



Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Escuela de Posgrado

**Relación entre gestión estratégica y calidad del servicio al usuario en la DIRESA
Región Lima 2024-2025**

Tesis

Para optar el Grado Académico de Maestra en Administración Estratégica

Autora

Betty Silvina Sedano Rojas

Asesora

Dra. Elvira Teófila Castañeda Chirre

UNIV. NAC. JOSÉ F. SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE INGENIERÍA QUÍMICA Y METALÚRGICA

Dra. Elvira Teófila Castañeda Chirre
DNU 518
CIP 91363

Dra. ELVIRA TÉOFILA CASTAÑEDA CHIRRE
ASESORA DE TESIS

Huacho – Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial – Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Reconocimiento: Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

LICENCIADA

(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020)

Escuela de Posgrado

METADATOS

DATOS DEL AUTOR (ES):		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	FECHA DE SUSTENTACIÓN
Betty Silvina Sedano Rojas	19922128	14 de agosto del 2026
DATOS DEL ASESOR:		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CÓDIGO ORCID
Elvira Teófila Castañeda Chirre	15744138	https://orcid.org/0000-0002-1953-8869
DATOS DE LOS MIEMBROS DE JURADOS –MAESTRÍA-DOCTORADO:		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CODIGO ORCID
Guillermo Percy Aliaga López	15590569	https://orcid.org/0000-0003-3081-2205
Rey Lelis Bautista Juan De Dios	15596695	https://orcid.org/0000-0002-0463-5682
Erlo Wilfredo Lino Escobar	15608475	https://orcid.org/0000-0003-4889-6646

BETTY SILVINA SEDANO ROJAS (2026-030260)

RELACIÓN ENTRE GESTIÓN ESTRATÉGICA Y CALIDAD DEL SERVICIO AL USUARIO EN LA DIRESA REGION LIMA- 2024-2...

 DGT-POSGRADO 2026
 Dirección de Gestión de la Investigación-VRI 2026
 DIRECCION DE GESTION DE LA INVESTIGACION

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::1:3552709285

Fecha de entrega

27 abr 2026, 3:56 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

27 abr 2026, 4:00 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

TESIS_OK_BETTY_20_MARZO_2026_1.pdf

Tamaño del archivo

2.0 MB

126 páginas

35.226 palabras

231.447 caracteres



Página 2 de 143 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::1:3552709285

18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Fuentes principales

16%  Fuentes de Internet

11%  Publicaciones

11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Dedicatoria

Tesis dedicada con gran amor a Dios, mi principal fuente espiritual, a mi esposo Julio Quinteros, por su apoyo incondicional y por siempre estar a mi lado, que ha sido un bálsamo en los momentos de cansancio y desaliento, a mis hijos, Alvaro y Ariana quienes son mi inspiración, motivación, amores de mi vida y razón de esta investigación, es un ejemplo que los sueños se cumplen, con amor y esfuerzo, para hacerlos realidad.

Betty Silvina Sedano Rojas

Agradecimiento

Gracias a la vida por cruzarme con personas, por su invaluable orientación y sabios consejos durante todo el proceso de investigación, que me motivaron y acompañaron. Su paciencia y dedicación, fueron fundamentales para mi crecimiento académico, esta tesis lleva un poco de cada uno de ustedes.

Betty Silvina Sedano Rojas

Índice

Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Resumen	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
Capítulo I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	16
1.2 Formulación del Problema	22
1.2.1 Problema General	22
1.2.2 Problemas Específicos	22
1.3 Objetivos de la Investigación	23
1.3.1 Objetivo General.....	23
1.3.2 Objetivos Específica	23
1.4 Justificación de la Investigación.....	23
1.5 Delimitaciones del Estudio.....	27
1.6 Viabilidad del Estudio	28
Capítulo II. MARCO TEÓRICO	31
2.1 Antecedentes.....	31
2.2 Bases Teóricas	37
2.3 Bases Filosóficas	44
2.4 Bases conceptuales	48
2.5 Hipótesis de Investigación.....	50
2.5.1 Hipótesis General	50
2.5.2 Hipótesis Específicas	50
2.6 Operacionalización de las Variables.....	52
Capítulo III. METODOLOGÍA	54
3.1 Diseño Metodológico	54
3.2 Población y Muestra.....	56
3.3 Técnicas de Recolección de Datos	61

3.4	Técnicas para el Procesamiento de la Información	64
	Capítulo IV. RESULTADOS.....	68
4.1	Análisis de Resultados.....	68
4.2	Contrastación de Hipótesis.....	75
4.3	Síntesis Integradora de hallazgos y conclusiones del capítulo	92
	Capítulo V. DISCUSIÓN	97
5.1.	Discusión de resultados	97
	Capítulo VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	105
6.1	Conclusiones.....	106
6.2	Recomendaciones	110
	Capítulo VII. REFERENCIAS	105
7.1	Fuentes Documentales.....	115
7.2	Fuentes Bibliográficas	116
7.3	Fuentes Hemerográficas	116
7.4	Fuentes Electrónicas.....	119
	ANEXOS	121

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de la Variable Independiente: Gestión Estratégica.....	52
Tabla 2. Operacionalización de la Variable Independiente: Gestión Estratégica.....	53
Tabla 3. Distribución de la Población de Estudio por Estrato y Área Funcional	58
Tabla 4. Distribución de la Muestra Estratificada por Áreas Funcionales	60
Tabla 5. Validez de Contenido por Juicio de Expertos	63
Tabla 6. Confiabilidad de Instrumentos mediante Coeficiente Alfa de Cronbach	64
Tabla 7. Niveles de Percepción de la Gestión Estratégica en Personal Administrativo de DIRESA Región Lima.....	68
Tabla 8. Niveles de Percepción de Calidad del Servicio al Usuario en la DIRESA Región Lima	70
Tabla 9. Estadísticos Descriptivos por Dimensiones de la Variable Gestión Estratégica	72
Tabla 10. Estadísticos Descriptivos por Dimensiones de la Variable Calidad del Servicio al Usuario	73
Tabla 11. Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov para ambas variables	75
Tabla 12. Correlación de Spearman entre Gestión Estratégica y Calidad del Servicio	76
Tabla 13. Correlación de Spearman entre Planificación Estratégica y Fiabilidad del Servicio.....	79
Tabla 14. Correlación de Spearman entre Implementación Estratégica y Capacidad de Respuesta.....	82
Tabla 15. Correlaciones de Spearman entre Monitoreo-Evaluación y Dimensión Seguridad.....	84
Tabla 16. Correlación de Spearman entre Planificación Estratégica y Empatía del Servicio.....	86
Tabla 17. Correlación de Spearman entre Implementación Estratégica y Elementos Tangibles	88
Tabla 18. Resumen de contrastación de todas las hipótesis de investigación	90

Índice de figuras

Figura 1.	Ubicación geográfica de DIRESA Región Lima	19
Figura 2.	Organigrama estructural de la DIRESA Región Lima.....	20
Figura 3.	Diseño de Investigación Correlacional	56
Figura 4.	Distribución Porcentual de Niveles de Gestión Estratégica Percibidos por Personal Administrativo	69
Figura 5.	Distribución Porcentual de Niveles de Calidad del Servicio Percibidos por Usuarios Externos	71
Figura 6.	Medias Aritméticas por Dimensión de Gestión Estratégica.....	73
Figura 7.	Medias Aritméticas por Dimensión SERVQUAL de Calidad del Servicio	74
Figura 8.	Diagrama de Dispersión entre Gestión Estratégica y Calidad del Servicio con Línea de Tendencia.....	78
Figura 9.	Diagrama de Dispersión entre Planificación Estratégica y Fiabilidad del Servicio	81
Figura 10.	Diagrama de Dispersión entre Implementación Estratégica y Capacidad de Respuesta	83
Figura 11.	Diagrama de Dispersión entre Monitoreo-Evaluación y Seguridad del Servicio	85
Figura 12.	Diagrama de dispersión entre Planificación Estratégica y Empatía del Servicio	87
Figura 13.	Diagrama de dispersión entre Implementación Estratégica y Elementos Tangibles.....	89
Figura 14.	Comparación gráfica de coeficientes de correlación de todas las hipótesis.....	91

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la gestión estratégica y la calidad del servicio al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025. El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, de tipo aplicado, nivel correlacional y diseño no experimental transversal. La población estuvo conformada por 180 trabajadores administrativos y aproximadamente 15,000 usuarios externos mensuales, seleccionándose una muestra probabilística estratificada de 250 participantes (123 trabajadores y 127 usuarios). Los instrumentos utilizados fueron dos cuestionarios validados: el Cuestionario de Gestión Estratégica (CGE) de 20 ítems ($\alpha=0.864$) y el Cuestionario de Calidad del Servicio a Usuario (CCSU) de 25 ítems basado en el modelo SERVQUAL ($\alpha=0.910$), ambos validados mediante juicio de cinco expertos ($CVC=0.925$). Los resultados revelaron que el 68.3% del personal percibe un nivel medio de gestión estratégica, mientras 61.4% de los usuarios califican la calidad del servicio como media. El análisis inferencial mediante el coeficiente Rho de Spearman demostró una correlación positiva alta y altamente significativa entre gestión estratégica y calidad del servicio ($\rho=0.782$, $p<0.001$), confirmando las hipótesis planteadas. Se concluyó que existe relación directa y significativa entre ambas variables, evidenciando que mejoras en los procesos de planificación, implementación y monitoreo estratégico impactan positivamente en la percepción de calidad del servicio por parte de los usuarios de la DIRESA Región Lima.

Palabras clave: gestión estratégica, calidad del servicio, SERVQUAL, DIRESA, planificación estratégica

Abstract

The present research aimed to determine the relationship between strategic management and quality of service to users at the Regional Health Directorate (DIRESA) of the Lima Region during the 2024-2025 period. The study adopted a quantitative approach, with an applied type, correlational level, and cross-sectional non-experimental design. The population consisted of 180 administrative workers and approximately 15,000 monthly external users, with a stratified probability sample of 250 participants (123 workers and 127 users) being selected. The instruments used were two validated questionnaires: the Strategic Management Questionnaire (CGE) with 20 items ($\alpha=0.864$) and the User Service Quality Questionnaire (CCSU) with 25 items based on the SERVQUAL model ($\alpha=0.910$), both validated through expert judgment of five specialists (CVC=0.925). The results revealed that 68.3% of the staff perceive a medium level of strategic management, while 61.4% of users rate service quality as medium. The inferential analysis using Spearman's Rho coefficient demonstrated a high and highly significant positive correlation between strategic management and service quality ($\rho=0.782$, $p<0.001$), confirming the proposed hypotheses. It was concluded that there is a direct and significant relationship between both variables, evidencing those improvements in planning, implementation, and strategic monitoring processes positively impact users' perception of service quality at the DIRESA Lima Region.

Keywords: strategic management, service quality, SERVQUAL, DIRESA, strategic planning

Introducción

La gestión estratégica constituye uno de los pilares fundamentales para el desarrollo y sostenibilidad de las organizaciones del siglo XXI. En el contexto global, organismos internacionales como las Naciones Unidas, a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente el ODS 3 relacionado con salud y bienestar, y el ODS 16 referido a instituciones eficaces, han enfatizado la necesidad de fortalecer las capacidades de gestión en el sector público (Naciones Unidas, 2015). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que sistemas de salud resilientes y efectivos requieren de liderazgo estratégico, planificación basada en evidencia y mecanismos robustos de monitoreo y evaluación (OMS, 2023).

En el contexto latinoamericano, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha identificado que la modernización de la gestión pública, especialmente en el sector salud, representa un desafío crítico para la región. Los sistemas de salud en América Latina enfrentan problemas estructurales de fragmentación, ineficiencia y baja calidad de servicios, situación que demanda la implementación de modelos de gestión estratégica orientados a resultados y centrados en el usuario (CEPAL, 2020). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha promovido marcos de referencia para el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública, donde la gestión estratégica aparece como componente transversal para mejorar la calidad de los servicios sanitarios.

En el Perú, el sector salud atraviesa una coyuntura de transformación impulsada por la necesidad de mejorar la eficiencia y la calidad de atención a los ciudadanos. El Ministerio de Salud (MINSA), a través de diversas políticas sectoriales como el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud 2021-2025, ha establecido lineamientos para la modernización de la gestión en las direcciones regionales de salud (DIRESAS) y hospitales del país. Sin embargo, estudios recientes evidencian que persisten desafíos significativos en la implementación efectiva de prácticas de gestión estratégica en instituciones públicas de salud, lo cual impacta directamente en la percepción de calidad del servicio por parte de los usuarios.

La Región Lima, como parte del sistema descentralizado de salud del país, enfrenta retos particulares en la gestión de sus servicios sanitarios. La Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima, con sede en la Provincia de Huaura, distrito de Huacho, es

responsable de coordinar y supervisar la red de establecimientos de salud que atienden a una población significativa. En este contexto, la calidad del servicio al usuario se ha convertido en un indicador crítico de desempeño institucional, directamente vinculado a la satisfacción ciudadana y la legitimidad de las instituciones públicas.

La presente investigación aborda la relación entre dos variables fundamentales para el desempeño organizacional en el sector público de salud: la gestión estratégica y calidad del servicio al usuario. La gestión estratégica, conceptualizada desde los aportes teóricos de Mintzberg (2007) y Porter (2008), se operacionaliza en tres dimensiones: planificación estratégica, implementación estratégica, y monitoreo y evaluación. Por su parte, la calidad del servicio se fundamenta en el modelo SERVQUAL desarrollado por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988), adaptado al contexto de servicios públicos, considerando cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles.

El objetivo general de este estudio fue determinar la relación entre la gestión estratégica y la calidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025. Para ello, se adoptó un enfoque cuantitativo con diseño no experimental transversal y alcance correlacional, aplicando instrumentos validados a una muestra de 250 participantes compuesta por personal administrativo y usuarios externos. La investigación empleó técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman para contrastar las hipótesis planteadas.

El presente informe final de tesis se estructura en seis capítulos que responden a la lógica de investigación científica. El Capítulo I desarrolla el planteamiento de problema, contextualizando la problemática desde el ámbito internacional hasta el local, formulando el problema general y específicos, estableciendo los objetivos, justificando teórica, práctica y metodológicamente la investigación, y delimitando espacial, temporal y socialmente el estudio. El Capítulo II presenta el marco teórico que sustenta conceptualmente la investigación, incluyendo antecedentes internacionales y nacionales del período 2021-2025, bases teóricas fundamentadas en autores reconocidos, bases filosóficas, definiciones de términos básicos, formulación de hipótesis y operacionalización de variables. El Capítulo III describe detalladamente la metodología empleada, especificando el tipo, nivel, enfoque y diseño de investigación, caracterizando la población y muestra, describiendo los instrumentos de recolección de datos con sus respectivos procesos de validación y confiabilidad, y explicitando las técnicas de procesamiento y análisis estadístico. El Capítulo

IV expone los resultados obtenidos mediante análisis descriptivo e inferencial, presentando tablas y figuras que sintetizan los hallazgos, así como la contrastación de las hipótesis, general y específicas. El Capítulo V desarrolla la discusión de resultados, triangulando los hallazgos con los antecedentes, bases teóricas y filosóficas, e identificando limitaciones del estudio. Finalmente, el Capítulo VI presenta las conclusiones derivadas de los objetivos de investigación y formula recomendaciones prácticas dirigidas a diversos actores institucionales. El documento se complementa con las referencias bibliográficas en formato APA 7 y anexos que incluyen la matriz de consistencia, operacionalización de variables, instrumentos de recolección, validaciones, autorizaciones y evidencias del trabajo de campo.

