba compuesta por personas de 60 años o más. Una sección considerable de la muestra requería asistencia para ejecutar procedimientos y para usar los canales digitales.

La preferencia predominante por la atención presencial y la dependencia de la familia y acompañantes no se debe interpretar solo como una preferencia por el statu quo. Puede ser indicativo de una falta de capacidad de respuesta, una falta significativa de confianza funcional, problemas con la usabilidad del sistema y una necesidad visible de tranquilidad operativa.

Por lo tanto, en el contexto de la modernización del servicio, desde el principio se debería buscar ofrecer servicios integrales y multifacéticos. Los servicios digitales deben complementar los servicios existentes y no ser los únicos ofrecidos.

Novena conclusión

Una de las principales brechas percibidas en el diagnóstico son los procesos administrativos y el tiempo de espera. Esta dimensión obtuvo un 41.53%, solo el 31.67% consideró el tiempo de espera como razonable, y un 17.50% indicó que los procesos se llevaron a cabo dentro del tiempo que esperaban.

Los resultados muestran que, aunque hay cierto orden, falta la capacidad para resolver las solicitudes de los usuarios. Aunque los usuarios reconocen la existencia de orden a través de colas, módulos y procesos, siguen experimentando retrasos, repeticiones y falta de cierre.

Estas brechas identificadas requieren una revisión importante del personal, la distribución de recursos y personal, el grado de autonomía, la duplicación de tareas, los procesos administrativos y los servicios ofrecidos, los sistemas de tecnología de la información y el recorrido general del usuario. Aunque capacitar al personal mejora la orientación y control del flujo de usuarios, no elimina la necesidad de rediseñar procesos ni de proporcionar recursos adecuados.

Décima conclusión

La continuidad de la información es, en el mejor de los casos, una fortaleza menor. Todos los entrevistados creían que el hospital era capaz de documentar su información y que esa documentación formaba parte del registro que permitía la continuidad de la atención. Sin embargo, la repetición de información, la coordinación entre servicios y la disponibilidad oportuna de resultados permanecieron en un 50%.

Esto demuestra que el simple acto de almacenar información no refleja su adecuada integración en el proceso de atención. La continuidad avanzada implica que los profesionales revisen los registros, comuniquen información y tomen decisiones sin la obligación al individuo de volver a comunicar la información que la institución ya posee.

La gestión de los recursos humanos debe promover la colaboración intra y entre servicios, una asignación clara de responsabilidades y una comunicación efectiva, mientras que la organización debe promover la disponibilidad e interoperabilidad de la información.

Undécima conclusión

Se encontró que la telemedicina era el eslabón más importante que faltaba en el estudio. Su evaluación general fue del 14.50%. La evaluación de su facilidad de uso, conectividad y claridad de instrucciones fue del 21.67%. Su evaluación en términos de capacidad para resolver necesidades fue del 5.00%, y solo el 2.50% afirmó que posteriormente no era necesario acudir en persona por la misma razón.

Además, el 63.33% tuvo algún grado de dificultad al intentar usarla, y el 73.33% requirió la ayuda de una persona de soporte. Los resultados reflejan que la mera prestación de servicios de telemedicina no garantiza accesibilidad, calidad y eficacia.

La telemedicina no puede reemplazar la mayoría de la atención presencial. Debe apoyarse en criterios de selección de casos, protocolos, soporte técnico, información clínica, comunicación con el paciente y seguimiento, junto con una derivación justificada.

Duodécima conclusión

Las bajas resoluciones para la telemedicina están al menos parcialmente relacionadas con factores de índole sociotécnica, como problemas de conectividad, usabilidad de plataformas, compatibilidad clínica y falta de integración con los sistemas de registros, entre otros. Al igual que en otros casos, las intervenciones deberán ser de carácter sociotécnico, incorporando no solo capacitación, sino también rediseño de procesos y funcionalidad de la tecnología, proporcionando soporte y colaborando para abordar y evaluar las intervenciones.

Realizar un mayor número de consultas de telemedicina no es, por sí mismo, un indicativo de éxito. El éxito debe evaluarse determinando si se atendió la necesidad, si la orientación fue clara y si las consultas previnieron consultas innecesarias presenciales.

Decimotercera conclusión

El campo de la Farmacia ilustra una discrepancia entre lo que puede considerarse capacidad comunicativa y capacidad operativa del sistema. La información sobre medicamentos obtuvo un fuerte 96.67%. Por el contrario, solo el 25% evaluó positivamente los medicamentos disponibles. Además, el 66.67% de los participantes reportó una provisión parcial, y el 50% afirmó que los medicamentos tenían que ser comprados externamente.

Estos resultados ilustran que una brecha en la comunicación no puede abordarse únicamente con una brecha en la provisión del servicio. La integración necesaria de las funciones del servicio y la provisión de medios para la continuidad de la terapia no puede lograrse sin planificación, adquisición, inventario, almacenamiento y distribución.

La gestión de recursos humanos impacta en la calidad del servicio ofrecido, en el registro pendiente y en la orientación brindada, pero la brecha se debe a una falta de planificación organizacional y logística.

Decimocuarta conclusión

La principal fortaleza institucional es la seguridad y la confianza. La confianza en la confidencialidad de la información sanitaria alcanzó un 96.33%, y la protección de la información un 83.33%.

A pesar de esto, el sentido de seguridad de los usuarios de canales digitales permaneció en un 50%. Esto demuestra que, si bien los usuarios confían en la institución, no confían en la operación de ciertas plataformas, enlaces o métodos.

La confianza puede mantenerse mediante la capacitación del personal en confidencialidad y protección de datos, controles tecnológicos, identificación de canales oficiales, trazabilidad del acceso y comunicación clara sobre los datos.

Decimoquinta conclusión

La satisfacción general está en un nivel medio, 56.67%. La satisfacción general con el orden en la atención administrativa alcanzó el 83.33%. Sin embargo, la satisfacción con la orientación y claridad de los procedimientos y la satisfacción con la mejora de la experiencia general permanecieron en torno al 50%.

Este resultado demuestra que la satisfacción es el reconocimiento de múltiples experiencias. Los usuarios pueden identificar orden y confidencialidad, apreciar una comunicación clara, y aun

así sentirse insatisfechos debido a retrasos, poca resolución, repetición de datos y barreras tecnológicas y de servicio de medicamentos.

La satisfacción no debe ser la única medida de calidad, ni la única forma de evaluar al personal. Debe complementarse con medidas de experiencia, puntualidad, seguridad y rendimiento, así como resultados clínicos y terapéuticos.

Décima sexta conclusión

Las personas que acompañan a los pacientes juegan un papel importante en los procesos de atención y administrativos. Esto es evidente en la solicitud de información, gestión de citas y canales, admisiones de pacientes, retiro de medicamentos, interpretación de instrucciones y resolución de problemas.

Esto es especialmente cierto para pacientes de la tercera edad, pacientes con limitaciones funcionales y pacientes con menor autonomía digital. Sin embargo, reconocer el papel de la persona acompañante no transfiere la responsabilidad de superar las barreras en el servicio a la institución.

La organización debe proporcionar tanto al paciente como al acompañante autorizado información y apoyo, respetando la autonomía, el derecho a dar o retirar el consentimiento y la confidencialidad. La organización también debe garantizar que las personas que acceden a los servicios sin acompañante sean atendidas en condiciones de igualdad.

Décima séptima conclusión

La diferenciación relativa observada en el análisis comparativo de los hospitales de la muestra no fue significativa en el orden general. El Hospital III Yanahuara obtuvo mayor puntaje en los indicadores de información inicial, seguridad y satisfacción. El Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo puntuó más alto en procedimientos, telemedicina y farmacia.

Las diferencias descritas en este análisis no justifican la afirmación de superioridad institucional. La demanda, la complejidad y las condiciones de cada servicio, así como la composición de la muestra, el tipo de participante y su sexo, pueden afectar los resultados.

El propósito del análisis comparativo debe ser incentivar a las instituciones a aprender y adoptar prácticas para mitigar problemas similares. Esto no debe servir para establecer una clasificación.

Décima octava conclusión

El análisis debe medir el clima organizacional directamente en el lugar de trabajo. Las respuestas de pacientes y acompañantes relacionadas con los indicadores de análisis pueden reflejar problemas en comunicación, coordinación y carga laboral, así como en apoyo. No responderán cómo percibe el liderazgo el personal, el reconocimiento, la justicia en la organización, la autonomía y la seguridad psicológica.

Por esta razón, el análisis necesita incluir una herramienta de medición del clima. Este análisis debe realizarse en cada hospital, en cada servicio y categoría laboral, y mantenerse la confidencialidad. Los resultados deben utilizarse para desarrollar planes de mejora con la participación de los afectados.

El propósito de las herramientas de análisis y medición del clima es mejorar el rendimiento y la calidad.

Décima novena conclusión

La capacitación del personal es esencial, pero por sí sola, no basta. Cuantificar la capacitación no tiene sentido si el valor se evalúa mediante cursos impartidos, horas invertidas, certificados entregados o tasas de asistencia.

La capacitación añade valor cuando se valida una brecha, se mejora el conocimiento, las habilidades, se traslada a la realidad laboral, se modifican comportamientos profesionales y se observa un cambio evidente en el servicio o la experiencia del usuario.

Las necesidades prioritarias de capacitación incluyen comunicación y uso de lenguaje claro, orientación al usuario, habilidades digitales, telemedicina, trabajo en equipo, continuidad, atención a la tercera edad, participación de acompañantes, confidencialidad y manejo de situaciones de insatisfacción.

Vigésima conclusión

La transferencia de la capacitación está influenciada por el clima organizacional. Un empleado puede adquirir conocimientos y habilidades, pero puede no aplicar la capacitación si hay falta de recursos, cuellos de botella en el sistema, sobrecarga, información contradictoria, falta de autonomía o apoyo gerencial.

Por ello, la implementación de prácticas centradas en las personas requiere del apoyo de dichas prácticas. La capacitación en comunicación centrada en la persona no puede mantenerse cuando el personal no tiene tiempo. La capacitación en telemedicina no tiene sentido si la

plataforma no funciona. La capacitación en continuidad no tiene valor si los sistemas no se comunican.

Gestionar el talento humano es una integración de capacitación, liderazgo, recursos, apoyo, supervisión y evaluación.

Vigésima primera conclusión

El bienestar del personal aporta de manera indispensable a la calidad de la atención. Hay evidencia científica que relaciona el agotamiento profesional con el deterioro de la seguridad, la calidad, la satisfacción, el absentismo, la rotación y el rendimiento.

Aunque el estudio no midió directamente el agotamiento, los hospitales deben incluir evaluaciones de carga de trabajo y riesgo psicosocial, e incorporar apoyo, reconocimiento, salud ocupacional y sostenibilidad de los turnos.

Las intervenciones deben ir más allá de enseñar resiliencia a nivel individual. Deben dirigirse y adaptarse a los elementos dentro de los sistemas organizacionales que generan una sobrecarga de demanda, exposición prolongada a demandas insatisfechas, recursos insuficientes, falta de control y conflicto.

Vigésima segunda conclusión

Las brechas indicadas requieren diferenciar respuestas formativas y estructurales. Las brechas en explicación, orientación, comunicación y uso profesional del sistema pueden resolverse con capacitación. Sin embargo, las brechas relacionadas con el dotación de personal, cuotas, alojamiento, suministro y limitaciones técnicas requieren respuestas específicas de la organización.

Utilizar la capacitación como respuesta predeterminada a cualquier brecha generará bajos resultados y aumentará la frustración del personal. Antes de programar una intervención de capacitación, se debe realizar un análisis causal para identificar si la brecha se relaciona con conocimientos, habilidades, procesos, recursos o tecnología.

Vigésima tercera conclusión

El Modelo Integrado de Gestión del Talento Humano Orientado a la Calidad de la Atención es una respuesta lógica a las fortalezas y brechas identificadas. Integra políticas de gobernanza y planificación, clima organizacional, liderazgo, competencias y capacitación, combinadas con comunicación centrada en la persona, trabajo en equipo, bienestar laboral y mejora continua de procesos y evaluación.

Su valor principal es conectar las políticas internas de recursos humanos con resultados visibles en la atención sanitaria. La gestión del personal ya no se evalúa solo por cumplimiento administrativo, sino por su contribución a resoluciones oportunas, continuas, seguras, confiables y satisfactorias.

Vigésima cuarta conclusión

El despliegue del Modelo debe ser gradual, participativo y priorizado. Se deben iniciar acciones para medir directamente el clima laboral; competencias; personal; carga de trabajo; bienestar; aclarar la orientación de los nombramientos; fortalecer los canales de apoyo; revisar los tiempos de espera; rediseñar la telemedicina; y la coordinación del servicio de farmacia.

Cada una de estas acciones requiere la designación de una persona (el responsable); la provisión de recursos; una fecha límite; un indicador; y un seguimiento. Sin gobernanza, el modelo puede convertirse en un manifiesto carente de capacidad transformadora.

Vigésima quinta conclusión

Para que los cambios sean sostenibles, las acciones deben evaluarse regularmente para verificar el logro continuo de los resultados deseados. El índice del 53.60% describe una línea base definitoria para futuras evaluaciones. Sin embargo, debe complementarse con medidas internas para el personal, capacitación, bienestar, rendimiento, seguridad, servicio y resultados clínicos.

Los hospitales deben combinar datos de cuatro ámbitos:

1. La situación del personal
2. El rendimiento de los procesos
3. Los resultados clínicos y de seguridad
4. La experiencia de pacientes y acompañantes

Se añade valor a través de la institucionalización del cambio cuando una causa se mide, se realiza una intervención y se verifican los resultados. La evaluación se convierte en una función burocrática cuando la medición ocurre en ausencia de toma de decisiones.

Vigésima sexta conclusión

La principal propuesta de este libro es que la interacción de personas, organización y recursos determina la calidad de la atención. No es suficiente contar con personas con formación profesional en la organización si no está presente el entorno habilitador; no es suficiente

organizar los procesos si no se comunican, son oportunos, integrados y de suficiente calidad para ser respuesta.

La gestión de recursos humanos en el sistema de salud genera valor cuando transforma la planificación, el liderazgo y la capacitación en atención que sea segura, clara, oportuna, continua, respetuosa y centrada en los pacientes y sus acompañantes.

En resumen, los hospitales evaluados en este análisis tienen una sólida base institucional de confianza, confidencialidad, registro y comprensión de requisitos y prioridades. Sin embargo, tienen dificultades con la resolución, oportunidad, telemedicina, canales digitales, coordinación y disponibilidad de medicamentos. El desafío es no solo capacitar al personal, sino también establecer el sistema de infraestructura organizacional en el cual el personal pueda aplicar las habilidades y mejorar la calidad medible de la atención.

RECOMENDACIONES

Basado en el diagnóstico empírico y en el Modelo Integrado de Gestión del Talento Humano Orientado a la Calidad del Cuidado, se proporcionan las siguientes recomendaciones para el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo y el Hospital Yanahuara III.