Capítulo I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

En el contexto internacional, la gestión estratégica de las organizaciones de salud ha cobrado relevancia crítica en las últimas décadas, especialmente tras la pandemia de COVID-19 que evidenció las vulnerabilidades estructurales de los sistemas sanitarios a nivel mundial. Las Naciones Unidas, a través de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, establecieron 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), dos de los cuales están directamente relacionados con la problemática del presente estudio: el ODS 3 sobre salud y bienestar, que busca "garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", y el ODS 16 sobre paz, justicia e instituciones sólidas, que incluye la meta de "crear instituciones eficaces, responsables y transparentes a todos los niveles" (Naciones Unidas, 2015). Según el Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023, aproximadamente 4.5 mil millones de personas en el mundo aún carecen de acceso a servicios esenciales de salud de calidad, brecha que se atribuye no solo a limitaciones de recursos, sino fundamentalmente a deficiencias en la gobernanza, gestión estratégica y orientación de los sistemas sanitarios hacia las necesidades de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), como principal autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional, ha enfatizado reiteradamente que el fortalecimiento de los sistemas de salud requiere no únicamente inversión financiera, sino principalmente el desarrollo de capacidades institucionales de liderazgo, planificación estratégica basada en evidencia, gestión eficiente de recursos y sistemas robustos de monitoreo y evaluación. El Marco de la OMS (2023) para Sistemas de Salud Resilientes, identifica seis bloques constructivos fundamentales, siendo la gobernanza y el liderazgo estratégico el primero de ellos, reconociendo que constituye la base sobre la cual se sustentan todos los demás componentes del sistema. Datos del Observatorio Mundial de la Salud revelan que países con mayor madurez en gestión estratégica de sus sistemas sanitarios presentan indicadores significativamente superiores en cobertura universal de salud, calidad de atención y satisfacción ciudadana, independientemente de su nivel de desarrollo económico.

En el ámbito regional de América Latina y el Caribe, los sistemas de salud enfrentan desafíos particulares que limitan su capacidad de respuesta efectiva a las necesidades de la población. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha identificado que la región se caracteriza por alta fragmentación y segmentación de sus sistemas sanitarios, lo cual genera profundas inequidades en el acceso, financiamiento y calidad de los servicios de salud (CEPAL, 2024). El gasto público en salud en América Latina representa en promedio apenas el 4.2% del Producto Interno Bruto (PIB), significativamente inferior al 6% recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para garantizar cobertura universal efectiva. Esta insuficiencia de recursos se agrava por problemas estructurales de gestión institucional, que incluyen planificación estratégica deficiente, procesos administrativos burocratizados, sistemas de información fragmentados y débiles mecanismos de rendición de cuentas. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2022) señala que países como Chile, Uruguay y Costa Rica han logrado mejoras sustanciales en la calidad de sus servicios de salud mediante la implementación de modelos de gestión estratégica orientados a resultados, que priorizan la eficiencia operativa, el uso de tecnologías de información para la toma de decisiones y la centralidad del usuario en el diseño de servicios.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional de la OMS para las Américas, ha promovido activamente la adopción de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) como marco de referencia para fortalecer los sistemas sanitarios de la región. La FESP número 5, relacionada con el "desarrollo de políticas, planificación y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública", ha sido identificada como una de las más débiles en la mayoría de países latinoamericanos. La evaluación de FESP realizada en 2020 en 20 países de la región reveló que solo el 42% de las instituciones de salud pública cuentan con procesos formales de planificación estratégica, y apenas el 28% dispone de sistemas de monitoreo y evaluación que permitan la toma de decisiones basada en evidencia (OPS, 2021). Esta situación evidencia un déficit crítico en capacidades de gestión estratégica que impacta directamente en la efectividad y calidad de los servicios sanitarios ofrecidos a la población.

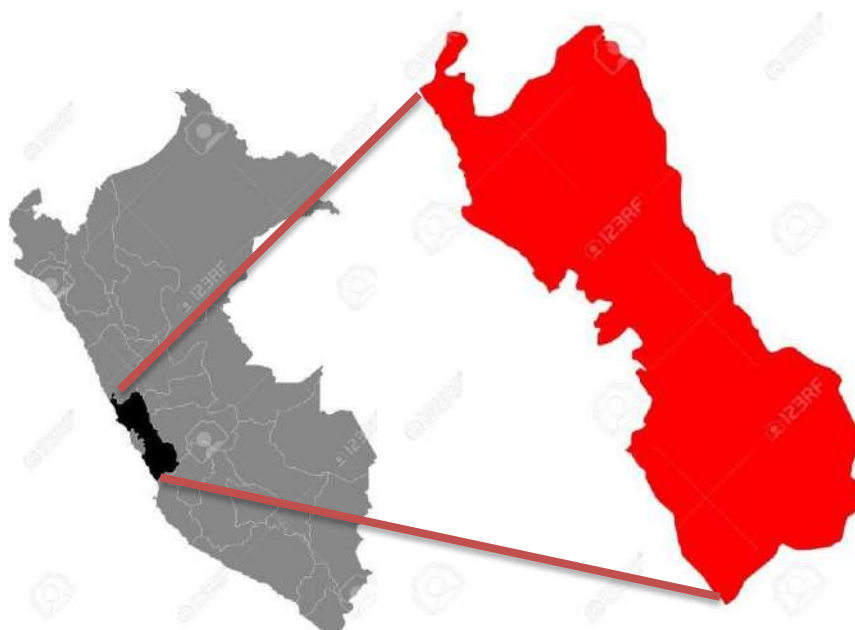
En el contexto nacional, el Perú enfrenta desafíos particulares en la gestión de su sistema de salud, los cuales se manifiestan en indicadores de desempeño institucional y satisfacción ciudadana que revelan brechas significativas. Según la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2023 realizada por la Superintendencia Nacional de Salud

(SUSALUD), solo el 54.3% de los usuarios de establecimientos públicos de salud a nivel nacional manifestaron estar satisfechos con la atención recibida, cifra que contrasta marcadamente con el 77.8% de satisfacción reportada en el sector privado. Los principales problemas identificados por los usuarios del sector público incluyen: tiempos de espera excesivos para acceder a consultas y procedimientos (reportado por el 68.2% de encuestados), falta de disponibilidad de medicamentos e insumos médicos (45.7%), trato inadecuado o poco empático por parte del personal de salud (34.9%), deficiencias en infraestructura y equipamiento (42.3%), y procesos administrativos engorrosos y poco transparentes (38.6%). Estos datos evidencian problemas estructurales que trascienden la disponibilidad de recursos financieros y se relacionan directamente con deficiencias en la gestión institucional y la orientación de los servicios hacia las necesidades y expectativas de los usuarios (INEI, 2024).

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), como ente rector del sector salud, ha reconocido oficialmente la necesidad de fortalecer las capacidades de gestión estratégica en todos los niveles del sistema sanitario. El Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud 2021-2025, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 1152-2021/MINSA, establece como uno de sus cinco objetivos estratégicos el "fortalecimiento de las capacidades de gestión y gobernanza en las direcciones regionales de salud y establecimientos del sector", reconociendo que la gestión institucional efectiva constituye un prerrequisito para la mejora sostenible de la calidad de los servicios. Sin embargo, evaluaciones del cumplimiento de este plan realizadas por la Contraloría General de la República (2023) revelan avances heterogéneos y limitados: solo el 38% de las direcciones regionales de salud (DIRESAs) reportan haber implementado procesos de planificación estratégica participativa con metodologías estandarizadas; apenas el 42% cuenta con sistemas de información gerencial que integren datos operativos, financieros y de calidad; y solo el 31% dispone de mecanismos formalizados de monitoreo y evaluación del desempeño institucional con retroalimentación sistemática. Estas cifras evidencian brechas significativas entre la normativa y los lineamientos establecidos a nivel central, y la implementación efectiva de prácticas de gestión estratégica en el nivel operativo del sistema de salud.

Figura 1

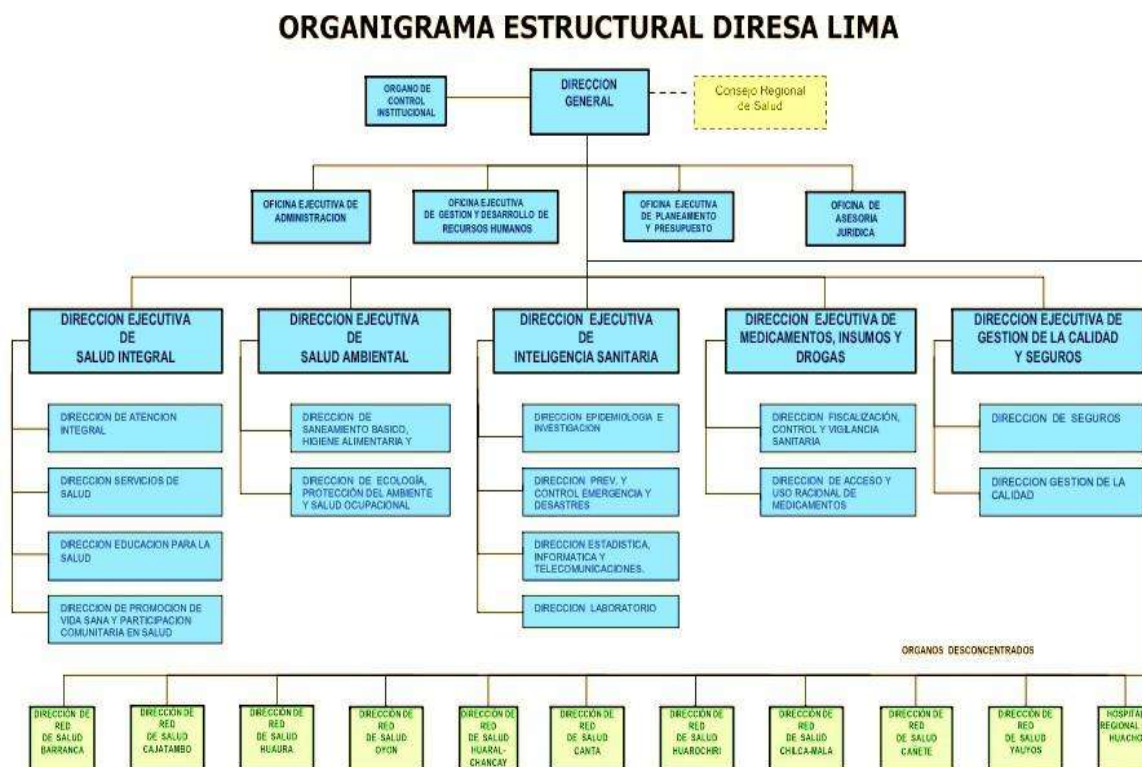
Ubicación geográfica de la DIRESA Región Lima



La Región Lima, como parte del sistema descentralizado de salud del Perú, presenta características particulares que configuran un escenario complejo para la gestión de servicios sanitarios. Esta región comprende nueve provincias (Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos) con una población total aproximada de 1.2 millones de habitantes, distribuida en un territorio geográficamente heterogéneo que incluye zonas costeras, valles interandinos y áreas alto andinas de difícil acceso. La Dirección Regional de Salud (DIRESA, 2021) Región Lima, con sede administrativa en el distrito de Huacho, provincia de Huaura, es la entidad responsable de coordinar, supervisar y conducir técnicamente la red de establecimientos de salud de la región, que incluye 8 hospitales, 42 centros de salud y 186 puestos de salud, además de coordinar con gobiernos locales y otros sectores para la implementación de políticas de salud pública. Esta estructura organizacional compleja, sumada a las limitaciones propias de recursos humanos, financieros y logísticos del sector público, demanda capacidades institucionales robustas de gestión estratégica para garantizar la provisión de servicios de calidad a toda la población.

Figura 2

Organigrama estructural de la DIRESA Región Lima



Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud

Diagnósticos situacionales y evaluaciones institucionales realizadas en la DIRESA Región Lima durante el período 2022-2024 han identificado múltiples problemas en la gestión estratégica institucional que afectan directamente la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios ofrecidos. El Plan Estratégico Institucional 2021-2024 de la DIRESA reconoce explícitamente debilidades críticas en los procesos de planificación operativa, señalando que existe limitada articulación entre el nivel estratégico y operativo, insuficiente alineación entre las áreas funcionales (administración, logística, recursos humanos, planificación, finanzas), sistemas de información fragmentados que dificultan la consolidación de datos para la toma de decisiones, y ausencia de indicadores de gestión estandarizados que permitan evaluar objetivamente el desempeño institucional. Asimismo, informes de la Oficina de Control Institucional de la DIRESA correspondientes al año 2023 identificaron deficiencias recurrentes en el seguimiento y monitoreo de metas

institucionales, ejecución presupuestal desarticulada de prioridades estratégicas, y débiles mecanismos de rendición de cuentas interna. Estas debilidades en gestión estratégica se traducen en problemas operativos concretos que impactan negativamente en la experiencia de los usuarios: demoras en procesos administrativos, información poco clara o contradictoria sobre requisitos y procedimientos, pérdida o extravío de documentos, y respuestas poco oportunas a solicitudes y reclamos (DIRESA, 2024).

En cuanto a la percepción de calidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima, múltiples fuentes de información convergen en evidenciar una situación problemática que requiere atención prioritaria. El Libro de Reclamaciones digital de la institución registró durante el año 2023 un total de 487 quejas y reclamos formales de usuarios externos, cifra que representa un incremento del 23% respecto al año anterior, sugiriendo un deterioro progresivo en la percepción de calidad o una mayor disposición de los usuarios a expresar su insatisfacción. El análisis de contenido de estas quejas revela que las causas más frecuentes son: demora excesiva en la atención de trámites administrativos (42.1% de los casos), falta de información clara, precisa y oportuna sobre procedimientos, requisitos y plazos (28.3%), trato inadecuado, poco empático o descortés por parte del personal administrativo (18.7%), pérdida, extravío o demora en la entrega de documentos y expedientes (11.9%). Adicionalmente, una encuesta de satisfacción aplicada por la propia DIRESA en octubre de 2023 a 320 usuarios de sus servicios administrativos (no asistenciales) reveló que solo el 48.7% se declaró satisfecho con la atención recibida, siendo las dimensiones de calidad peor evaluadas la fiabilidad (cumplimiento de lo prometido) con 42.3% de satisfacción, y la capacidad de respuesta (rapidez en la atención) con 39.8% de satisfacción.