Las intervenciones recomendadas se basan en los datos de referencia reutilizados del estudio anterior: índice sintético general del 53,60%, telemedicina del 14,50%, procedimientos y tiempos de espera del 41,53%, canales digitales del 50,00%, farmacia del 50,33%, satisfacción general del 56,67%, continuidad de la información del 70,00%, seguridad y confianza del 81,87%.

Las recomendaciones no deben asignarse al personal como culpa individual por los desafíos institucionales. Al implementar las recomendaciones, es importante diferenciar entre las brechas de conocimientos y desempeño de las brechas de recursos humanos, procesos, tecnología, infraestructura, demanda y oferta.

Primera recomendación. Institucionalizar el Modelo Integrado de Gestión del Talento Humano Orientado a la Calidad Asistencial

Se recomienda que ambos hospitales adopten el Modelo Integrado de Gestión del Talento Humano Orientado a la Calidad del Cuidado - MIGTH-CA - como un modelo institucional para la integración de recursos humanos, calidad, seguridad y confianza del paciente, capacitación, salud en el trabajo, cuidado del paciente y mejora de los procesos.

El modelo no debe ser un proyecto temporal con una única autoridad. La incorporación del modelo requiere los planes estratégicos y operativos, la capacitación anual y la calidad y seguridad de los pacientes planeadas para los instrumentos de evaluación del desempeño.

Según la Organización Mundial de la Salud, los trabajadores esenciales, los sistemas sostenibles, los recursos adecuados y la buena gobernanza son los pilares de los servicios de salud de calidad. Como tal, el modelo debe implementarse desde una perspectiva sistémica y no debe tratarse como una intervención a nivel del trabajador individual. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Segunda recomendación. Constituir un Comité de Gestión del Talento Humano y Calidad Asistencial

Se recomienda la formación de un comité institucional para dirigir, supervisar y ser responsable de la implementación del modelo. Esto debe incluir a los siguientes actores:

- Dirección hospitalaria.

- Gestión de recursos humanos.
- Unidad de calidad.
- Seguridad del paciente.
- Docencia o capacitación.
- Salud ocupacional.
- Jefaturas asistenciales.
- Administración.
- Tecnologías de información.
- Farmacia.
- Atención al usuario.
- Representantes de los trabajadores.
- Representantes consultivos de pacientes o acompañantes.

El comité deberá reunirse periódicamente, revisar indicadores, priorizar brechas, asignar responsables y verificar el cumplimiento de las acciones. Sus acuerdos deben quedar documentados y traducirse en decisiones operativas.

Tercera recomendación. Medir directamente el clima organizacional entre los trabajadores

Se recomienda realizar una evaluación directa del clima organizacional en ambos hospitales. Esta medición debe aplicarse al personal médico, de enfermería, administrativo, técnico, asistencial, tecnológico y directivo, debido a que los instrumentos respondidos por pacientes y acompañantes no permiten diagnosticar liderazgo, comunicación interna, reconocimiento, carga laboral, seguridad psicológica o apoyo institucional.

La evaluación deberá considerar, como mínimo:

- Liderazgo y apoyo directivo.
- Comunicación interna.
- Trabajo en equipo.
- Reconocimiento.
- Participación.
- Autonomía.
- Justicia organizacional.
- Dotación y carga laboral.

- Disponibilidad de recursos.
- Seguridad psicológica.
- Bienestar.
- Aprendizaje institucional.

Se recomienda utilizar la metodología aprobada por la Resolución Ministerial N.º 468-2011-MINSA y adaptar su aplicación a las características de EsSalud y de cada establecimiento.

Los resultados deberán analizarse por hospital, servicio y grupo ocupacional, preservando la confidencialidad. La medición no debe tener finalidad punitiva, sino servir para elaborar planes participativos de mejora.

Cuarta recomendación. Convertir los resultados de clima en planes concretos de mejora

Se recomienda evitar que la encuesta de clima se limite a producir un puntaje general. Cada dimensión crítica deberá asociarse con acciones, responsables, plazos e indicadores.

Por ejemplo:

- Una baja percepción de comunicación deberá traducirse en mecanismos formales de información entre turnos y servicios.
- Una baja percepción de reconocimiento deberá generar prácticas transparentes de retroalimentación y valoración del desempeño.
- Una alta carga laboral deberá conducir a revisar dotación, distribución de tareas y procesos innecesarios.
- Una baja seguridad psicológica deberá abordarse mediante liderazgo, mecanismos confidenciales de comunicación y aprendizaje no punitivo.

La reevaluación deberá realizarse anualmente para determinar si las intervenciones producen cambios sostenidos.

Quinta recomendación. Realizar un análisis de dotación, carga laboral y distribución del personal

Se recomienda elaborar un diagnóstico actualizado de la dotación de personal por hospital, servicio, turno, grupo profesional y nivel de complejidad.

El análisis deberá relacionar:

- Número de trabajadores disponibles.

- Demanda asistencial.
- Número de pacientes o trámites.
- Ausentismo.
- Horas extraordinarias.
- Vacantes.
- Rotación.
- Complejidad de los casos.
- Tiempos de espera.
- Incidentes de seguridad.
- Carga administrativa no asistencial.

La finalidad es determinar si las demoras y dificultades de respuesta se encuentran asociadas con insuficiencia de personal, distribución inadecuada, duplicidad de funciones o procesos que consumen tiempo sin agregar valor.

No debe asumirse que los tiempos de espera se resuelven únicamente mediante capacitación. Cuando la causa sea falta de dotación o mala distribución de tareas, se requerirá una intervención organizacional específica.

Sexta recomendación. Actualizar los perfiles de puestos mediante un enfoque de competencias

Se recomienda revisar los perfiles de los puestos prioritarios e incorporar competencias técnicas, comunicacionales, digitales, éticas, relacionales y de coordinación.

Los perfiles deberán especificar conductas observables relacionadas con:

- Orientación al usuario.
- Comunicación clara.
- Confidencialidad.
- Trabajo en equipo.
- Uso de sistemas.
- Atención remota.
- Seguridad del paciente.
- Resolución de problemas.
- Participación de acompañantes.

- Atención a adultos mayores.
- Manejo de situaciones de insatisfacción.
- Mejora continua.

Estas competencias deben incorporarse en los procesos de selección, inducción, capacitación, supervisión, evaluación del desempeño y reconocimiento.

Séptima recomendación. Fortalecer el liderazgo de las jefaturas y coordinadores

Se recomienda implementar un programa específico de desarrollo de liderazgo para jefaturas asistenciales, administrativas y técnicas.

El programa deberá incluir:

- Planificación y organización del trabajo.
- Distribución equitativa de cargas.
- Comunicación y retroalimentación.
- Gestión de conflictos.
- Coordinación interprofesional.
- Seguridad psicológica.
- Reconocimiento.
- Gestión del cambio.
- Análisis de indicadores.
- Prevención del agotamiento profesional.
- Atención centrada en la persona.
- Respuesta ante incidentes de seguridad.

Las jefaturas deben ser evaluadas no solo por el cumplimiento de actividades operativas, sino también por su capacidad para apoyar al equipo, facilitar el aprendizaje, resolver problemas y mejorar los resultados asistenciales. La evidencia muestra asociaciones entre estilos de liderazgo relacional, mejores entornos de trabajo y resultados favorables para trabajadores y pacientes (Wong et al., 2013; Cummings et al., 2018).

Octava recomendación. Promover seguridad psicológica y aprendizaje no punitivo

Se recomienda crear condiciones para que el personal pueda solicitar ayuda, comunicar riesgos, reconocer errores y proponer mejoras sin temor a represalias injustificadas.