La situación descrita configura una problemática compleja y multidimensional donde convergen deficiencias en la gestión estratégica institucional de la DIRESA Región Lima, evidenciadas en debilidades de planificación, implementación y monitoreo estratégico, con una percepción insatisfactoria de la calidad del servicio por parte de los usuarios externos, manifestada en quejas recurrentes y bajos niveles de satisfacción en dimensiones críticas como fiabilidad y capacidad de respuesta. Si bien existen instrumentos normativos, planes institucionales y lineamientos técnicos que establecen marcos de referencia para la gestión estratégica en direcciones regionales de salud, su implementación efectiva en el contexto específico de la DIRESA Región Lima enfrenta múltiples obstáculos que limitan su impacto en la mejora de la calidad del servicio al usuario. En este contexto, resulta imperativo realizar

un estudio empírico riguroso que permita determinar si existe, y en qué magnitud, una relación significativa entre las prácticas de gestión estratégica efectivamente implementadas en la DIRESA Región Lima y la percepción de calidad del servicio que tienen usuarios externos que acuden a la institución. Los hallazgos de esta investigación generarán evidencia científica que fundamente recomendaciones específicas, viables y pertinentes para el fortalecimiento de las capacidades de gestión estratégica institucional con orientación explícita hacia la mejora de la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios, contribuyendo así al cumplimiento de los objetivos institucionales y al fortalecimiento del sistema de salud regional.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿De qué manera la gestión estratégica se relaciona con la calidad del servicio al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025?

1.2.2 Problemas Específicos

PE1: ¿Cuál es la relación entre la planificación estratégica y la fiabilidad del servicio al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025?

PE2: ¿Cómo se relaciona la implementación estratégica con la capacidad de respuesta en la atención al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025?

PE3: ¿De qué manera el monitoreo y evaluación estratégica se relaciona con la seguridad del servicio al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025?

PE4: ¿Cuál es la relación entre la planificación estratégica y la empatía en el servicio al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025?

PE5: ¿Cómo se relaciona la implementación estratégica con los elementos tangibles del servicio al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la gestión estratégica y la calidad del servicio al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025.

1.3.2 Objetivos Específicos

Establecer la relación entre la planificación estratégica y la fiabilidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025.

Analizar la relación entre la implementación estratégica y la capacidad de respuesta en la atención al usuario en la DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025.

Evaluar la relación entre el monitoreo y evaluación estratégica y la seguridad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025.

Determinar la relación entre la planificación estratégica y la empatía en el servicio al usuario en la DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025.

Establecer la relación entre la implementación estratégica y los elementos tangibles del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025.

1.4 Justificación de la Investigación

1.4.1 Justificación Práctica

La presente investigación se justifica en el ámbito práctico porque sus resultados proporcionarán evidencia empírica específica y contextualizada que permitirá a la Dirección Ejecutiva de la DIRESA Región Lima identificar con precisión las áreas críticas de mejora en sus procesos de gestión estratégica que tienen impacto directo y significativo en la calidad del servicio percibida por usuarios externos. A diferencia de diagnósticos generales o evaluaciones institucionales rutinarias, este estudio establece y cuantifica la relación entre variables específicas de gestión estratégica (planificación, implementación, monitoreo y

evaluación) y dimensiones concretas de calidad del servicio (fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles), lo cual facilita la toma de decisiones informadas para el diseño e implementación de intervenciones focalizadas, eficientes y con alta probabilidad de impacto en la mejora de la experiencia del usuario.

Asimismo, la investigación genera información valiosa y específica sobre las percepciones de los usuarios respecto a dimensiones particulares de calidad del servicio, identificando cuáles son las áreas de mayor criticidad o insatisfacción, lo cual permite a la institución priorizar sus esfuerzos de mejora en aquellos aspectos que más importan a sus usuarios y que tienen mayor margen de optimización. Los instrumentos de medición validados en este estudio (Cuestionario de Gestión Estratégica y Cuestionario de Calidad del Servicio al Usuario) podrán ser utilizados posteriormente por la DIRESA para realizar evaluaciones periódicas, establecer líneas de base, monitorear el impacto de intervenciones de mejora y generar series temporales que permitan analizar tendencias, contribuyendo así a la institucionalización de una cultura de mejora continua basada en evidencia y medición sistemática del desempeño.

Adicionalmente, los hallazgos de esta investigación tienen potencial de transferibilidad a otras direcciones regionales de salud del país que enfrentan problemáticas similares en gestión estratégica y calidad de servicio al usuario. El modelo de análisis propuesto, las metodologías aplicadas y las recomendaciones derivadas del estudio pueden ser adaptadas y replicadas en otros contextos institucionales del sector salud público peruano, multiplicando así el impacto práctico de la investigación más allá de los límites de la DIRESA Región Lima y contribuyendo al fortalecimiento del sistema de salud a nivel nacional.

1.4.2 Justificación Teórica

Desde la perspectiva teórica, esta investigación contribuye de manera significativa al cuerpo de conocimientos sobre gestión estratégica en organizaciones públicas del sector salud en países en desarrollo, ámbito donde la evidencia empírica rigurosa y publicada en revistas científicas aún es limitada en comparación con la abundante literatura existente sobre gestión estratégica en el sector privado o en sistemas de salud de países desarrollados. El estudio contrasta y valida en el contexto peruano específico marcos teóricos consolidados internacionalmente, como el modelo de gestión estratégica propuesto por Mintzberg (2007) que conceptualiza la estrategia desde cinco perspectivas (plan, patrón, posición, perspectiva

y treta), el modelo de ventaja competitiva de Porter (2008) adaptado al concepto de "ventaja pública" en organizaciones sin fines de lucro, y el modelo SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) para la medición de calidad del servicio, evaluando su aplicabilidad, validez y capacidad explicativa en instituciones públicas de salud con características particulares de recursos limitados, marco normativo rígido y objetivos de servicio público.

La investigación aporta evidencia empírica sobre la naturaleza, dirección y magnitud de la relación entre gestión estratégica y calidad del servicio, dos constructos que tradicionalmente han sido estudiados de manera independiente o en el contexto del sector privado con fines de lucro, donde las dinámicas organizacionales, incentivos, restricciones y objetivos son sustancialmente diferentes a los del sector público. Al integrar ambas perspectivas teóricas en el contexto específico de una dirección regional de salud del Perú, el estudio avanza en la comprensión de los mecanismos mediante los cuales las prácticas de gestión estratégica (como proceso organizacional) se traducen en resultados percibidos por los usuarios (como outcome del servicio), contribuyendo al desarrollo teórico en las áreas de gestión pública, administración de servicios de salud y calidad de servicios, y generando evidencia que puede ser comparada con hallazgos de otros contextos geográficos e institucionales.

Asimismo, la investigación contribuye a la construcción de conocimiento sobre la realidad de las direcciones regionales de salud en el Perú, instituciones que ocupan un nivel intermedio crítico en el sistema de salud (entre el nivel central rector y el nivel operativo de prestación de servicios) pero que han sido relativamente poco estudiadas desde la perspectiva de la gestión estratégica y la calidad. Los hallazgos del estudio permitirán caracterizar con mayor precisión el estado de las capacidades de gestión estratégica en este nivel institucional, identificar brechas entre marcos normativos y prácticas efectivas, y comprender mejor las dinámicas organizacionales que facilitan u obstaculizan la orientación de las instituciones públicas de salud hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas de los ciudadanos usuarios.

1.4.3 Justificación Metodológica

Esta justificación radica fundamentalmente en el desarrollo, validación y adaptación rigurosa de dos instrumentos de medición específicamente diseñados para el contexto de direcciones regionales de salud en Perú: el Cuestionario de Gestión Estratégica (CGE) de 20 ítems y el Cuestionario de Calidad del Servicio al Usuario (CCSU) de 25 ítems basado en el

modelo SERVQUAL. Ambos instrumentos fueron sometidos a exhaustivos procesos de validación de contenido mediante juicio de cinco expertos con alto grado académico y experiencia en las áreas de administración, gestión pública y metodología de investigación, obteniendo Coeficientes de Validez de Contenido (CVC) superiores a 0.90 que indican excelente validez. Asimismo, se determinó la confiabilidad de instrumentos mediante el cálculo de coeficiente Alfa de Cronbach en una prueba piloto, obteniéndose valores de 0.864 para CGE y 0.910 para el CCSU, que confirman alta consistencia interna y garantizan que las mediciones son precisas, estables y replicables.

Estos instrumentos validados y con propiedades psicométricas comprobadas constituyen un aporte metodológico significativo que trasciende los límites de este estudio, ya que podrá utilizarse por otros investigadores en futuros estudios en otras direcciones regionales de salud del país, en hospitales del MINSA o en otros contextos del sector público de salud, facilitando la realización de estudios comparativos entre instituciones, análisis longitudinales que evalúen cambios a lo largo del tiempo, o investigaciones que profundicen en aspectos específicos de las variables estudiadas. La disponibilidad de instrumentos validados reduce significativamente los costos y tiempos de futuras investigaciones, al eliminar la necesidad de desarrollar nuevos instrumentos desde cero, y facilita la comparabilidad de resultados entre diferentes estudios al utilizar mediciones estandarizadas.

Asimismo, la metodología de investigación aplicada en este estudio, que combina un diseño no experimental transversal con alcance correlacional, el uso de muestreo probabilístico estratificado para garantizar representatividad de la muestra, y la aplicación de técnicas estadísticas tanto descriptivas (para caracterizar las variables) como inferenciales no paramétricas (coeficiente de correlación de Spearman para contrastar hipótesis), proporciona un modelo metodológico riguroso y sistemático de análisis de relaciones entre variables latentes en el sector público que puede servir de referencia para otros investigadores. El protocolo metodológico documentado en esta tesis, que incluye desde el cálculo del tamaño de muestra hasta los criterios de inclusión y exclusión, procedimientos de recolección de datos y técnicas de análisis estadístico, constituye una guía práctica para realizar similares investigaciones en otros contextos institucionales.

1.5 Delimitaciones del Estudio

1.5.1 Delimitación Espacial

La investigación se realizó en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima, específicamente en su sede administrativa central ubicada en Jr. Bolognesi N° 563, distrito de Huacho, provincia de Huaura, departamento de Lima, República del Perú. El ámbito jurisdiccional de la DIRESA Región Lima abarca nueve provincias de la región Lima (Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos) con sus respectivos distritos, sin embargo, el estudio se focalizó exclusivamente en la sede administrativa central donde se concentran las oficinas de dirección ejecutiva, planeamiento estratégico, administración, finanzas, recursos humanos, logística, asesoría jurídica y otras unidades orgánicas que desarrollan funciones administrativas y de gestión estratégica institucional. No se incluyeron en el estudio establecimientos de salud de la red asistencial (hospitales, centros de salud, puestos de salud) ni las oficinas descentralizadas de la DIRESA en otras provincias.

1.5.2 Delimitación Temporal

El estudio se desarrolló durante el período comprendido entre enero de 2024 y febrero de 2025, abarcando las etapas completas del proceso de investigación: diseño metodológico y elaboración del proyecto de investigación (enero-marzo 2024), construcción y validación de instrumentos de medición (abril-mayo 2024), coordinaciones institucionales y obtención de autorizaciones formales (junio 2024), ejecución de prueba piloto y ajustes finales de instrumentos (julio-agosto 2024), aplicación definitiva de instrumentos y recolección de datos en campo (octubre-noviembre 2024), procesamiento y análisis estadístico de datos (diciembre 2024), interpretación de resultados y redacción del informe final de tesis (enero-febrero 2025). El trabajo de campo para la recolección de datos se ejecutó específicamente durante los meses de octubre y noviembre de 2024, período que corresponde a operaciones normales de la institución sin eventos extraordinarios que pudieran afectar significativamente la percepción del personal o usuarios (no hubo paros, huelgas, emergencias sanitarias ni cambios drásticos en la gestión institucional durante ese período), lo cual permitió capturar la percepción de gestión estratégica del personal administrativo y la percepción de calidad del servicio de los usuarios en condiciones operativas regulares y representativas del funcionamiento habitual de la institución.

1.5.3 Delimitación Social

Estuvo conformada por dos grupos sociales específicos y claramente definidos. El primer grupo incluyó al personal administrativo y directivo de la sede central de la DIRESA Región Lima, específicamente trabajadores con más de seis meses de antigüedad en la institución que desempeñan funciones en áreas administrativas, de gestión o apoyo (excluyendo personal asistencial como médicos, enfermeras, obstetras, técnicos de salud, que no participan directamente en procesos de gestión estratégica institucional). El segundo grupo estuvo conformado por usuarios externos, es decir, ciudadanos que acuden a la sede central de la DIRESA para realizar trámites administrativos de diversa índole: solicitud de certificaciones sanitarias, autorizaciones para funcionamiento de establecimientos, registro de profesionales de salud, presentación de documentos, consultas sobre normativas, entre otros servicios administrativos no asistenciales que ofrece la dirección regional. No fueron incluidos en el estudio usuarios que acuden a los establecimientos de salud de la red asistencial para recibir atenciones médicas o de enfermería, ya que el foco de la investigación es la gestión estratégica a nivel de dirección regional y la calidad de los servicios administrativos que ésta ofrece, no la atención clínica o asistencial en establecimientos de salud.

1.6 Viabilidad del Estudio

La presente investigación fue plenamente viable de realizar debido a la confluencia de varios factores favorables de orden institucional, técnico, económico y temporal que garantizaron la ejecución exitosa de todas las etapas del proceso investigativo. En primer lugar, desde el punto de vista de la viabilidad institucional, se contó con la autorización formal y por escrito de la Dirección Ejecutiva de la DIRESA Región Lima, obtenida mediante Oficio N° 287-2024-DIRESA-RL/DE de fecha 15 de marzo de 2024, en el cual la máxima autoridad institucional expresó su conformidad con la realización del estudio y manifestó interés explícito en que los resultados de la investigación sean considerados como insumo técnico para los procesos de mejora institucional y planificación estratégica de la entidad. Esta autorización facilitó el acceso de la investigadora a las instalaciones de la institución, a documentos institucionales relevantes, y posibilitó la coordinación directa con jefes de oficina y personal administrativo para aplicar instrumentos.

En segundo lugar, desde el punto de vista de la viabilidad técnica y metodológica, la investigadora tuvo acceso directo y sin restricciones a ambos grupos poblacionales de interés para el estudio: personal administrativo de la DIRESA y usuarios externos. El acceso al personal administrativo fue facilitado mediante coordinaciones con la Oficina de Recursos Humanos, que proporcionó los listados de personal por áreas funcionales, y con los jefes de oficina, que otorgaron los permisos necesarios para que el personal pudiera participar en el llenado de cuestionarios durante horas laborales sin afectar significativamente las operaciones normales. El acceso a usuarios externos se logró mediante la identificación de puntos de alta concurrencia (ventanillas de atención, sala de espera, área de tramitación de documentos) y la coordinación de horarios de aplicación de instrumentos que capturaran el flujo de usuarios durante diferentes días de la semana y diferentes horarios, garantizando representatividad de la muestra. La investigadora posee formación académica de posgrado en administración y gestión pública, así como capacitación específica en metodología de investigación cuantitativa y estadística aplicada, competencias que fueron fundamentales para el diseño metodológico riguroso y el análisis estadístico de datos utilizando el software SPSS versión 26.

En tercer lugar, desde el punto de vista de la viabilidad económica, la investigación demandó recursos financieros moderados que fueron íntegramente asumidos por la investigadora, sin requerir financiamiento externo ni presupuesto institucional. Los principales gastos incluyeron: elaboración, impresión y reproducción de 300 cuestionarios (CGE y CCSU) en papel bond de buena calidad, movilidad local para traslados a DIRESA en el período de trabajo de campo, adquisición de licencia temporal del software estadístico SPSS versión 26 para procesamiento y análisis de datos, servicios de tipeo y transcripción de datos desde cuestionarios físicos a base de datos digital, materiales de escritorio diversos (lapiceros, folders, engrapadoras, clips), y servicios de impresión y empastado del informe final de tesis. El presupuesto total ejecutado ascendió aproximadamente a S/ 3,200.00 (tres mil doscientos soles), monto accesible que no representó limitación para la ejecución del estudio.

En cuarto lugar, desde el punto de vista de la viabilidad temporal, la investigadora dispuso de un período de trece meses (enero 2024 a febrero 2025) para completar todas las etapas del estudio, tiempo que resultó suficiente para desarrollar cada fase con el rigor y la profundidad requeridas, sin prisas que pudieran afectar la calidad metodológica. La disponibilidad de tiempo adecuado permitió realizar una exhaustiva revisión de literatura

para construir el marco teórico, desarrollar y validar cuidadosamente los instrumentos de medición mediante juicio de expertos y prueba piloto, ejecutar el trabajo de campo con el tiempo necesario para alcanzar el tamaño de muestra requerido, procesar y analizar los datos con detenimiento, e interpretar los hallazgos contrastándolos con el marco teórico y los antecedentes revisados.

Finalmente, desde el punto de vista de la viabilidad de información, la investigadora tuvo acceso a fuentes bibliográficas especializadas necesarias para fundamentar teóricamente el estudio, incluyendo bases de datos académicas de acceso abierto como Google Scholar, SciELO y Redalyc, repositorios institucionales de universidades nacionales e internacionales donde se encuentran tesis doctorales y de maestría sobre temas relacionados, bibliotecas virtuales de organismos internacionales (OMS, OPS, CEPAL, BID), normativas y documentos técnicos del MINSA disponibles en el portal institucional, y el apoyo bibliográfico de la biblioteca de posgrado de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Asimismo, la investigadora contó durante todo el proceso con el acompañamiento académico de su asesora de tesis, Dra. Elvira Teófila Castañeda Chirre, quien brindó orientación metodológica, revisó críticamente los avances y aportó sugerencias valiosas que fortalecieron la calidad del estudio. La confluencia de todos estos factores favorables garantizó la viabilidad integral del estudio y su ejecución exitosa.

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Investigaciones Internacionales

Chen y colaboradores (2024) realizaron metaanálisis a partir del cual se sintetizó evidencia acumulada durante la última década proveniente de múltiples geografías y contextos institucionales. Su trabajo integró información de cerca de cincuenta investigaciones empíricas que, en conjunto, representaban experiencias de más de doce mil organizaciones sanitarias globalmente. El ejercicio de síntesis reveló patrones consistentes: existe una asociación de magnitud moderada a alta entre la calidad con que se ejecutan las estrategias organizacionales y diversos indicadores de desempeño institucional. Identificaron además factores moderadores que amplifican o atenúan esta relación, destacando el rol de la participación activa del personal en procesos decisorios y la existencia de sistemas tecnológicos que permitan monitoreo continuo. Lo valioso de este aporte trasciende la confirmación estadística de relaciones ya intuitas; el análisis de heterogeneidad entre estudios ayuda a comprender bajo qué condiciones específicas ciertos mecanismos operan con mayor o menor efectividad, información crucial para diseñar intervenciones contextualizadas.

Fernández-Santos (2024) completó recientemente su maestría en Madrid con un trabajo que aplicó el modelo SERVQUAL en cuarenta y cinco centros de atención primaria españoles. Su aporte metodológico consiste en calcular brechas entre expectativas y percepciones, técnica original del SERVQUAL frecuentemente omitida en aplicaciones contemporáneas que solo miden percepciones. Identificó déficits en todas las dimensiones evaluadas, siendo rapidez de respuesta y confiabilidad las áreas más problemáticas. Mediante regresión múltiple, exploró qué factores demográficos y de uso predicen percepción de calidad, encontrando que frecuencia de utilización del servicio y experiencias previas explican aproximadamente un tercio de la variabilidad. Sus recomendaciones enfatizan priorizar intervenciones en dimensiones con brechas más amplias, donde existe mayor margen para mejora y potencial impacto en satisfacción global.

González-Martínez (2023) condujo su investigación de maestría en Colombia adoptando un enfoque mixto particularmente enriquecedor. La fase cuantitativa involucró veinticuatro centros de atención primaria en Bogotá y municipios aledaños, mientras que la vertiente cualitativa profundizó mediante entrevistas con quince directivos. Los datos numéricos revelaron asociaciones positivas moderadas a altas entre participación del personal en procesos de planeación y satisfacción reportada por usuarios. Sin embargo, fue el análisis temático cualitativo el que iluminó los mecanismos subyacentes: cuando los trabajadores contribuyen activamente a definir direcciones estratégicas, experimentan mayor apropiación de objetivos institucionales y demuestran más iniciativa en alinear servicios con necesidades locales. Esta dinámica genera círculos virtuosos donde el compromiso del personal se traduce en atención más atenta y personalizada. La autora concluyó recomendando institucionalizar espacios de construcción colectiva de estrategia, trascendiendo enfoques verticales tradicionales.

López-Fernández et al. (2023) desarrollaron un trabajo investigativo que exploró cómo se vinculan los procesos de dirección institucional con la percepción que tienen los usuarios respecto al servicio sanitario en territorio latinoamericano. Su análisis abarcó instituciones públicas de cinco naciones, empleando herramientas estandarizadas para capturar tanto la perspectiva gerencial como la experiencia del ciudadano. Los hallazgos mostraron que cuando las organizaciones adoptan prácticas sistemáticas de conducción institucional, particularmente aquellas que involucran participación colectiva en la definición de rumbos y seguimiento mediante métricas objetivas, tienden a obtener valoraciones más favorables por parte de quienes utilizan sus servicios. Resulta particularmente llamativo que identificaron una brecha de casi treinta puntos porcentuales entre instituciones con gestión formalizada versus aquellas donde predominan enfoques informales. Este trabajo aporta evidencia regional valiosa que refuerza la hipótesis sobre la existencia de vínculos medibles entre variables administrativas y resultados percibidos, proporcionando además parámetros cuantitativos útiles para análisis comparativos en contextos similares.

Silva et al. (2023) abordaron una pregunta metodológica fundamental: ¿opera el modelo SERVQUAL con igual validez en contextos de servicios públicos latinoamericanos que en los ámbitos donde originalmente fue desarrollado? Su trabajo con más de dos mil usuarios brasileños buscó responder esta interrogante mediante análisis factorial confirmatorio riguroso. Los resultados respaldaron la estructura pentadimensional del

modelo, aunque identificaron que ciertos matices en la interpretación de ítems requieren ajustes idiomáticos y culturales. Particularmente revelador fue descubrir que dimensiones relacionadas con confiabilidad en el cumplimiento y calidez en el trato humano mostraban cargas factoriales especialmente elevadas, sugiriendo que estos aspectos pesan más en la formación de juicios de calidad en contextos públicos latinoamericanos. Adicionalmente, documentaron correlaciones robustas entre percepciones de calidad y constructos relacionados como satisfacción global e intención de recomendar servicios, validando así la relevancia predictiva del modelo.

Hernández-Ríos (2022) desarrolló su trabajo doctoral en México explorando vínculos entre liderazgo estratégico de directivos y desempeño organizacional, incluyendo calidad del servicio como variable de resultado. Involucró dieciocho servicios estatales de salud mexicanos, con trescientos sesenta directivos y quinientos cuarenta mandos medios participantes. Sus instrumentos evaluaron competencias de liderazgo y múltiples indicadores de desempeño institucional. El análisis de regresión múltiple reveló que liderazgo estratégico explica aproximadamente la mitad de varianza en desempeño, con dos dimensiones emergiendo como predictores particularmente potentes: capacidad de articular visiones de futuro movilizadoras y habilidad para traducir estrategias en acciones concretas. Este hallazgo amplía la comprensión sobre factores que median entre gestión estratégica formal y resultados tangibles, sugiriendo que capacidades de liderazgo constituyen el engranaje que convierte planes en realidades.

El equipo liderado por Patel (2022) en la Universidad de Nueva Delhi condujo una investigación que merece atención especial por su diseño metodológico robusto. Examinaron ochenta y cinco hospitales del sistema público indio, implementando un protocolo que permitió observar cambios antes y después de introducir procesos estructurados de definición estratégica. Lo interesante no radica solamente en confirmar mejoras estadísticamente significativas, sino en identificar cuáles dimensiones específicas experimentaron transformaciones más marcadas. La capacidad institucional para cumplir consistentemente con compromisos adquiridos y la agilidad en responder a demandas ciudadanas emergieron como los aspectos donde se registraron los mayores saltos cualitativos. Mediante técnicas de análisis multivariado, demostraron que aproximadamente dos tercios de la variabilidad observada en satisfacción podía atribuirse a factores administrativos modificables. Sus conclusiones subrayan que incluso en escenarios con

restricciones presupuestarias severas, la optimización de procesos gerenciales constituye una vía viable para generar impacto positivo en la experiencia del usuario.

Rodríguez-Valenzuela (2022) desarrolló una investigación doctoral en Chile que destaca por su diseño longitudinal, característica poco común en estudios de este tipo dada la complejidad logística que implica. Durante dos años consecutivos, monitoreó doce hospitales de alta complejidad en Santiago, capturando evoluciones temporales tanto en prácticas gerenciales como en satisfacción usuaria. Empleó análisis de regresión logística y modelamiento de ecuaciones estructurales para desentrañar relaciones causales. Sus descubrimientos indican que tres cuartas partes de la variabilidad en calidad de atención encuentra explicación en dimensiones administrativas, siendo la fase de ejecución estratégica el predictor con mayor peso explicativo. Identificó además que variables organizacionales como clima laboral y disponibilidad de recursos operan como mediadoras en esta cadena causal. El seguimiento temporal permitió observar que mejoras sostenidas requieren aproximadamente seis meses para materializarse plenamente, período durante el cual ocurren ajustes adaptativos en rutinas organizacionales.

Kim (2021) realizó su tesis doctoral en Seúl investigando hospitales públicos surcoreanos, proporcionando así una perspectiva asiática valiosa. Empleó el Balanced Scorecard como marco para evaluar madurez en gestión estratégica y una versión coreana del SERVQUAL para medir satisfacción. Su muestra abarcó veintiocho instituciones, ochocientos cuarenta pacientes y doscientos diez administradores. Mediante análisis de conglomerados, identificó tres perfiles institucionales claramente diferenciados según su nivel de sofisticación gerencial. El grupo catalogado como de alta madurez obtuvo calificaciones superiores en todas las facetas evaluadas de satisfacción, con brechas que oscilaban entre quince y veintidós puntos porcentuales respecto al grupo de baja madurez. Lo revelador de este trabajo radica en documentar que incluso en un país con recursos abundantes, la variable crítica que discrimina entre instituciones de alto y bajo desempeño no es presupuesto sino capacidad de gestión sistemática e integrada.

Investigadores europeos liderados por Martínez-Sánchez (2021) emprendieron un estudio multinacional que involucró más de cien instituciones de salud pública distribuidas en ocho países con sistemas sanitarios maduros. Su enfoque metodológico multinivel permitió capturar tanto variabilidad dentro de organizaciones como diferencias entre naciones. Encontraron que aquellas entidades que habían logrado institucionalizar sistemas

robustos de seguimiento y evaluación —caracterizados por indicadores claramente definidos, periodicidad de medición establecida y mecanismos formales para traducir hallazgos en decisiones— superaban consistentemente a sus pares en todas las facetas evaluadas de calidad del servicio. Mediante modelamiento de ecuaciones estructurales, evidenciaron que estos sistemas de monitoreo no solo tienen efectos directos, sino que también funcionan como mediadores, canalizando el impacto de otros componentes estratégicos hacia resultados finales. Sus hallazgos sugieren que el seguimiento sistemático genera ciclos virtuosos de aprendizaje organizacional que gradualmente elevan estándares de desempeño.

2.1.2 Investigaciones Nacionales

Mendoza-Vargas (2023) para su maestría en la Universidad Nacional Agraria La Molina, investigó adoptando un enfoque centrado en perspectivas del usuario sobre calidad del servicio en instituciones públicas de salud. Su muestra de novecientos usuarios en centros de salud de Lima Norte aplicó una versión adaptada del SERVQUAL al contexto de atención primaria. El análisis factorial exploratorio confirmó la estructura pentadimensional con algunas particularidades: la dimensión de empatía absorbió ítems originalmente asociados a capacidad de respuesta, sugiriendo que usuarios peruanos integran ambos aspectos en un constructo único de atención humanizada. Las dimensiones con puntuaciones más bajas fueron fiabilidad y elementos tangibles, indicando insatisfacción particular con cumplimiento de promesas y condiciones físicas de infraestructura. Este trabajo contribuye a refinar la comprensión sobre cómo opera el modelo SERVQUAL en el contexto específico del Perú.

Rojas-Alcántara (2024) completó su doctorado en la Universidad Cayetano Heredia con un diseño cuasi-experimental inusualmente riguroso para el contexto peruano. Trabajó con treinta y dos centros de salud en Junín, asignando dieciséis al grupo experimental que recibió acompañamiento para implementar planeación estructurada, mientras otros dieciséis sirvieron como controles. Mediciones pre-post con seiscientos cuarenta usuarios documentaron diferencias significativas entre grupos. El análisis de mediación reveló que comunicación interna fluida y compromiso del personal operan como mecanismos que transmiten el efecto de planeación hacia satisfacción percibida. Sus hallazgos tienen implicaciones prácticas importantes: sugieren que, sin atender factores organizacionales habilitantes, implementar planeación formal genera impacto limitado. La investigación

aporta evidencia causal en establecimientos de primer nivel de atención, complementando literatura existente centrada en hospitales.

Vásquez-Pérez (2023) condujo su investigación de maestría en hospitales limeños administrados por el Ministerio de Salud, contexto directamente relevante para el presente estudio. Involucró cinco instituciones de mediana y alta complejidad, recolectando información de trescientos ochenta y cinco usuarios y ciento veinticinco trabajadores administrativos. Sus instrumentos demostraron propiedades psicométricas adecuadas. El análisis correlacional mediante Rho de Spearman evidenció una asociación positiva alta entre variables estudiadas. Al desagregar por dimensiones, identificó que la fase de planeación estratégica muestra vínculos especialmente fuertes con confiabilidad del servicio. Un hallazgo adicional sugiere que hospitales con mejores capacidades de gestión superan en treinta y cinco puntos porcentuales a aquellos con gestión débil en términos de satisfacción usuaria. El estudio proporciona parámetros cuantitativos específicos del contexto peruano que facilitan comparaciones directas.