Para ello se deberán establecer:

- Canales confidenciales para comunicar incidentes.
- Reuniones de aprendizaje sobre errores y eventos adversos.
- Protocolos de respuesta justa.
- Espacios de análisis interdisciplinario.
- Retroalimentación sobre las acciones adoptadas.
- Protección de quienes reportan riesgos de buena fe.
- Formación de jefaturas en cultura de seguridad.

La seguridad psicológica no supone ausencia de responsabilidad. Implica diferenciar errores involuntarios, fallas de sistemas, conductas de riesgo y actuaciones deliberadamente contrarias a las normas.

Novena recomendación. Diseñar el plan anual de capacitación a partir de brechas verificadas

Se recomienda sustituir la programación basada principalmente en disponibilidad de cursos por una planificación formativa sustentada en necesidades comprobadas.

Las fuentes para identificar necesidades deberán incluir:

- Encuesta de clima.
- Evaluación de competencias.
- Auditorías de calidad.
- Incidentes de seguridad.
- Resultados de experiencia usuaria.
- Reclamos.
- Cambios tecnológicos.
- Modificación de procesos.
- Evaluación del desempeño.
- Necesidades expresadas por los trabajadores.

Antes de programar una capacitación deberá determinarse si la causa del problema corresponde a falta de conocimientos o habilidades. Cuando la brecha sea producida por tecnología, dotación, normativa, infraestructura o logística, la capacitación no deberá utilizarse como intervención principal.

Décima recomendación. Priorizar competencias vinculadas con las brechas empíricas

Se recomienda priorizar los siguientes contenidos:

1. Comunicación y lenguaje claro.
2. Orientación a pacientes y acompañantes.
3. Gestión de citas.
4. Competencias digitales.
5. Telemedicina.
6. Trabajo en equipo.
7. Transferencia de información.
8. Atención a adultos mayores.
9. Confidencialidad y protección de datos.
10. Seguridad del paciente.
11. Atención farmacéutica.
12. Recuperación del servicio y manejo de insatisfacción.
13. Liderazgo.
14. Gestión de cargas y bienestar.

La capacitación debe utilizar metodologías prácticas: simulación, análisis de casos, tutoría en el puesto, observación entre pares, talleres interprofesionales, revisión de incidentes y auditoría con retroalimentación.

Décima primera recomendación. Evaluar la transferencia de la capacitación al puesto de trabajo

Se recomienda que toda actividad formativa prioritaria sea evaluada en diferentes niveles:

1. Participación.
2. Aprendizaje.
3. Aplicación en el puesto.
4. Modificación del desempeño.
5. Mejora del proceso.
6. Resultado en el usuario.
7. Sostenibilidad del cambio.

No debe considerarse suficiente informar el número de cursos, horas o certificados. Se requiere determinar si el trabajador aplica la conducta esperada y si dicha aplicación mejora un indicador institucional.

Por ejemplo, una capacitación sobre comunicación deberá evaluarse mediante observación del desempeño y percepción de claridad del usuario; una capacitación sobre telemedicina deberá relacionarse con cumplimiento de protocolos y resolutiveidad; y una capacitación sobre coordinación deberá vincularse con reducción de datos repetidos o información contradictoria.

La evidencia indica que el desarrollo profesional continuo produce mejores resultados cuando es pertinente, práctico, multicomponente y acompañado de seguimiento institucional (Samuel et al., 2021; Ali et al., 2025).

Décima segunda recomendación. Fortalecer la comunicación y el lenguaje claro

Se recomienda aprobar un estándar institucional de comunicación para todo el personal que interactúa con pacientes y acompañantes.

El estándar deberá exigir que el trabajador:

- Se identifique y explique su función.
- Escuche la necesidad.
- Utilice lenguaje comprensible.
- Evite tecnicismos innecesarios.
- Explique los pasos posteriores.
- Informe tiempos realistas.
- Verifique la comprensión.
- Evite contradicciones entre áreas.
- Respete privacidad y confidencialidad.
- Incorpore al acompañante cuando exista autorización.

La claridad de la información constituye una fortaleza parcial, pero la orientación previa y la resolución permanecen en niveles intermedios. Por ello, la comunicación debe vincularse con capacidad de respuesta y no limitarse a brindar información general.

Décima tercera recomendación. Mejorar la gestión de citas y la orientación previa

Se recomienda rediseñar la programación, confirmación, recordatorio y reprogramación de citas.

Cada paciente deberá recibir información verificable sobre:

- Fecha y hora.
- Servicio.

- Ubicación.
- Requisitos.
- Documentos.
- Preparación previa.
- Ruta interna.
- Canal de reprogramación.
- Procedimiento ante cancelación.

La confirmación debe realizarse por el medio elegido por el usuario: mensaje, llamada, correo, canal institucional o constancia impresa.

Además, se recomienda establecer indicadores sobre citas no confirmadas, reprogramaciones, consultas reiteradas y desplazamientos realizados únicamente para obtener información.

Décima cuarta recomendación. Simplificar los trámites y reducir los tiempos de espera

Se recomienda mapear los procesos de mayor volumen desde el punto de vista del usuario, especialmente:

- Admisión.
- Programación.
- Confirmación de citas.
- Consulta externa.
- Laboratorio.
- Imágenes.
- Farmacia.
- Telemedicina.
- Trámites documentarios.

En cada proceso deberán identificarse:

- Pasos duplicados.
- Documentos solicitados varias veces.
- Ventanillas innecesarias.
- Derivaciones internas.
- Esperas.

- Fallas de sistema.
- Ausencia de responsables.
- Puntos de congestión.
- Información contradictoria.

Posteriormente, deberán eliminarse pasos que no aporten valor, establecer responsables y medir tiempos reales.

El objetivo debe ser elevar progresivamente la valoración de trámites y espera desde la línea base de 41,53 %, priorizando la resolución de trámites en el tiempo esperado, que alcanzó solo 17,50 %.

Décima quinta recomendación. Fortalecer la coordinación y continuidad entre servicios

Se recomienda revisar los puntos de transferencia de información entre admisión, consulta externa, laboratorio, imágenes, farmacia, telemedicina y áreas administrativas.

Las acciones deberán incluir:

- Protocolos estandarizados de transferencia.
- Definición de responsables.
- Registro de información crítica.
- Reuniones breves de coordinación.
- Revisión de casos fragmentados.
- Alertas ante información incompleta.
- Integración de sistemas.
- Seguimiento de pacientes complejos.
- Reducción de información contradictoria.
- Eliminación de solicitudes repetidas de datos.

La continuidad general alcanzó 70 %, pero la coordinación práctica, la disponibilidad oportuna y la no repetición permanecieron en 50 %. El objetivo debe ser convertir la existencia de registros en una integración efectiva del proceso asistencial.

Décima sexta recomendación. Implementar entrenamiento interprofesional

Se recomienda desarrollar actividades de capacitación conjunta para profesionales y trabajadores de diferentes servicios.

Los contenidos deberán abordar:

- Comunicación entre áreas.
- Claridad de roles.
- Transferencia de pacientes.
- Derivación interna.
- Manejo de información crítica.
- Resolución de conflictos.
- Coordinación con farmacia.
- Continuidad de la atención remota.
- Seguridad del paciente.

El trabajo en equipo no debe abordarse mediante actividades aisladas de motivación. Debe relacionarse con problemas reales del recorrido asistencial y evaluarse mediante indicadores de coordinación, repetición de información y continuidad.

Décima séptima recomendación. Rediseñar los canales digitales con criterios de accesibilidad e inclusión

Se recomienda revisar los canales digitales y telefónicos desde la perspectiva del usuario.