Castillo-Mendoza (2022) realizó un estudio comparativo en la Pontificia Universidad Católica del Perú, involucró seis direcciones regionales de salud distribuidas en diversas regiones del país. Esta investigación es particularmente valiosa porque el objeto de estudio coincide exactamente con el tipo de institución que nos ocupa. Empleó múltiples fuentes de información: cuestionarios a directivos, análisis documental de planes estratégicos y evaluación de informes de gestión. Los resultados revelaron heterogeneidad marcada entre regiones, con correlaciones positivas entre un índice de implementación estratégica y diversos indicadores de desempeño institucional. Las direcciones regionales con mejores niveles de implementación compartían características comunes: habían formalizado sistemas de seguimiento, contaban con equipos técnicos dedicados y habían institucionalizado rutinas de revisión periódica. Sus recomendaciones apuntan a estandarizar procesos de gestión estratégica a nivel nacional, superando la discrecionalidad actual que genera disparidades.

Gutiérrez-Flores (2021) desarrolló su tesis doctoral en Universidad San Martín de Porres explorando específicamente la implementación de estrategias institucionales en hospitales regionales peruanos. Su trabajo de campo abarcó ocho instituciones en cuatro departamentos, combinando observación directa de procesos administrativos con encuestas a personal clave. Identificó brechas recurrentes entre planificación formal y ejecución efectiva, atribuibles a factores como rotación frecuente de personal directivo, discontinuidad

en políticas por cambios políticos y recursos insuficientes. Mediante análisis cualitativo comparativo, documentó que hospitales que lograban mejores niveles de implementación habían desarrollado mecanismos de protección contra estas perturbaciones: equipos técnicos estables, documentación robusta de procedimientos y cultura organizacional de mejora continua. Sus hallazgos subrayan que implementación estratégica exitosa requiere no solo capacidades técnicas sino también estabilidad institucional.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Gestión estratégica

2.2.1.1 Definición conceptual

La gestión estratégica constituye un proceso integral y dinámico mediante el cual las organizaciones formulan, implementan y evalúan decisiones interfuncionales que les permiten alcanzar sus objetivos de largo plazo (David, 2017). Mintzberg (2007) la conceptualiza como un constructo pentadimensional que trasciende la noción simplista de un plan formal, articulando cinco acepciones complementarias —plan, patrón, posición, perspectiva y treta— que capturan la riqueza del fenómeno estratégico. Porter (2008) la define como el conjunto de acciones ofensivas y defensivas que una organización emprende para crear una posición ventajosa sostenible en su entorno. Drucker (1993) la entiende como la disciplina que permite a las organizaciones definir su misión, establecer objetivos, desarrollar estrategias y tomar decisiones racionales para el futuro. Hitt et al. (2020) la caracterizan como el conjunto completo de compromisos, decisiones y acciones necesarios para que una organización alcance competitividad estratégica y rendimientos superiores al promedio.

En el contexto de organizaciones públicas de salud, la gestión estratégica se redefine como el proceso sistemático de dirección institucional orientado a generar valor público para los ciudadanos, optimizando recursos escasos mediante planificación participativa, implementación eficiente y evaluación continua de resultados sanitarios (Moore, 1995; OMS, 2023). Esta conceptualización reconoce que, a diferencia del sector privado donde el objetivo primordial es la rentabilidad, en el sector público, la gestión estratégica busca maximizar el bienestar social y la equidad en el acceso a servicios de salud.

2.2.1.2 Evolución histórica

La evolución de la gestión estratégica puede delinearse en cuatro etapas fundamentales. La primera etapa (1960-1970) corresponde a la planificación de largo alcance, donde Chandler (1962) estableció la relación entre estrategia y estructura, y Ansoff (1965) desarrolló la matriz de crecimiento producto-mercado que formalizó el análisis estratégico. La segunda etapa (1970-1980) se caracteriza por la planificación estratégica formal, donde las organizaciones adoptaron procesos sistemáticos de análisis del entorno y formulación de estrategias, influidos por los trabajos de Andrews (1971) y el modelo FODA.

La tercera etapa (1980-1990) marca la consolidación de la administración estratégica como disciplina, impulsada por Porter (1980, 1985) con sus modelos de cinco fuerzas competitivas y cadena de valor, y por Mintzberg (1987) con su taxonomía de escuelas de pensamiento estratégico. La cuarta etapa (1990-actualidad) se caracteriza por la gestión estratégica dinámica, donde modelos como el Balanced Scorecard (Kaplan & Norton, 1992), la teoría de capacidades dinámicas (Teece et al., 1997) y el enfoque de valor público (Moore, 1995) han ampliado significativamente el horizonte disciplinar. En el sector público latinoamericano, esta evolución se ha manifestado con un desfase temporal de aproximadamente una década, siendo las reformas de modernización del Estado de los años 2000 las que introdujeron formalmente prácticas de gestión estratégica en instituciones gubernamentales.

2.2.1.3 Teorías y modelos fundamentales

Las 5P de Mintzberg (2007). Henry Mintzberg articuló cinco maneras complementarias de conceptualizar la estrategia que capturan la complejidad del fenómeno: estrategia como plan (cursos de acción conscientemente diseñados), como patrón (consistencias emergentes en comportamiento organizacional), como posición (ubicación respecto al contexto), como perspectiva (maneras arraigadas de percibir y actuar) y como treta (maniobras específicas para obtener ventaja). Las escuelas prescriptivas (diseño, planificación, posicionamiento) enfatizan procesos analíticos, mientras que las descriptivas (empresarial, cognitiva, aprendizaje, poder, cultural, ambiental) reconocen la complejidad de factores que configuran la estrategia.

Ventaja competitiva de Porter (2008). La noción de ventaja competitiva sostenible se transforma en ventaja pública cuando organizaciones gubernamentales generan valor

superior para ciudadanos. Las tres estrategias genéricas —liderazgo en costos, diferenciación y enfoque— encuentran equivalentes en el sector público: maximizar eficiencia de recursos, distinguirse por calidad excepcional de servicios, o especializarse en poblaciones específicas. El modelo de cinco fuerzas competitivas se reinterpreta como análisis de stakeholders, presiones regulatorias, restricciones presupuestarias y expectativas ciudadanas.

Balanced Scorecard (Kaplan & Norton, 1996). Propuesta multidimensional que evalúa desempeño organizacional desde cuatro perspectivas: financiera (optimización de recursos públicos), clientes (satisfacción ciudadana), procesos internos (eficiencia operativa) y aprendizaje y crecimiento (capacidades institucionales). En el sector público de salud, el BSC ha sido adaptado modificando la perspectiva financiera para enfocarse en optimización de recursos limitados y reinterpretando la perspectiva de clientes como cumplimiento de objetivos sanitarios. El valor del BSC radica en la disciplina de traducir estrategia en objetivos mensurables y vincular actividades operativas con metas institucionales de largo aliento.

2.2.1.4 Dimensiones de la Gestión Estratégica

Dimensión 1: Planificación Estratégica. Comprende el proceso mediante el cual la organización define su dirección futura, estableciendo misión, visión, objetivos estratégicos y planes de acción (David, 2017). En el contexto de las DIRESAs, la planificación estratégica involucra la formulación del Plan Estratégico Institucional (PEI), el Plan Operativo Institucional (POI) y la alineación con el Plan Nacional de Salud. Los indicadores operacionales incluyen: claridad de objetivos institucionales, participación en procesos de planificación, alineación con prioridades sanitarias regionales, articulación presupuesto-plan, y difusión de la estrategia institucional. Se operacionaliza mediante los ítems 1 al 7 del Cuestionario de Gestión Estratégica (CGE).

Dimensión 2: Implementación Estratégica. Refiere al proceso de traducir la estrategia formulada en acciones operativas concretas, asignando recursos humanos, financieros, tecnológicos y materiales de manera coherente con las prioridades establecidas (Hitt et al., 2020). Mintzberg (2007) reconoce que la brecha entre estrategia deliberada e implementada constituye el desafío central de la gestión. En las DIRESAs, esta dimensión abarca la ejecución presupuestaria, coordinación interáreas, asignación de personal, implementación de protocolos y gestión de proyectos. Se operacionaliza mediante los ítems 8 al 14 del CGE.

Dimensión 3: Monitoreo y Evaluación. Constituye el proceso sistemático de seguimiento de indicadores estratégicos, evaluación periódica de avances respecto a metas establecidas y retroalimentación basada en resultados para ajustar cursos de acción (Kaplan & Norton, 1996). En el marco del BSC, incluye uso de tableros de control, evaluaciones trimestrales, sistemas de rendición de cuentas y gestión del conocimiento institucional. Se operacionaliza mediante los ítems 15 al 20 del CGE.

2.2.1.5 Gestión estratégica en el sector salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) ha enfatizado que sistemas de salud resilientes requieren liderazgo estratégico, planificación basada en evidencia y mecanismos robustos de monitoreo y evaluación. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) ha promovido marcos de referencia donde la gestión estratégica aparece como componente transversal para mejorar funciones esenciales de salud pública. En el contexto peruano, las DIRESAs enfrentan desafíos específicos: fragmentación del sistema de salud, limitaciones presupuestarias crónicas, alta rotación de personal directivo, débil institucionalidad y brechas significativas entre planificación y ejecución (Gutiérrez-Flores, 2021). La investigación empírica ha demostrado que instituciones de salud pública con gestión estratégica más desarrollada tienden a lograr mejores indicadores sanitarios y mayor satisfacción de usuarios (Kim, 2021; Rodríguez-Valenzuela, 2022).

2.2.1.6 Marco normativo peruano

El marco normativo peruano que sustenta la gestión estratégica en instituciones públicas de salud comprende: (a) Ley N.º 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, que establece principios de eficiencia, transparencia y orientación al ciudadano; (b) Decreto Supremo N.º 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021, incorporando la gestión por resultados como enfoque rector; (c) Decreto Legislativo N.º 1088, que crea el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (SINAPLAN) y el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN); (d) Resolución Ministerial N.º 1152-2021/MINSA, que establece lineamientos para la gestión estratégica en el sector salud; y (e) Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N.º 033-2017-CEPLAN/PCD, que aprueba la Guía para el Planeamiento Institucional, instrumento obligatorio para la formulación del PEI y POI en todas las entidades del Estado.

2.2.2 Calidad del Servicio al Usuario

2.2.2.1 Definición conceptual

La calidad del servicio constituye un constructo multidimensional que refleja la evaluación global del consumidor sobre la excelencia o superioridad del servicio recibido (Parasuraman et al., 1988). Se conceptualiza como la discrepancia entre las expectativas que los usuarios albergan antes de la experiencia y las percepciones que desarrollan durante y después del encuentro de servicio: cuando percepciones superan expectativas emerge satisfacción; cuando expectativas exceden percepciones sobreviene insatisfacción. Grönroos (1984) distingue entre calidad técnica (qué se entrega) y calidad funcional (cómo se entrega), reconociendo que en servicios públicos la dimensión funcional cobra particular relevancia. Cronin y Taylor (1992) propusieron SERVPERF como alternativa que mide únicamente percepciones de desempeño, mientras que Donabedian (1980) estableció el modelo tripartito estructura-proceso-resultado ampliamente utilizado en el sector sanitario.

2.2.2.2 Evolución histórica

La evolución del concepto de calidad del servicio puede delinearse en cuatro fases. La primera fase (1920-1960) corresponde al control de calidad industrial, donde Shewhart (1931) introdujo el control estadístico de procesos y la inspección como mecanismo principal de aseguramiento. La segunda fase (1960-1980) marca la revolución de la calidad total, impulsada por Deming (1986) con su ciclo PDCA, Juran (1988) con la trilogía de planificación-control-mejora, e Ishikawa (1985) con herramientas de calidad participativa.

La tercera fase (1980-2000) representa la extensión de la calidad a los servicios, donde Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) revolucionaron la medición al proponer el modelo de brechas y el instrumento SERVQUAL. Simultáneamente, Donabedian (1980, 1988) desarrolló su modelo de estructura-proceso-resultado específico para servicios de salud. La cuarta fase (2000-actualidad) se caracteriza por la integración digital y centrada en el paciente, donde la calidad del servicio incorpora dimensiones de accesibilidad digital, experiencia del paciente, seguridad clínica y medición de resultados reportados por pacientes (PROMs). En América Latina, la adaptación de modelos de calidad al sector público de salud ha cobrado impulso desde las reformas de modernización del Estado de la década de 2000.

2.2.2.3 Teorías y modelos fundamentales

Modelo SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988). Constituye el marco teórico adoptado en esta investigación para operacionalizar la variable Calidad del Servicio. El modelo identifica cinco brechas (gaps) entre diferentes percepciones del servicio: Gap 1 (expectativas del usuario vs. percepción gerencial), Gap 2 (percepción gerencial vs. especificaciones de calidad), Gap 3 (especificaciones vs. servicio entregado), Gap 4 (servicio entregado vs. comunicación externa) y Gap 5 (expectativas vs. percepciones del usuario). El instrumento original de 22 ítems operacionaliza cinco dimensiones: Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía y Elementos Tangibles.

Modelo SERVPERF (Cronin & Taylor, 1992). Alternativa que simplifica SERVQUAL eliminando la medición de expectativas y basándose exclusivamente en percepciones de desempeño. Estudios comparativos han mostrado que SERVPERF posee mayor poder predictivo sobre satisfacción global, aunque SERVQUAL ofrece mayor riqueza diagnóstica al identificar brechas específicas. Para la presente investigación se adoptó SERVQUAL por su capacidad diagnóstica superior y su amplia validación en contextos de salud pública.

Modelo de Donabedian (1980). Propone evaluar calidad sanitaria desde tres componentes: estructura (recursos físicos, humanos y organizacionales), proceso (actividades de atención) y resultado (cambios en el estado de salud). Este modelo, si bien no fue adoptado como marco operacional de la investigación, complementa conceptualmente al SERVQUAL al contextualizar la calidad del servicio dentro de la lógica de sistemas de salud.

2.2.2.4 Dimensiones SERVQUAL de Calidad del Servicio

Dimensión 1: Fiabilidad. Capacidad de ejecutar el servicio prometido de manera consistente, precisa y dentro de los plazos establecidos (Parasuraman et al., 1988). Incluye cumplimiento de promesas, consistencia del servicio, información precisa, resolución efectiva de problemas y mantenimiento de registros exactos. Es considerada la dimensión más importante por los usuarios según múltiples estudios transculturales. Se operacionaliza mediante ítems 1-5 del CCSU.

Dimensión 2: Capacidad de Respuesta. Disposición y voluntad de los empleados para ayudar a los clientes y proporcionar un servicio rápido (Parasuraman et al., 1988). Abarca

rapidez en la atención, disposición a ayudar, solución oportuna de problemas, agilidad administrativa y reducción de tiempos de espera. Se operacionaliza mediante ítems 6-10 del CCSU.

Dimensión 3: Seguridad. Conocimiento y cortesía de los empleados y su capacidad de inspirar confianza (Parasuraman et al., 1988). Comprende conocimiento técnico del personal, confianza inspirada, cortesía en el trato, credibilidad de la información y profesionalismo. Se operacionaliza mediante ítems 11-15 del CCSU.

Dimensión 4: Empatía. Cuidado y atención individualizada que la empresa proporciona a sus clientes (Parasuraman et al., 1988). Incluye atención personalizada, comprensión de necesidades específicas, horarios convenientes, interés genuino en resolver problemas particulares y trato diferenciado según características del usuario. Se operacionaliza mediante ítems 16-20 del CCSU.

Dimensión 5: Elementos Tangibles. Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación (Parasuraman et al., 1988). Abarca infraestructura adecuada, equipamiento moderno, presentación del personal, materiales informativos atractivos y señalización clara. Se operacionaliza mediante ítems 21-25 del CCSU.

2.2.2.5 Calidad del servicio en salud pública

El modelo de Donabedian (1980, 1988) ha sido el referente principal para evaluar calidad en servicios de salud, estableciendo que la estructura organizacional (recursos disponibles) influye en los procesos de atención, que a su vez determinan los resultados sanitarios. La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) en el Perú ha adoptado estándares de calidad basados en este modelo, estableciendo indicadores de estructura (infraestructura, equipamiento, personal), proceso (protocolos de atención, tiempos de espera, gestión documentaria) y resultado (satisfacción del usuario, resolución de quejas, indicadores sanitarios). La Resolución Ministerial N.º 727-2009/MINSA estableció la Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo (ENSUE) basada en la metodología SERVQUAL adaptada al contexto sanitario peruano.

2.2.2.6 Marco normativo peruano para calidad del servicio en salud

El marco normativo que sustenta la medición y mejora de calidad del servicio en instituciones públicas de salud comprende: (a) Resolución Ministerial N.º 727-

2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", estableciendo lineamientos para la gestión de la calidad en establecimientos de salud; (b) Resolución Ministerial N.º 519-2006/MINSA, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", estableciendo la organización, funcionamiento y componentes del sistema; (c) Resolución Ministerial N.º 527-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo" basada en la metodología SERVQUAL; (d) Decreto Legislativo N.º 1158 que crea la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), entidad encargada de supervisar estándares de calidad en servicios de salud públicos y privados; y (e) Resolución de Superintendencia N.º 058-2016-SUSALUD/S, que establece metodologías de medición de satisfacción del usuario con periodicidad semestral obligatoria para instituciones prestadoras de servicios de salud.

2.3 Bases Filosóficas

La investigación se fundamenta en bases filosóficas y epistemológicas que orientan el proceso de construcción de conocimiento científico sobre la relación entre gestión estratégica y calidad del servicio en instituciones públicas de salud. Estas bases establecen los supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos que sustentan la aproximación empírica al fenómeno estudiado, justifican las decisiones metodológicas adoptadas, y delimitan el alcance y las limitaciones inherentes a los hallazgos generados. A continuación, se desarrollan cinco fundamentos filosóficos centrales que atraviesan la investigación.

2.3.1 Positivismo y Paradigma Cuantitativo

El positivismo constituye el paradigma epistemológico fundamental que orienta esta investigación, estableciendo que el conocimiento científico sobre fenómenos organizacionales puede y debe derivarse de la observación empírica sistemática, medición cuantitativa objetiva y contrastación rigurosa de hipótesis mediante métodos estadísticos. Esta corriente filosófica, cuyos orígenes se remontan a Auguste Comte y su consolidación en las ciencias sociales al trabajo de Émile Durkheim, sostiene que los fenómenos sociales exhiben regularidades empíricas detectables mediante instrumentos de medición estandarizados, y que estas regularidades pueden expresarse en forma de relaciones entre variables cuantificables que se manifiestan como correlaciones estadísticas. En el contexto de esta investigación, el positivismo se operacionaliza mediante el diseño de instrumentos psicométricos validados (Cuestionario de Gestión Estratégica y Cuestionario de Calidad del

Servicio) que permiten transformar constructos teóricos abstractos en puntajes numéricos, la selección de muestras probabilísticas representativas que posibilitan generalización estadística, y la aplicación de pruebas de hipótesis que proporcionan evidencia objetiva sobre existencia y magnitud de asociaciones entre variables. El enfoque positivista asume que, controlando adecuadamente sesgos metodológicos y siguiendo procedimientos estandarizados, investigadores diferentes obtendrían resultados similares al replicar el estudio, reflejando así la búsqueda de objetividad y replicabilidad característica de las ciencias naturales que el positivismo propugna extender a las ciencias sociales (Comte, 1844/1998; Durkheim, 1895/2001).

2.3.2 Realismo Crítico y Mecanismos Causales

El realismo crítico, desarrollado contemporáneamente por Roy Bhaskar y aplicado extensivamente a investigación organizacional, complementa al positivismo al reconocer que, si bien existen estructuras y mecanismos causales reales en el mundo social que operan independientemente de nuestro conocimiento sobre ellos, estas estructuras no son directamente observables, sino que deben ser inferidas a partir de sus manifestaciones empíricas. Esta postura filosófica distingue tres estratos de realidad: el nivel empírico (eventos observables y medibles), el nivel actual (eventos que ocurren independientemente de si son observados), y el nivel de lo real (mecanismos causales subyacentes que generan eventos). En esta investigación, el realismo crítico fundamenta la interpretación de que los coeficientes de correlación observados entre gestión estratégica y calidad del servicio (nivel empírico) reflejan asociaciones que ocurren sistemáticamente en la población institucional (nivel actual) generadas por mecanismos organizacionales reales tales como procesos de planificación que clarifican objetivos, sistemas de asignación de recursos que facilitan implementación efectiva, y estructuras de monitoreo que generan retroalimentación sistemática (nivel de lo real). Esta perspectiva justifica la búsqueda de explicaciones causales plausibles más allá de la mera descripción de covariaciones estadísticas, reconociendo simultáneamente que las correlaciones observadas no prueban causalidad definitiva debido a posibles variables confusoras no medidas y a la naturaleza compleja y multinivel de fenómenos organizacionales (Bhaskar, 1975/2008; Sayer, 2000).

2.3.3 Falsacionismo Popperiano y Contrastación de Hipótesis

El falsacionismo popperiano constituye el criterio de demarcación científica que orienta la contrastación de hipótesis en esta investigación, estableciendo que las teorías

científicas no pueden ser verificadas definitivamente pero sí pueden ser falsadas mediante evidencia empírica contradictoria, y que el progreso científico consiste en la formulación de teorías cada vez más audaces que resisten intentos sistemáticos de refutación. Karl Popper argumentó que la fortaleza de una teoría científica no reside en acumular confirmaciones (lo cual puede lograrse incluso con teorías erróneas mediante sesgo confirmatorio) sino en especificar condiciones observacionales que, de ocurrir, demostrarían la falsedad de la teoría, sometiéndola luego a pruebas empíricas rigurosas diseñadas para intentar refutarla. En el contexto de esta investigación, cada hipótesis formuló una predicción audaz sobre existencia de relaciones específicas entre variables que podría haber sido refutada si los datos hubieran mostrado ausencia de correlación o correlación en dirección opuesta a la predicha. Los valores de significación estadística $p < 0.001$ obtenidos para todas las hipótesis indican que la probabilidad de observar correlaciones de las magnitudes encontradas, si las hipótesis nulas fueran verdaderas, es inferior a 0.1%, proporcionando así evidencia empírica contundente que resiste el intento de falsación. Sin embargo, siguiendo la epistemología popperiana, estos hallazgos constituyen corroboración provisional, no verificación definitiva, permaneciendo las hipótesis abiertas a refutación por investigaciones futuras que podrían identificar contextos institucionales donde las relaciones no se repliquen o condiciones que moderen o anulen las asociaciones observadas (Popper, 1934/2002; Popper, 1963/1991).

2.3.4 Pragmatismo y Utilidad del Conocimiento Científico

El pragmatismo, corriente filosófica desarrollada por Charles Sanders Peirce, William James y John Dewey, aporta el criterio de utilidad práctica como complemento a la validez empírica en la evaluación del conocimiento científico generado, sosteniendo que el valor de las teorías e investigaciones no reside únicamente en su correspondencia con la realidad sino también en su capacidad para resolver problemas concretos y orientar acciones efectivas en contextos específicos. Desde perspectiva pragmatista, el conocimiento científico es instrumental: su validez se juzga tanto por su coherencia lógica y sustento empírico como por su fecundidad para generar intervenciones que mejoren situaciones problemáticas en el mundo real. Esta investigación adopta orientación pragmatista al justificarse explícitamente por su potencial para informar decisiones de política pública y gestión institucional en direcciones regionales de salud, generando evidencia empírica sobre magnitud de asociación entre los constructos que puede orientar priorización de inversiones en fortalecimiento de capacidades institucionales. Las recomendaciones formuladas en el

Capítulo VI reflejan esta orientación pragmática al traducir hallazgos empíricos en propuestas concretas y accionables (programas de fortalecimiento, sistemas de gestión operativa, unidades de monitoreo-evaluación, capacitación de personal) diseñadas para elevar estándares de calidad mediante mejoras en gestión estratégica. El pragmatismo también fundamenta la triangulación de hallazgos con antecedentes empíricos y teorías consolidadas, reconociendo que conocimiento científico es empresa colectiva acumulativa donde investigaciones individuales adquieren significado y utilidad al insertarse en corpus de conocimiento existente que informa progresivamente prácticas institucionales más efectivas (Peirce, 1878/1992; Dewey, 1938/1991).

2.3.5 Racionalismo Crítico y Falibilismo

El racionalismo crítico, extensión y refinamiento del falsacionismo popperiano desarrollado particularmente en filosofía de las ciencias sociales, sostiene que conocimiento científico progresa mediante crítica racional sistemática de teorías y evidencias, reconociendo que tanto observaciones empíricas como interpretaciones teóricas son falibles y revisables, pero que mediante contrastación intersubjetiva y escrutinio crítico abierto podemos acercarnos progresivamente a descripciones más precisas de la realidad. Esta corriente rechaza tanto el empirismo ingenuo (que asume observaciones neutrales libres de teoría) como el relativismo radical (que niega posibilidad de conocimiento objetivo), proponiendo en cambio que, aunque nuestras teorías y observaciones están inevitablemente influidas por marcos conceptuales previos y contextos socioculturales, la crítica racional sistemática y la contrastación empírica rigurosa permiten identificar y corregir errores, generando conocimiento progresivamente más robusto. En esta investigación, el racionalismo crítico se manifiesta en el reconocimiento explícito de limitaciones metodológicas (diseño transversal que impide establecer direccionalidad causal definitiva, muestra circunscrita a una institución que limita generalización directa, uso de percepciones autorreportadas susceptibles a sesgos), la consideración de explicaciones alternativas para hallazgos observados (terceras variables omitidas, causalidad reversa, efectos de selección), y la apertura a refutación por investigaciones futuras con diseños más rigurosos (estudios longitudinales, experimentos naturales, análisis multinivel). La discusión crítica en Capítulo V ejemplifica este enfoque al confrontar sistemáticamente hallazgos con evidencia previa, identificar tanto convergencias que refuerzan validez como divergencias que requieren explicación contextual, y reconocer que incluso hallazgos estadísticamente significativos

constituyen conocimiento provisional sujeto a revisión mediante investigación subsecuente (Popper, 1963/1991; Lakatos, 1970/1978).

En síntesis, estas cinco bases filosóficas—positivismo que fundamenta aproximación empírica cuantitativa, realismo crítico que orienta inferencia de mecanismos causales, falsacionismo que establece criterio de contrastación rigurosa, pragmatismo que vincula conocimiento con utilidad práctica, y racionalismo crítico que reconoce falibilidad y revisabilidad del conocimiento—se integran coherentemente para sustentar epistemológicamente esta investigación, justificar decisiones metodológicas adoptadas, interpretar adecuadamente alcances y limitaciones de hallazgos, y posicionar la contribución del estudio en el contexto más amplio del desarrollo progresivo del conocimiento científico sobre gestión y calidad en organizaciones públicas de salud.

2.4 Definiciones conceptuales

Gestión Estratégica. Proceso sistemático mediante el cual una organización formula objetivos de largo plazo, desarrolla estrategias para alcanzarlos, asigna recursos coherentemente, implementa planes de acción y evalúa continuamente resultados para ajustar cursos de acción según condiciones cambiantes del entorno. Integra análisis situacional, planificación, implementación, monitoreo y aprendizaje organizacional en ciclos iterativos de mejora (Mintzberg, 2007).

Calidad del Servicio. Juicio global del usuario sobre excelencia o superioridad del servicio recibido, resultante al comparar expectativas previas sobre lo que el servicio debería proporcionar y percepciones sobre el desempeño real experimentado. Concepto multidimensional que abarca aspectos tangibles e intangibles de la prestación de servicio (Parasuraman et al., 1988).

Planificación Estratégica. Proceso formal y estructurado de definición de misión, visión y objetivos estratégicos organizacionales de mediano y largo plazo, análisis sistemático de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, identificación de brechas entre situación actual y deseada, formulación de estrategias alternativas, selección de cursos de acción óptimos y establecimiento de metas medibles con asignación de responsabilidades y recursos (Porter, 2008).

Implementación Estratégica. Proceso de traducción de planes estratégicos formales en acciones operativas concretas mediante asignación efectiva de recursos humanos,

financieros, tecnológicos y materiales, establecimiento de estructuras organizativas apropiadas, diseño de sistemas y procedimientos facilitadores, coordinación horizontal y vertical entre unidades, liderazgo que moviliza compromiso del personal, y gestión del cambio para superar resistencias (Kaplan & Norton, 1996).

Monitoreo y Evaluación. Sistema continuo de recolección, análisis y reporte de información sobre indicadores clave de desempeño que permite seguir en tiempo real o periódico el avance de objetivos estratégicos, identificar oportunamente desviaciones respecto a metas, comprender causas de éxitos y fracasos, generar aprendizaje organizacional, y retroalimentar procesos de planificación e implementación con evidencia para mejora continua (Martínez-Sánchez et al., 2021).

Fiabilidad del Servicio. Dimensión de calidad del servicio que refiere a capacidad organizacional para ejecutar el servicio prometido de manera consistente, precisa y confiable desde el primer contacto, cumpliendo compromisos adquiridos en plazos establecidos, proporcionando información correcta, manteniendo registros libres de errores, y generando confianza mediante desempeño predecible que reduce incertidumbre del usuario (Parasuraman et al., 1988).

Capacidad de Respuesta. Dimensión de calidad caracterizada por disposición y prontitud del personal para ayudar a usuarios y proporcionar servicio ágil, manifestada en rapidez de atención, ausencia de tiempos de espera excesivos, respuestas oportunas a consultas y solicitudes, solución expedita de problemas, y comunicación fluida que transmite al usuario que sus necesidades son prioridad institucional (Silva et al., 2023).

Seguridad del Servicio. Dimensión referida a conocimientos técnicos y competencia del personal para desempeñar funciones, cortesía y respeto en interacciones, y capacidad para inspirar confianza y credibilidad mediante comportamiento profesional, transmitiendo al usuario certeza de que está en manos de personal calificado que maneja información confiable y actuará en su mejor interés (López-Fernández et al., 2023).

Empatía. Dimensión de calidad que refleja atención personalizada e individualizada que la organización proporciona a usuarios, comprensión genuina de necesidades específicas, adaptación flexible de servicios a circunstancias particulares, comunicación que hace sentir valorado al usuario, horarios convenientes de atención, y demostración de interés sincero en resolver problemas desde perspectiva del usuario (Chen et al., 2024).

Balanced Scorecard. Marco de gestión estratégica que traduce visión y estrategia organizacional en conjunto coherente de indicadores de desempeño balanceados en cuatro perspectivas complementarias: financiera, clientes, procesos internos, y aprendizaje-crecimiento. Establece relaciones causales entre objetivos de diferentes perspectivas, comunicando estrategia a toda la organización, alineando iniciativas con objetivos estratégicos, y vinculando presupuesto con estrategia (Kaplan & Norton, 1996).