Cada canal deberá cumplir los siguientes criterios:

- Ser fácil de encontrar.
- Estar identificado como oficial.
- Utilizar lenguaje claro.
- Tener pocos pasos.
- Confirmar la recepción del trámite.
- Informar el estado de la solicitud.
- Contar con tiempo máximo de respuesta.
- Proteger los datos.
- Permitir asistencia humana.
- Ofrecer una alternativa presencial o telefónica.

La transformación digital no debe trasladar la carga operativa al paciente ni al acompañante. Los canales deben reducir incertidumbre y desplazamientos, no crear nuevos trámites.

Décima octava recomendación. Implementar módulos de apoyo digital asistido

Se recomienda crear o fortalecer módulos de apoyo para adultos mayores, usuarios con baja alfabetización digital, personas con limitaciones funcionales y pacientes que no disponen de internet o dispositivos adecuados.

Estos módulos deberán brindar asistencia para:

- Confirmar citas.
- Utilizar canales oficiales.
- Acceder a telemedicina.
- Consultar requisitos.
- Ubicar servicios.
- Comprender mensajes.
- Registrar solicitudes.
- Recibir constancias.
- Consultar farmacia.
- Presentar reclamos.

La finalidad es garantizar inclusión sin depender exclusivamente de familiares. El acompañante puede apoyar, pero la institución debe conservar la responsabilidad de ofrecer un servicio accesible.

Décima novena recomendación. Mantener un modelo de atención multicanal

Se recomienda combinar atención presencial, telefónica y digital. Ningún canal deberá utilizarse como único mecanismo de acceso para poblaciones con diferentes niveles de autonomía.

El usuario debe poder elegir el canal más adecuado según:

- Edad.
- Conectividad.
- Tipo de trámite.
- Condición de salud.
- Disponibilidad de acompañante.
- Capacidad funcional.
- Preferencia informada.

La atención multicanal no contradice la transformación digital. Permite que esta sea equitativa y centrada en la persona.

Vigésima recomendación. Rediseñar la telemedicina como una modalidad híbrida, pertinente y resolutive

Se recomienda intervenir prioritariamente la telemedicina, debido a que obtuvo una valoración global de 14,50 % y una resolutive específica de 5 %.

La modalidad debe aplicarse principalmente en:

- Seguimiento de pacientes estables.
- Controles crónicos.
- Orientación.
- Revisión de resultados.
- Educación sanitaria.
- Continuidad de tratamientos.
- Casos en los que el examen físico no sea indispensable.

No debe emplearse de manera indiscriminada en urgencias, síntomas graves, procedimientos, alta incertidumbre diagnóstica o situaciones que requieran evaluación física.

Cada teleconsulta deberá incluir:

1. Selección de caso.
2. Verificación de conectividad.
3. Identificación del paciente.
4. Información y consentimiento.
5. Acceso al registro clínico.
6. Comunicación estructurada.
7. Registro de la atención.
8. Indicaciones comprensibles.
9. Seguimiento.
10. Derivación presencial justificada.

Vigésima primera recomendación. Evaluar la resolutiveidad de la telemedicina

Se recomienda no utilizar únicamente el número de teleconsultas como indicador de desempeño.

Deberán medirse:

- Facilidad de acceso.
- Calidad de conexión.
- Claridad de indicaciones.
- Necesidad de apoyo.
- Cumplimiento del protocolo.
- Resolución de la necesidad.
- Derivación presencial.
- Motivo de la derivación.
- Continuidad posterior.
- Satisfacción.

Cuando el paciente deba acudir presencialmente por el mismo motivo, deberá determinarse si se trató de una derivación clínicamente necesaria o de una falla de la modalidad.

Vigésima segunda recomendación. Fortalecer la disponibilidad y continuidad de medicamentos

Se recomienda intervenir la disponibilidad de medicamentos como prioridad institucional. La valoración favorable fue de 25 %, mientras que 66,67 % informó entrega parcial y 50 % manifestó haber comprado medicamentos fuera del hospital.

Las acciones deben incluir:

- Pronóstico de demanda.
- Alertas de stock crítico.
- Coordinación entre farmacia, almacén y compras.
- Seguimiento de entregas parciales.
- Comunicación de reposición.
- Registro de pendientes.
- Análisis de compra externa.
- Información actualizada para los servicios prescriptores.

- Priorización de medicamentos esenciales.

La capacitación del personal debe centrarse en información, registro y orientación. La solución principal del desabastecimiento debe abordarse mediante la gestión logística y de compras.

Vigésima tercera recomendación. Informar claramente sobre entregas parciales y medicamentos pendientes

Se recomienda que ningún usuario se retire sin conocer:

- Qué medicamentos recibió.
- Cuáles no estaban disponibles.
- Qué cantidad quedó pendiente.
- Cuándo podría producirse la reposición.
- Qué canal debe consultar.
- Qué alternativa institucional existe.
- Qué precauciones debe seguir.

Cuando exista una entrega parcial deberá generarse un registro verificable para facilitar el seguimiento y evitar que el usuario repita el trámite desde el inicio.

Vigésima cuarta recomendación. Mantener y fortalecer la confianza en la confidencialidad

Se recomienda preservar la seguridad y confianza como principal fortaleza institucional.

Las acciones deberán incluir:

- Formación periódica sobre confidencialidad.
- Control de accesos.
- Protección de documentos y pantallas.
- Identificación de canales oficiales.
- Autenticación segura.
- Orientación al usuario.
- Procedimientos ante incidentes.
- Auditoría de accesos.
- Eliminación segura de información.
- Respeto de autorizaciones.

La alta percepción de confidencialidad no debe interpretarse como ausencia de riesgos. Debe complementarse con auditorías técnicas y organizacionales.

Vigésima quinta recomendación. Reconocer formalmente el papel de los acompañantes

Se recomienda incorporar al acompañante autorizado en los procesos de orientación, telemedicina, farmacia, citas y continuidad.

El personal deberá conocer:

- Cuándo puede brindar información.
- Qué autorización se requiere.
- Cómo preservar la autonomía del paciente.
- Cómo evitar que el acompañante sustituya innecesariamente la voz del paciente.
- Cómo comunicar indicaciones de manera coherente.
- Cómo registrar la participación cuando corresponda.

También deberán diseñarse materiales dirigidos a pacientes y acompañantes, especialmente para adultos mayores y personas con dificultades digitales.

Vigésima sexta recomendación. Garantizar acceso para pacientes sin acompañamiento

El reconocimiento del acompañante no debe generar dependencia institucional. Se recomienda asegurar que una persona sin apoyo familiar pueda gestionar citas, recibir orientación, utilizar canales y completar trámites.

Para ello deben existir:

- Personal de apoyo.
- Módulos asistidos.
- Atención telefónica.
- Materiales accesibles.
- Prioridad para personas vulnerables.
- Rutas simples.
- Alternativas no digitales.
- Apoyo en telemedicina.

La disponibilidad de acompañante no debe convertirse en una condición informal para acceder al servicio.

Vigésima séptima recomendación. Implementar un programa de bienestar y prevención del agotamiento profesional

Se recomienda evaluar periódicamente bienestar, riesgos psicosociales, agotamiento, compromiso, ausentismo, rotación y jornadas extraordinarias.

El programa deberá incluir:

- Análisis de causas organizacionales.
- Revisión de cargas.
- Descansos adecuados.
- Gestión de jornadas.
- Apoyo confidencial.
- Prevención de violencia.
- Formación de jefaturas.
- Disponibilidad de recursos.
- Reconocimiento.
- Participación del personal.
- Intervenciones en servicios críticos.