2.5 Hipótesis de Investigación

2.5.1 Hipótesis General

Existe relación directa y significativa entre la gestión estratégica y la calidad del servicio al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025.

2.5.2 Hipótesis Específicas

Hipótesis específica 1

H_i: La planificación estratégica se relaciona significativamente con la fiabilidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

H_o: La planificación estratégica no se relaciona significativamente con la fiabilidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Hipótesis específica 2

H_i: La implementación estratégica se relaciona directa y significativamente con la capacidad de respuesta en la atención al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

H_o: La implementación estratégica no se relaciona significativamente con la capacidad de respuesta en la atención al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Hipótesis específica 3

H_i: El monitoreo y evaluación estratégica se relaciona significativamente con la seguridad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

H_o: El monitoreo y evaluación estratégica no se relaciona significativamente con la seguridad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Hipótesis específica 4

H_i: La planificación estratégica se relaciona significativamente con la empatía en el servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

H_o: La planificación estratégica no se relaciona significativamente con la empatía en el servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Hipótesis específica 5

H_i: La implementación estratégica se relaciona significativamente con los elementos tangibles del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

H_o: La implementación estratégica no se relaciona significativamente con los elementos tangibles del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

2.6 Operacionalización de las Variables

Tabla 1. Operacionalización de la Variable Independiente: Gestión Estratégica

DIMENSION	INDICADOR	ÍTEM	ESCALAS	NIVELES / RANGOS	INSTRUMENTO
1. Planificación Estratégica	Claridad de objetivos Participación en planificación Alineación con prioridades	1 - 7	Likert (1-5)	Bajo: 7-16	Cuestionario de Gestión Estratégica (CGE)
				Medio: 17-26	
2. Implementación Estratégica	Asignación de recursos Coordinación interáreas Ejecución de planes	8 - 14	Likert (1-5)	Alto: 27-35	
3. Monitoreo y Evaluación	Uso de indicadores Frecuencia de evaluación Retroalimentación	15 - 20	Likert (1-5)	Bajo: 6-14 Medio: 15- 22 Alto: 23-30	

Nota. Elaboración propia basada en Mintzberg (2007) y Porter (2008). Escala Likert de 5 puntos: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo. Rangos calculados mediante método de baremos equidistantes

Tabla 2. Operacionalización de la Variable Independiente: Gestión Estratégica

DIMENSION	INDICADOR	ÍTEM	ESCALA	NIVELES / RANGOS	INSTRUMENTO
1. Fiabilidad	Cumplimiento de promesas Consistencia del servicio Información precisa	1 - 5	Likert (1-5)		
2. Capacidad de Respuesta	Rapidez en atención Disposición a ayudar Solución de problemas	6 - 10	Likert (1-5)		
3. Seguridad	Conocimiento personal Confianza inspirada Cortesía	11 - 15	Likert (1-5)	Bajo: 5-11 Medio: 12-18 Alto: 19-25	Cuestionario de Calidad del Servicio al Usuario (CCSU) basado en SERVQUAL
4. Empatía	Atención personalizada Comprensión de necesidades Horarios convenientes	16 - 20	Likert (1-5)		
5. Elementos Tangibles	Apariencia de instalaciones Personal presentado Materiales atractivos	21 - 25	Likert (1-5)		

Nota. Elaboración propia basada en el modelo SERVQUAL de Parasuraman et al. (1988). Escala Likert de 5 puntos. Rangos para variable total: Bajo: 25-58, Medio: 59-92, Alto: 93-125. Rangos calculados por baremos equidistantes.

Capítulo III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño Metodológico

Investigación que se enmarca dentro del tipo aplicada, denominación que obedece a que su propósito fundamental trasciende la mera generación de conocimiento teórico abstracto para orientarse hacia la resolución de problemáticas concretas identificadas en el contexto institucional específico de la DIRESA Región Lima. Siguiendo la caracterización propuesta por académicos como Valderrama (2015), las investigaciones aplicadas se distinguen por emplear teorías, modelos y constructos previamente validados en la literatura científica para abordar situaciones prácticas que demandan intervención, generando evidencia empírica que fundamente la toma de decisiones institucionales y el diseño de estrategias de mejora organizacional. En contraste con la investigación básica o pura, que persigue ampliar fronteras del conocimiento sin preocupación inmediata por aplicabilidad, el presente estudio busca explícitamente determinar relaciones entre variables que puedan traducirse en recomendaciones accionables para fortalecer capacidades de gestión estratégica con impacto directo en calidad del servicio percibida por usuarios.

En cuanto al nivel investigativo, el estudio se posiciona en el alcance correlacional, caracterizado por explorar el grado de asociación estadística entre dos o más variables sin manipulación experimental deliberada de ninguna de ellas. Este nivel resulta apropiado cuando el objetivo científico consiste en determinar si variaciones en una variable se encuentran sistemáticamente acompañadas por variaciones en otra, permitiendo establecer la magnitud y dirección de dicha asociación mediante coeficientes estadísticos específicos. Hernández-Sampieri et al. (2014) señalan que investigaciones correlacionales proporcionan información valiosa sobre patrones de covariación entre fenómenos, constituyendo un paso intermedio entre estudios meramente descriptivos que caracterizan variables aisladamente, y estudios explicativos que establecen relaciones causales mediante diseños experimentales controlados. Para los propósitos de esta investigación, determinar si existe correlación significativa entre ambos constructos, así como cuantificar su magnitud, aporta evidencia relevante para fundamentar intervenciones institucionales, sin pretender demostrar causalidad unidireccional que requeriría diseños experimentales más complejos.

El enfoque metodológico adoptado corresponde al paradigma cuantitativo, caracterizado por la recolección y análisis de datos numéricos mediante instrumentos estandarizados y técnicas estadísticas objetivas que permiten generalizar hallazgos desde muestras hacia poblaciones más amplias. Esta aproximación epistemológica se sustenta en supuestos del positivismo lógico, que postula la posibilidad de estudiar fenómenos sociales mediante procedimientos rigurosos similares a los empleados en ciencias naturales, buscando objetividad, replicabilidad y generalización de resultados. Específicamente, el enfoque cuantitativo resultó idóneo para los objetivos planteados porque permitió operacionalizar constructos abstractos como gestión estratégica y calidad del servicio en dimensiones e indicadores medibles mediante escalas Likert, recolectar datos de muestras suficientemente amplias para garantizar poder estadístico, aplicar pruebas de hipótesis formalmente especificadas, y cuantificar precisamente la magnitud de asociaciones entre variables mediante coeficientes de correlación con intervalos de confianza definidos.

El diseño investigativo adoptado corresponde al no experimental, transversal y correlacional. La característica no experimental implica que el investigador se limita a observar y medir variables tal como se manifiestan naturalmente en su contexto real, sin manipulación deliberada de condiciones ni asignación aleatoria de participantes a grupos experimentales y control. Esta ausencia de intervención experimental obedece tanto a consideraciones éticas —no resulta apropiado manipular variables organizacionales en instituciones públicas funcionando— como a la naturaleza de las variables estudiadas, que representan características institucionales preexistentes no susceptibles de manipulación controlada en laboratorio. El carácter transversal refiere a que la recolección de datos ocurrió en un único momento temporal, proporcionando una fotografía instantánea de las variables durante octubre-noviembre 2024, en contraste con diseños longitudinales que realizan mediciones repetidas a lo largo del tiempo para capturar trayectorias de cambio. Finalmente, la naturaleza correlacional alude a que el propósito analítico central consiste en cuantificar grados de asociación entre variables mediante estadísticos de correlación, específicamente el coeficiente Rho de Spearman apropiado para datos ordinales derivados de escalas Likert.

Figura 3

Diseño de Investigación Correlacional

$$M \rightarrow Ox \rightarrow r \rightarrow Oy$$

Denotación:

M = Muestra del estudio (250 participantes)

Ox = Observación de la variable Gestión Estratégica

Oy = Observación de la variable Calidad del Servicio

r = Coeficiente de correlación entre variables

Nota. Elaboración propia adaptado de Hernández et al. (2014).

El método científico empleado corresponde al hipotético-deductivo, aproximación epistemológica que parte de teorías y proposiciones generales para derivar hipótesis específicas susceptibles de contrastación empírica mediante observación y experimentación. Este método, articulado clásicamente por Karl Popper, opera mediante un ciclo iterativo donde el investigador formula hipótesis teóricas basadas en marcos conceptuales preexistentes, deduce consecuencias observables que se derivarían si tales hipótesis fueran verdaderas, recolecta datos empíricos para verificar si dichas consecuencias efectivamente se materializan, y finalmente acepta provisionalmente o rechaza hipótesis dependiendo del grado de concordancia entre predicciones y evidencia. En este estudio, el método hipotético-deductivo se materializó al derivar de teorías sobre gestión estratégica y calidad del servicio cuatro hipótesis específicas sobre relaciones esperadas entre variables, operacionalizarlas en predicciones cuantitativas contrastables mediante análisis estadístico, y someter dichas predicciones a prueba mediante datos recolectados en campo, llegando finalmente a conclusiones sobre confirmación o rechazo de hipótesis planteadas.

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

Dos estratos claramente diferenciados según su relación con la institución y perspectiva sobre las variables investigadas. El primer estrato incluyó al personal administrativo y directivo que labora en la sede central de la DIRESA Región Lima,

específicamente aquellos trabajadores con más de seis meses de antigüedad institucional vinculados mediante cualquier modalidad contractual (nombrados, contratados a plazo fijo, locadores de servicios) que desempeñan funciones en áreas administrativas de gestión y apoyo: dirección ejecutiva, planificación estratégica, administración general, recursos humanos, logística y abastecimiento, economía y finanzas, asesoría jurídica, tecnologías de información y comunicaciones. Se excluyó del primer estrato al personal asistencial (médicos, enfermeras, obstetras, químicos farmacéuticos, técnicos de enfermería, tecnólogos médicos) que, aunque pudieran eventualmente acudir a la sede central, desempeñan principalmente funciones clínicas en establecimientos de la red asistencial y poseen perspectiva limitada sobre procesos de gestión estratégica institucional a nivel de dirección regional.

El segundo estrato poblacional comprendió a usuarios externos, definidos operacionalmente como ciudadanos mayores de dieciocho años que acuden a la sede administrativa central de la DIRESA para realizar trámites de índole no asistencial: solicitudes de certificaciones sanitarias para establecimientos comerciales, autorizaciones para funcionamiento de consultorios particulares, registro en colegios profesionales de salud ante la autoridad regional, presentación de documentos administrativos diversos, consultas sobre normativas sanitarias, seguimiento de expedientes en trámite, entre otros servicios administrativos que la dirección regional proporciona. Se excluyó del segundo estrato a usuarios que acuden a establecimientos de salud de la red asistencial para recibir atenciones médicas, odontológicas o de enfermería, ya que estos evalúan calidad de servicios clínicos prestados por establecimientos operativos, no calidad de servicios administrativos brindados por la sede de dirección regional, que constituye el foco de este estudio.

Tabla 3*Distribución de población de estudio por estrato y área funcional*

ESTRATO	ÁREA/CARACTERÍSTICA	N	%
Personal Administrativo	Dirección Ejecutiva y Alta Dirección	12	6.7
	Oficina de Planeamiento Estratégico	8	4.4
	Oficina de Administración	35	19.4
	Oficina de Recursos Humanos	28	15.6
	Oficina de Logística y Abastecimiento	32	17.8
	Oficina de Economía y Finanzas	24	13.3
	Asesoría Jurídica	10	5.6
	Tecnologías de Información	15	8.3
	Secretaría General y Trámite Documentario	16	8.9
	Subtotal Estrato 1	180	100.0
Usuarios Externos	Promedio mensual de usuarios que realizan trámites	≈15,000	—
	Usuarios diarios aproximados (días hábiles)	≈600-700	—
TOTAL POBLACIÓN		15,180	

Nota. Datos proporcionados por la Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Estadística e Informática de la DIRESA Región Lima, período octubre 2024.

Como se observa en la Tabla 3, el primer estrato poblacional ascendió a ciento ochenta trabajadores administrativos distribuidos en nueve áreas funcionales, con mayor concentración en administración general (19.4%), logística (17.8%) y recursos humanos (15.6%). El segundo estrato, de naturaleza más dinámica y fluctuante, comprende aproximadamente quince mil usuarios mensuales, equivalente a un promedio de seiscientos a setecientos usuarios diarios considerando veintidós días hábiles mensuales. La marcada disparidad en tamaños entre estratos (180 versus 15,000) determinó la necesidad de aplicar muestreo probabilístico estratificado con fracciones de muestreo diferenciadas para garantizar representatividad de ambos grupos en la muestra final.

3.2.2 Muestra

Previo a la determinación de la muestra definitiva, se ejecutó una prueba piloto durante julio de 2024 con treinta participantes (quince trabajadores administrativos seleccionados por conveniencia de áreas diversas, y quince usuarios externos captados aleatoriamente en sala de espera) para evaluar comprensibilidad de ítems, tiempo de aplicación de instrumentos, identificar preguntas confusas o ambiguas, y calcular confiabilidades preliminares mediante Alfa de Cronbach. Los resultados de esta fase piloto indicaron que ambos instrumentos eran comprensibles para participantes con niveles educativos diversos, el tiempo promedio de llenado del Cuestionario de Gestión Estratégica (CGE) fue diecisiete minutos y del Cuestionario de Calidad del Servicio al Usuario (CCSU) veinte minutos, no se identificaron ítems problemáticos que requirieran reformulación sustantiva, y las confiabilidades preliminares fueron satisfactorias siendo 0.841 y 0.897 respectivamente. Los treinta participantes de la prueba piloto no fueron incluidos en la muestra definitiva para evitar sesgos derivados de familiaridad previa con instrumentos.

Para determinar el tamaño muestral adecuado del primer estrato (personal administrativo), se empleó la fórmula para poblaciones finitas con nivel de confianza del 95% ($Z=1.96$), error máximo admisible del 5% ($e=0.05$), y varianza máxima ($p=q=0.5$) para garantizar tamaño muestral conservador:

$$n = (N \times Z^2 \times p \times q) / (e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q)$$

$$n = (180 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5) / (0.05^2 \times 179 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)$$

$$n = (180 \times 3.8416 \times 0.25) / (0.0025 \times 179 + 3.8416 \times 0.25)$$

$$n = 172.872 / 1.4079 = 122.76 \approx 123 \text{ trabajadores}$$

Para el segundo estrato (usuarios externos), considerando que la población es muy grande ($\approx 15,000$ mensuales) y puede tratarse como infinita, se empleó la fórmula para poblaciones infinitas con los mismos parámetros:

$$n = (Z^2 \times p \times q) / e^2$$

$$n = (1.96^2 \times 0.5 \times 0.5) / 0.05^2$$

$$n = (3.8416 \times 0.25) / 0.0025 = 0.9604 / 0.0025 = 384.16 \approx 384 \text{ usuarios}$$

Sin embargo, considerando restricciones logísticas, presupuestarias y temporales para aplicar cuatrocientos ochenta y cuatro instrumentos (123+384), y tras consultar con literatura metodológica que sugiere tamaños muestrales entre 200-300 participantes como adecuados para análisis correlacionales (Kline, 2016), se decidió ajustar la muestra del segundo estrato a ciento veintisiete usuarios, resultando en una muestra total de doscientos cincuenta participantes (123+127). Este tamaño garantiza poder estadístico superior al 0.80 para detectar correlaciones de magnitud media ($r \geq 0.30$) con $\alpha=0.05$, según análisis de potencia realizado mediante software G*Power 3.1.