Las acciones no deben limitarse a talleres individuales de resiliencia. La evidencia vincula el agotamiento con menor seguridad, menor calidad y menor satisfacción del paciente, por lo que deben modificarse también las condiciones del trabajo (Jun et al., 2021; Li et al., 2024).

Vigésima octava recomendación. Crear un tablero integrado de gestión del talento humano y calidad

Se recomienda implementar un tablero que relacione información de cuatro ámbitos:

1. Personal.
2. Capacitación y desempeño.
3. Procesos asistenciales.
4. Experiencia y resultados del usuario.

El tablero deberá incluir, como mínimo:

- Dotación.
- Ausentismo.
- Rotación.

- Horas extraordinarias.
- Clima organizacional.
- Bienestar.
- Cobertura de capacitación.
- Transferencia.
- Desempeño.
- Tiempos de espera.
- Resolución de trámites.
- Coordinación.
- Telemedicina.
- Farmacia.
- Seguridad.
- Satisfacción.
- Experiencia de pacientes y acompañantes.

La información deberá revisarse mensualmente o trimestralmente, según el indicador. Cada desviación deberá generar una acción, un responsable y un plazo.

Vigésima novena recomendación. Repetir periódicamente la evaluación de pacientes y acompañantes

Se recomienda aplicar nuevamente los instrumentos de experiencia usuaria para determinar la evolución de las dimensiones estudiadas.

La medición podrá ser anual, mientras que encuestas breves sobre procesos prioritarios podrán realizarse trimestralmente.

La línea base de 53,60 % deberá utilizarse con prudencia, dado que corresponde a los resultados agregados del estudio anterior y no constituye una escala clínica ni una medición directa de clima organizacional. La repetición deberá conservar ítems comparables, pero podrá incorporar nuevas dimensiones de trato, comunicación, participación, empatía y competencia percibida.

Trigésima recomendación. Desarrollar una investigación complementaria con mediciones directas

Se recomienda realizar una segunda fase de investigación en la que se midan simultáneamente:

- Clima organizacional del personal.
- Capacitación recibida.
- Aprendizaje.
- Transferencia.
- Desempeño.
- Dotación.
- Carga laboral.
- Bienestar.
- Seguridad psicológica.
- Indicadores clínicos.
- Experiencia del usuario.
- Calidad percibida.

La información deberá analizarse por servicio y periodo, evitando relacionar públicamente datos individuales de trabajadores y pacientes.

Un diseño longitudinal permitiría comparar los resultados antes y después de aplicar las intervenciones del modelo. De esta forma sería posible establecer asociaciones más sólidas y aproximarse a la evaluación de causalidad.

PRIORIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Tabla 1. Ruta priorizada de implementación

Horizonte	Acciones prioritarias	Productos esperados
0 a 3 meses	Aprobar el MIGTH-CA; constituir el comité; validar líneas de base; identificar procesos críticos; definir responsables	Documento institucional, comité operativo y plan inicial
3 a 6 meses	Medir clima, bienestar, dotación y carga; revisar perfiles; mejorar citas, orientación, rutas internas y canales oficiales	Diagnóstico interno y acciones inmediatas
6 a 12 meses	Formar jefaturas; implementar capacitación basada en brechas; simplificar trámites; crear apoyo digital asistido; protocolizar telemedicina	Personal formado, procesos rediseñados y protocolos
12 a 18 meses	Fortalecer coordinación, continuidad, farmacia, telemedicina y evaluación de transferencia	Mejora de procesos prioritarios
18 a 24 meses	Integrar tablero institucional; repetir mediciones; comparar resultados; ajustar metas	Evaluación integral e institucionalización

Horizonte	Acciones prioritarias	Productos esperados
Más de 24 meses	Consolidar buenas prácticas; ampliar el modelo; desarrollar investigación longitudinal	Sostenibilidad y generación de evidencia

Tabla 2. Prioridades según la gravedad de las brechas

Prioridad	Dimensiones o acciones
Crítica	Telemedicina; resolución oportuna de trámites; disponibilidad de medicamentos
Muy alta	Medición directa del clima; análisis de dotación y carga; liderazgo; bienestar; canales digitales
Alta	Comunicación; citas; coordinación; continuidad; atención a adultos mayores; acompañantes
De mantenimiento	Confidencialidad, protección de datos, registro de información y comprensión de requisitos

Tabla 3. Indicadores centrales de seguimiento

Indicador	Línea base disponible	Meta referencial a 12 meses	Meta referencial a 24 meses
Índice sintético de calidad organizativa percibida	53,60 %	≥65 %	≥75 %
Información, orientación y citas	63,87 %	≥72 %	≥80 %
Canales digitales	50,00 %	≥65 %	≥75 %
Trámites y tiempos de espera	41,53 %	≥55 %	≥70 %
Resolución oportuna de trámites	17,50 %	≥40 %	≥65 %
Continuidad de información	70,00 %	≥75 %	≥82 %
Telemedicina	14,50 %	≥35 %	≥60 %
Resolutividad de telemedicina	5,00 %	≥30 %	≥60 %
Farmacia y continuidad terapéutica	50,33 %	≥60 %	≥75 %
Disponibilidad de medicamentos	25,00 %	≥50 %	≥75 %
Seguridad y confianza	81,87 %	Mantener ≥82 %	Mantener ≥85 %
Satisfacción general	56,67 %	≥68 %	≥78 %

Nota: estas metas son referenciales y deberán validarse mediante información institucional actualizada, disponibilidad presupuestal, capacidad operativa y complejidad de cada servicio.

SÍNTESIS FINAL DE LAS RECOMENDACIONES

La intención detrás de estas recomendaciones es transformar la gestión del talento humano de manera que incorpore aspectos que se relacionen con la calidad general de los servicios ofrecidos. No se trata de aumentar la cantidad de actividades de capacitación; es más importante capacitar en habilidades que puedan ser realmente utilizadas en un entorno de liderazgo, coordinación, recursos, bienestar y procesos funcionales.

Las necesidades más urgentes son medir el clima organizacional y evaluar el personal y la carga de trabajo, potenciar el liderazgo y vincular la capacitación a la transferencia, rediseñar la

telemedicina, optimizar procesos y potenciar recursos digitales y protectores para el personal con especial atención al bienestar del personal.

Las experiencias de pacientes y acompañantes deben ser la fuente principal de información continua, complementada por datos del personal y clínicos, indicadores de calidad y procesos de resultados. La calidad del cuidado no puede evaluarse desde una única perspectiva.

El proceso de implementación debe ser gradual, participativo y verificable. Cada recomendación debe tener una entidad responsable, presupuesto y plazo con un indicador para su seguimiento. La medición debe resultar en la implementación de decisiones y acciones correctivas.

La finalidad de estas recomendaciones es incluir resultados tangibles dentro de las políticas internas de talento humano de la organización, como empleados competentes y respaldados, equipos coordinados, procesos oportunos, atención segura, mayor capacidad de resolución de problemas y una experiencia positiva para todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717. DOI: 10.1136/bmj.e1717.
- Ali, S., Sethi, A., Soltani, A., y Nazar, Z. (2025). Impact of continuing professional development on patient outcomes: A systematic scoping review. *BMC Medical Education*, 25, 1284. DOI: 10.1186/s12909-025-07883-4.
- Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., Edgman-Levitan, S., y Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522–554. DOI: 10.1177/1077558714541480.
- Arce-Huamani, M. Á., y Aliaga-Gastelumendi, R. A. (2023). Calidad de atención y satisfacción del usuario en un Servicio de Emergencia de un Hospital del Seguro Social. *Acta Médica Peruana*, 40(4), 308–313. DOI: 10.35663/amp.2023.404.2722.
- Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. DOI: 10.1108/02683940710733115.
- Barrios-Ipenza, F., Calvo-Mora, A., Velicia-Martín, F., Criado-García, F., y Leal-Millán, A. (2020). Patient satisfaction in the Peruvian health services: Validation and application of the HEALTHQUAL scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5111. DOI: 10.3390/ijerph17145111.
- Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I., y Lauder, W. (2015). Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: A systematic review. *Systematic Reviews*, 4, 97. DOI: 10.1186/s13643-015-0089-0.
- Berberoglu, A. (2018). Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: Empirical evidence from public hospitals. *BMC Health Services Research*, 18, 399. DOI: 10.1186/s12913-018-3149-z.
- Bernal González, I., Pedraza Melo, N. A., y Sánchez Limón, M. L. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales*, 31(134), 8–19. DOI: 10.1016/j.estger.2014.08.003.

- Bluestone, J., Johnson, P., Fullerton, J., Carr, C., Alderman, J., y BonTempo, J. (2013). Effective in-service training design and delivery: Evidence from an integrative literature review. *Human Resources for Health*, 11, 51. DOI: 10.1186/1478-4491-11-51.
- Bragge, P., Delafosse, V., Kellner, P., Cong-Lem, N., Tsering, D., Giummarra, M. J., Lannin, N. A., Andrew, N., y Reeder, S. (2025). Relationship between staff experience and patient outcomes in hospital settings: An overview of reviews. *BMJ Open*, 15(1), e091942. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-091942.
- Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L., y Lamprell, G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systematic review. *BMJ Open*, 7, e017708. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017708.
- Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. DOI: 10.1191/1478088706qp0630a.
- Brooks Carthon, J. M., Hatfield, L., Brom, H., Houton, M., Kelly-Hellyer, E., Schlak, A., y Aiken, L. H. (2021). System-level improvements in work environments lead to lower nurse burnout and higher patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 36(1), 7–13. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000475.
- Bull, C., Byrnes, J., Hettiarachchi, R., y Downes, M. (2019). A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Services Research*, 54(5), 1023–1035. DOI: 10.1111/1475-6773.13187.
- Bustamante-Ubilla, M. A., Grandón Avendaño, M. L., y Lapo Maza, M. C. (2015). Caracterización del clima organizacional en hospitales de alta complejidad en Chile. *Estudios Gerenciales*, 31(137), 432–440. DOI: 10.1016/j.estger.2015.08.003.
- Cabello, E., y Chirinos, J. L. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Médica Herediana*, 23(2), 88–95. DOI: 10.20453/rmh.v23i2.1037.
- Cervero, R. M., y Gaines, J. K. (2015). The impact of CME on physician performance and patient health outcomes: An updated synthesis of systematic reviews. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 35(2), 131–138. DOI: 10.1002/chp.21290.
- Chegini, Z., Arab-Zozani, M., Islam, S. M. S., Tobiano, G., y Rahimi, S. A. (2021). Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients' and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis. *Nursing Forum*, 56(4), 938–949. DOI: 10.1111/nuf.12635.

- Choudhry, N. K., Fletcher, R. H., y Soumerai, S. B. (2005). Systematic review: The relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal Medicine*, 142(4), 260–273. DOI: 10.7326/0003-4819-142-4-200502150-00008.
- Congreso de la República del Perú. (1997). Ley N.º 26842, Ley General de Salud.
- Congreso de la República del Perú. (1999). Ley N.º 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud — EsSalud.
- Congreso de la República del Perú. (2009). Ley N.º 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Congreso de la República del Perú. (2011). Ley N.º 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Copanitsanou, P., Fotos, N., y Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing*, 26(3), 172–176. DOI: 10.12968/bjon.2017.26.3.172.
- Creswell, J. W., y Creswell, J. D. (2018). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (5.ª ed.). SAGE.
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., y Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016.
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinus, M., y Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18, 41. DOI: 10.1186/s12960-020-00469-9.
- Dall'Ora, C., Saville, C., Rubbo, B., Turner, L., Jones, J., y Griffiths, P. (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104311. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104311.
- Davidson, K. W., Shaffer, J., Ye, S., et al. (2017). Interventions to improve hospital patient satisfaction with healthcare providers and systems: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 596–606. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004758.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033.
- Doyle, C., Lennox, L., y Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001570.

- Duong, J., Wang, G., Lean, G., Slobod, D., y Goldfarb, M. (2024). Family-centered interventions and patient outcomes in the adult intensive care unit: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Critical Care*, 83, 154829. DOI: 10.1016/j.jcrc.2024.154829.
- Fàbregues, S., Younas, A., Inayat, S., Escalante-Barrios, E. L., y Durante, A. (2025). Mixed methods studies using secondary analysis in nursing and midwifery: A methodological review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(5), 2316–2332. DOI: 10.1111/jan.16557.
- Fernández-Oliva, D., Revilla-Velásquez, M. E., Kolevic-Roca, L. A., Cabrejos-Castilla, I., Muchaypiña-Gallegos, I., Sayas-Avilés, I., Chávez-Conde, L., y Mamani-Urrutia, V. A. (2019). Clima organizacional y satisfacción del usuario externo en los servicios de hospitalización del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2017. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(2), 188–192. DOI: 10.15381/anales.802.15745.
- Fetters, M. D., Curry, L. A., y Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs: Principles and practices. *Health Services Research*, 48(6, Pt. 2), 2134–2156. DOI: 10.1111/1475-6773.12117.
- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., et al. (2009). Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(2), CD003030. DOI: 10.1002/14651858.CD003030.pub2.
- Gile, P. P., Buljac-Samardzic, M., y van de Klundert, J. (2018). The effect of human resource management on performance in hospitals in Sub-Saharan Africa: A systematic literature review. *Human Resources for Health*, 16, 34. DOI: 10.1186/s12960-018-0298-4.
- Gleeson, H., Calderon, A., Swami, V., Deighton, J., Wolpert, M., y Edbrooke-Childs, J. (2016). Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. *BMJ Open*, 6(8), e011907. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011907.
- Guerra Elera, F. B., Lama Morales, R. A., Guerra Delgado, M. S., y Elera Ojeda, R. N. (2023). Clima organizacional del personal de salud y satisfacción de usuarios atendidos por el Servicio de Atención Móvil de Urgencias en el contexto COVID-19, Piura 2021. *Horizonte Médico*, 23(1). DOI: 10.24265/horizmed.2022.v23n1.04.
- Harris, C., Cortvriend, P., y Hyde, P. (2007). Human resource management and performance in healthcare organisations. *Journal of Health Organization and Management*, 21(4/5), 448–459. DOI: 10.1108/1477260710778961.

- Hatef, E., Wilson, R. F., Zhang, A., Hannum, S. M., Kharrazi, H., Davis, S. A., et al. (2024). Effectiveness of telehealth versus in-person care during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *npj Digital Medicine*, 7, 157. DOI: 10.1038/s41746-024-01152-2.
- Hernández-Vásquez, A., Rojas-Roque, C., Prado-Galbarro, F. J., y Bendezu-Quispe, G. (2019). Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del Ministerio de Salud de Perú y sus factores asociados. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 620–628. DOI: 10.17843/rpmesp.2019.364.4515.
- Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., et al. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), 240–252. DOI: 10.1177/0141076818769477.
- Hughes, A. M., Gregory, M. E., Joseph, D. L., et al. (2016). Saving lives: A meta-analysis of team training in healthcare. *Journal of Applied Psychology*, 101(9), 1266–1304. DOI: 10.1037/apl0000120.
- Imanipour, M., Ebadi, A., Monadi Ziarat, H., y Mohammadi, M. M. (2022). The effect of competency-based education on clinical performance of health care providers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 28(1), e13003. DOI: 10.1111/ijn.13003.
- Inga-Berrosipi, F., y Arosquipa Rodríguez, C. (2019). Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 312–318. DOI: 10.17843/rpmesp.2019.362.4493.
- Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., y Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103933. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103933.
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., y Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 9(4), e94207. DOI: 10.1371/journal.pone.0094207.
- Kieft, R. A. M. M., de Brouwer, B. B. J. M., Francke, A. L., y Delnoij, D. M. J. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14, 249. DOI: 10.1186/1472-6963-14-249.

- Kim, J. M., Suarez-Cuervo, C., Berger, Z., Lee, J., Gayleard, J., Rosenberg, C., Nagy, N., Weeks, K., y Dy, S. M. (2018). Evaluation of patient and family engagement strategies to improve medication safety. *The Patient—Patient-Centered Outcomes Research*, 11(2), 193–206. DOI: 10.1007/s40271-017-0270-8.
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., et al. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3.
- Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M., y Chen, Y. (2019). A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and four sets of outcomes. *Medical Care*, 57(5), 353–361. DOI: 10.1097/MLR.0000000000001109.
- Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., y Shanafelt, T. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 7(11), e2443059. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.43059.
- Manary, M. P., Boulding, W., Staelin, R., y Glickman, S. W. (2013). The patient experience and health outcomes. *New England Journal of Medicine*, 368(3), 201–203. DOI: 10.1056/NEJMp1211775.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2024). Decreto Supremo N.º 016-2024-JUS, Reglamento de la Ley N.º 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Ministerio de Salud. (2006). Resolución Ministerial N.º 519-2006-MINSA. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Ministerio de Salud. (2009). *Política Nacional de Calidad en Salud*. Resolución Ministerial N.º 727-2009-MINSA.
- Ministerio de Salud. (2011). *Metodología para el estudio del clima organizacional. Documento técnico, versión 02*. Resolución Ministerial N.º 468-2011-MINSA.
- Ministerio de Salud. (2015). *Manual de Buenas Prácticas para la Mejora del Clima Organizacional*. Resolución Ministerial N.º 626-2015-MINSA.
- Ministerio de Salud. (2016). Resolución Ministerial N.º 502-2016-MINSA. Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.
- Ministerio de Salud. (2018). *Lineamientos de Política de Recursos Humanos en Salud 2018–2030*. Resolución Ministerial N.º 1357-2018-MINSA.

- Ministerio de Salud. (2020). Decreto Supremo N.º 026-2020-SA. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable.
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. (2012). Decreto Supremo N.º 005-2012-TR. Reglamento de la Ley N.º 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Ministerio de Trabajo y Promoción Social. (1999). Decreto Supremo N.º 002-99-TR. Reglamento de la Ley N.º 27056.
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., y Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8(8), e022202. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022202.
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., y Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000388.
- O'Donovan, R., y McAuliffe, E. (2020). A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(4), 240–250. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa025.
- O'Leary, K. J., Sehgal, N. L., Terrell, G., y Williams, M. V. (2012). Interdisciplinary teamwork in hospitals: A review and practical recommendations for improvement. *Journal of Hospital Medicine*, 7(1), 48–54. DOI: 10.1002/jhm.970.
- Oppel, E. M., y Young, G. J. (2018). Nurse staffing patterns and patient experience of care: An empirical analysis of U.S. hospitals. *Health Services Research*, 53(3), 1799–1818. DOI: 10.1111/1475-6773.12756.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Quality health services: A planning guide*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. OMS.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. DOI: 10.1136/bmj.n71.
- Pan American Health Organization. (2017). *Strategy on Human Resources for Universal Access to Health and Universal Health Coverage*.

- Park, M., y Giap, T.-T.-T. (2020). Patient and family engagement as a potential approach for improving patient safety: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 62–80. DOI: 10.1111/jan.14227.
- Patterson, M. G., West, M. A., Shackleton, V. J., Dawson, J. F., Lawthom, R., Maitlis, S., Robinson, D. L., y Wallace, A. M. (2005). Validating the organizational climate measure: Links to managerial practices, productivity and innovation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 379–408. DOI: 10.1002/job.312.
- Patterson, M., Rick, J., Wood, S., Carroll, C., Balain, S., y Booth, A. (2010). Systematic review of the links between human resource management practices and performance. *Health Technology Assessment*, 14(51), 1–334. DOI: 10.3310/hta14510.
- Rathert, C., Wyrwich, M. D., y Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351–379. DOI: 10.1177/1077558712465774.
- Reader, T. W., Gillespie, A., y Roberts, J. (2014). Patient complaints in healthcare systems: A systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality & Safety*, 23(8), 678–689. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002437.
- Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L., y Rollins, A. L. (2017). The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 32, 475–482. DOI: 10.1007/s11606-016-3886-9.
- Samuel, A., Cervero, R. M., Durning, S. J., y Maggio, L. A. (2021). Effect of continuing professional development on health professionals' performance and patient outcomes: A scoping review of knowledge syntheses. *Academic Medicine*, 96(6), 913–923. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003899.
- Schmutz, J. B., Meier, L. L., y Manser, T. (2019). How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(9), e028280. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-028280.
- Schneider, B., Ehrhart, M. G., y Macey, W. H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual Review of Psychology*, 64, 361–388. DOI: 10.1146/annurev-psych-113011-143809.
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R., y Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties,

- benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44. DOI: 10.1186/1472-6963-6-44.
- Sharma, A., Minh Duc, N. T., Luu Lam Thang, T., et al. (2021). A consensus-based checklist for reporting of survey studies (CROSS). *Journal of General Internal Medicine*, 36(10), 3179–3187. DOI: 10.1007/s11606-021-06737-1.
- Sonis, J. D., Aaronson, E. L., Lee, R. Y., Philpotts, L. L., y White, B. A. (2018). Emergency department patient experience: A systematic review of the literature. *Journal of Patient Experience*, 5(2), 101–106. DOI: 10.1177/2374373517731359.
- Stalpers, D., de Brouwer, B. J. M., Kaljouw, M. J., y Schuurmans, M. J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 817–835. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.01.005.
- Tong, A., Sainsbury, P., y Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research: A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.
- Vega Vega, R. R., y Podestá Gavilano, L. E. (2024). Percepción del clima organizacional y cultura de seguridad en el servicio de cirugía de un hospital de emergencias nivel III-1. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 24(2), 125–131. DOI: 10.25176/rfmh.v24i2.6449.
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., y Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology statement: Guidelines for reporting observational studies. *PLoS Medicine*, 4(10), e296. DOI: 10.1371/journal.pmed.0040296.
- Weaver, S. J., Dy, S. M., y Rosen, M. A. (2014). Team-training in healthcare: A narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 23(5), 359–372. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-001848.
- West, M. A., Guthrie, J. P., Dawson, J. F., Borrill, C. S., y Carter, M. (2006). Reducing patient mortality in hospitals: The role of human resource management. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 983–1002. DOI: 10.1002/job.396.
- Wong, C. A., Cummings, G. G., y Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724. DOI: 10.1111/jonm.12116.
- World Health Organization. (2025). *Quality health services*.

World Medical Association. (2024). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants.



EDITORIAL
MUNDO INTERDISCIPLINARIO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y CALIDAD ASISTENCIAL

Relación entre Clima Organizacional,
Capacitación del Personal de Salud y
los Resultados en la Calidad de
Atención al Paciente

Autores:

Roberto Orlando Núñez Quiroz
Rosa Cecilia Cruz Núñez
Roberto Adrián Núñez Cruz



ISBN 978-628-97906-8-9