Tabla 4

Distribución de la Muestra Estratificada por Áreas Funcionales

Estrato/Área	Población (N)	Muestra (n)	Fracción (%)
Personal			
Administrativo:			
Dirección Ejecutiva	12	8	66.7
	8	5	62.5
Planeamiento			
Estratégico	35	24	68.6
Administración			
Recursos Humanos	28	19	67.9
Logística	32	22	68.8
Economía y Finanzas	24	16	66.7
Asesoría Jurídica	10	7	70.0
Tecnologías	15	10	66.7
Información			
Secretaría General	16	12	75.0
Subtotal Estrato 1	180	123	68.3
Usuarios Externos	≈15,000	127	—
TOTAL MUESTRA	15,180	250	

Nota. La muestra del primer estrato se distribuyó proporcionalmente según tamaño de cada área. La muestra del segundo estrato se captó mediante muestreo aleatorio sistemático en sala de espera y ventanillas de atención.

Para el primer estrato, los criterios de inclusión fueron: laborar en la sede central de la DIRESA, tener más de seis meses de antigüedad, desempeñar funciones administrativas o directivas, y aceptar voluntariamente participar mediante consentimiento informado. Los criterios de exclusión incluyeron: personal con licencia médica prolongada, trabajadores en comisión de servicios fuera de sede, y quienes hubieran participado en la prueba piloto. Para el segundo estrato, los criterios de inclusión fueron: ser mayor de dieciocho años, haber realizado al menos un trámite administrativo completo en la DIRESA durante los últimos seis meses, y consentir participar voluntariamente. Se excluyeron usuarios que acudían por primera vez sin haber completado trámite alguno, y aquellos que manifestaron no disponer de tiempo para responder el cuestionario.

3.3 Técnicas de Recolección de Datos

3.3.1 Técnicas a Emplear

Fue empleada la encuesta mediante cuestionarios estructurados autoadministrados. Esta técnica resulta particularmente apropiada para investigaciones cuantitativas con muestras relativamente amplias porque permite estandarizar preguntas garantizando que todos los participantes respondan exactamente los mismos ítems en el mismo orden, facilita la codificación numérica de respuestas para posterior análisis estadístico, reduce sesgos potenciales derivados de interacción entrevistador-entrevistado que pueden ocurrir en entrevistas cara a cara, y posibilita aplicación simultánea a múltiples participantes optimizando tiempos de recolección. Los cuestionarios fueron presentados en formato físico impreso en hojas bond tamaño A4, con letra Arial de once puntos para facilitar legibilidad, incluyendo instrucciones claras al inicio sobre propósito del estudio, carácter voluntario y anónimo de participación, y forma de marcar respuestas en escala Likert.

3.3.2 Descripción de los Instrumentos

El Cuestionario de Gestión Estratégica (CGE) fue diseñado específicamente para evaluar la percepción del personal administrativo sobre prácticas de gestión estratégica efectivamente implementadas en la DIRESA Región Lima. El instrumento consta de veinte ítems distribuidos equitativamente en tres dimensiones teóricas: Planificación Estratégica (ítems 1 al 7), Implementación Estratégica (ítems 8 al 14), y Monitoreo y Evaluación (ítems 15 al 20). Cada ítem se presenta como afirmación declarativa que los participantes valoran mediante escala Likert de cinco puntos en el cual 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En

desacuerdo, 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4=De acuerdo, y 5=Totalmente de acuerdo. Puntajes más elevados indican percepciones más favorables sobre robustez de gestión estratégica institucional. El rango teórico de puntajes totales oscila entre veinte (mínimo, si todos los ítems se responden con 1) y cien puntos (máximo, si todos se responden con 5). Operacionalmente, se establecieron tres niveles: Gestión Estratégica Baja (20-46 puntos), Media (47-73 puntos) y Alta (74-100 puntos), siguiendo método de amplitud de intervalo.

El Cuestionario de Calidad del Servicio al Usuario (CCSU) se fundamenta sobre el modelo SERVQUAL de Parasuraman et al. (1988), adaptado específicamente al contexto de servicios administrativos públicos de salud. Comprende veinticinco ítems distribuidos en cinco dimensiones: Fiabilidad (ítems 1-5), Capacidad de Respuesta (ítems 6-10), Seguridad (ítems 11-15), Empatía (ítems 16-20), y Elementos Tangibles (ítems 21-25). Cada ítem presenta una afirmación sobre aspectos específicos del servicio que usuarios valoran mediante la misma escala Likert pentaordinal del CGE. El instrumento fue aplicado a usuarios externos tras haber completado su trámite administrativo, solicitándoles evaluar su experiencia reciente. Puntajes totales oscilan teóricamente entre veinticinco y ciento veinticinco puntos, estableciéndose tres niveles interpretativos: Calidad Baja (25-58 puntos), Media (59-92 puntos) y Alta (93-125 puntos).

Ambos instrumentos se sometieron al riguroso proceso de validación de contenido por juicio de cinco expertos con grado académico de doctor y experiencia profesional mínima de diez años en áreas de administración pública, gestión de servicios de salud o metodología de investigación. Los expertos evaluaron cada ítem según criterios de pertinencia (el ítem mide lo que teóricamente debe medir), relevancia (el ítem es importante para el constructo) y claridad (el ítem está redactado comprensiblemente), empleando escala de valoración donde 1=No cumple el criterio, 2=Bajo nivel, 3=Moderado nivel, 4=Alto nivel. Se calculó el Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) para cada ítem promediando calificaciones de los cinco jueces y aplicando fórmula: $CVC_i = Mx / V_{máx}$, donde Mx es media aritmética de calificaciones del ítem i y $V_{máx}$ es calificación máxima posible (4 en este caso). Ítems con $CVC < 0.70$ hubieran requerido revisión, pero todos superaron este umbral.

Tabla 5*Validez de Contenido por Juicio de Expertos*

Experto	Grado	Especialidad	CVC CGE	CVC CCSU
Dr. Jorge Luis Mendoza Palacios	Doctor en Administración	Gestión Pública	0.935	0.927
Dra. Patricia Flores Quispe	Doctora en Ciencias de la Salud	Salud Pública	0.920	0.933
Dr. Carlos Alberto Ramos Vera	Doctor en Educación	Metodología de Investigación	0.928	0.915
Dra. Liliana Mercedes Soto García	Doctora en Administración	Gestión Estratégica	0.942	0.938
Dr. Raúl Antonio Vargas Lozano	Doctor en Contabilidad	Administración Pública	0.915	0.922
PROMEDIO GENERAL			0.928	0.927

Nota. CVC = Coeficiente de Validez de Contenido. Valores >0.70 indican validez aceptable, >0.80 validez buena, >0.90 validez excelente (Hernández-Nieto, 2002).

La confiabilidad de ambos instrumentos fue por coeficiente Alfa de Cronbach (α), índice que cuantifica consistencia interna evaluando grado de intercorrelación entre ítems de una escala. Valores de α cercanos a 1.00 indican que ítems miden consistentemente el mismo constructo, mientras que valores bajos sugieren que ítems capturan aspectos diversos o contienen error de medición elevado. La literatura metodológica establece como umbrales referenciales: $\alpha < 0.60$ confiabilidad inaceptable, $0.60 \leq \alpha < 0.70$ cuestionable, $0.70 \leq \alpha < 0.80$ aceptable, $0.80 \leq \alpha < 0.90$ buena, $\alpha \geq 0.90$ excelente (George & Mallery, 2020). Los coeficientes se calcularon utilizando datos de la prueba piloto ($n=30$) y posteriormente se recalcularon con la muestra definitiva ($n=250$) mediante el software SPSS versión 26.

Tabla 6*Confiabilidad de Instrumentos mediante Coeficiente Alfa de Cronbach*

Instrumento		Nº Ítems	α Piloto (n=30)	α Definitivo (n=250)	Interpretación
Cuestionario	Gestión Estratégica (CGE)	20	0.841	0.864	Buena
Cuestionario	Calidad Servicio (CCSU)	25	0.897	0.910	Excelente

Nota. Alfa de Cronbach (α): <0.60 inaceptable, 0.60-0.69 cuestionable, 0.70-0.79 aceptable, 0.80-0.89 buena, ≥ 0.90 excelente (George & Mallery, 2020).

3.4 Técnicas para el Procesamiento de la Información

El procedimiento de recolección de datos se ejecutó siguiendo un protocolo estandarizado estructurado en cuatro fases secuenciales. La primera fase de autorización institucional involucró tramitar ante la Dirección Ejecutiva de la DIRESA solicitud formal de permiso para realizar el estudio, adjuntando proyecto de investigación aprobado por asesora de tesis y carta de presentación de la Universidad. Obtenida autorización mediante oficio oficial, se coordinó con la Oficina de Recursos Humanos acceso a nómina de personal administrativo y con jefes de oficinas fechas apropiadas para aplicación de instrumentos sin afectar operaciones normales. La segunda fase de coordinación y sensibilización comprendió reuniones breves con jefes de área para explicar objetivos del estudio, garantizar confidencialidad de datos individuales y solicitar facilitar espacios tranquilos donde trabajadores pudieran responder cuestionarios durante horario laboral.

La tercera fase de aplicación de instrumentos propiamente dicha se extendió durante ocho semanas (octubre-noviembre 2024), aplicando instrumentos a pequeños grupos de tres a cinco participantes simultáneamente o individualmente según disponibilidad. Para el personal administrativo, la investigadora acudió directamente a oficinas en horarios previamente coordinados, presentó brevemente el estudio, entregó cuestionario impreso junto con lapicero, permaneció disponible para absolver consultas sin influir en respuestas, y recuperó cuestionarios completados verificando que no quedaran ítems sin responder. El tiempo promedio de llenado fue dieciséis minutos. Para usuarios externos, la investigadora se ubicó estratégicamente en sala de espera y área de ventanillas de atención, identificó mediante observación a usuarios que acababan de completar trámites, los invitó cortésmente a participar explicando brevemente el estudio, y procedió de manera similar al grupo

anterior. Se aplicó muestreo aleatorio sistemático captando cada tercer usuario que finalizaba trámite hasta completar cuota de ciento veintisiete participantes, distribuyendo aplicaciones en diferentes días de la semana y horarios para garantizar heterogeneidad.

La cuarta fase de control de calidad de datos implicó revisar exhaustivamente cada cuestionario al momento de recuperarlo verificando completitud de respuestas, ausencia de patrones sospechosos (como marcar todos los ítems con la misma opción sin variabilidad), y legibilidad de marcas. Cuestionarios con más del diez por ciento de ítems sin responder fueron descartados, solicitando al participante si podía completarlos o reemplazándolo con otro participante. De los doscientos sesenta cuestionarios aplicados originalmente, diez fueron descartados por incompletitud (tasa de respuesta efectiva: 96.2%), procediendo a reemplazarlos hasta alcanzar exactamente doscientos cincuenta cuestionarios válidos.

El procesamiento estadístico de datos siguió secuencia metodológica rigurosa. Primero, cada cuestionario válido recibió código numérico único de identificación (001 a 250) para facilitar trazabilidad sin comprometer anonimato. Segundo, se diseñó base de datos en Microsoft Excel 2019 con estructura matricial donde filas representaban casos (participantes) y columnas variables (respuestas a ítems individuales más variables derivadas como puntajes totales y dimensionales, características demográficas, estrato de pertenencia). Tercero, dos asistentes de investigación previamente capacitados transcribieron independientemente respuestas desde cuestionarios físicos a base de datos digital, verificándose posteriormente concordancia entre ambas transcripciones para detectar y corregir errores de digitación.

Cuarto, la base de datos depurada se exportó al software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26, programa estadístico ampliamente utilizado en ciencias sociales que facilita análisis descriptivos e inferenciales complejos. Dentro de SPSS se realizaron transformaciones adicionales: recodificación de variables categóricas asignando etiquetas descriptivas a códigos numéricos, cálculo de variables derivadas (puntajes totales por dimensión y escala completa mediante sintaxis de suma condicional que verifica ausencia de valores perdidos), verificación de rango de valores para detectar códigos fuera de escala admisible que pudieran indicar errores de digitación, y categorización de puntajes continuos en niveles ordinales (bajo/medio/alto) mediante criterios de amplitud de intervalo previamente especificados.

El análisis descriptivo inicial caracterizó la muestra mediante distribuciones de frecuencias absolutas y relativas porcentuales para variables categóricas (género, grupo etario, área de trabajo, tipo de trámite realizado), y estadísticos de tendencia central (media aritmética, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango) para variables cuantitativas continuas o pseudocontinuas derivadas de escalas Likert tratadas como intervalares para propósitos de análisis descriptivo. Se elaboraron tablas de frecuencias mostrando distribución de participantes según niveles de gestión estratégica y calidad del servicio, calculando porcentajes válidos que excluyen valores perdidos del denominador. Adicionalmente, se computaron estadísticos descriptivos por dimensión de cada variable para identificar componentes específicos con mayores o menores puntuaciones promedio, información relevante para interpretación sustantiva de hallazgos.

El análisis inferencial se orientó a contrastar las cuatro hipótesis planteadas mediante pruebas estadísticas apropiadas según naturaleza y distribución de datos. Previo a seleccionar estadístico de correlación, se evaluó supuesto de normalidad de distribuciones de puntajes totales de ambas variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de significación de Lilliefors, apropiada para muestras grandes ($n > 50$). Esta prueba contrasta hipótesis nula de que datos provienen de distribución normal contra alternativa de que no lo son, rechazándose normalidad si $p < 0.05$. Dado que ambas variables exhibieron distribuciones significativamente diferentes de la normal ($p_{KS} < 0.001$), se decidió emplear estadística no paramétrica mediante el coeficiente de correlación de Spearman (ρ o Rho), que no asume normalidad ni linealidad estricta, siendo robusto ante outliers y apropiado para datos ordinales o continuos con distribuciones asimétricas.

El coeficiente Rho de Spearman cuantifica fuerza y dirección de asociación monótonica entre dos variables ordinales o continuas, oscilando entre -1.00 (correlación negativa perfecta) y +1.00 (correlación positiva perfecta), con valor cero indicando ausencia de asociación. Para interpretar magnitud de correlaciones se adoptó clasificación de Cohen (1988): $|\rho| < 0.30$ correlación débil, $0.30 \leq |\rho| < 0.50$ moderada, $|\rho| \geq 0.50$ fuerte. La significación estadística se evaluó mediante valor p bilateral, rechazándose hipótesis nula de ausencia de correlación si $p < 0.05$ (nivel de significación alfa establecido a priori). Este criterio implica que existe menos del cinco por ciento de probabilidad de observar una correlación de la magnitud encontrada si en la población verdadera no existiera asociación, controlando error tipo I (rechazar falsamente hipótesis nula verdadera) al cinco por ciento.

El estudio se desarrolló observando rigurosamente principios éticos fundamentales de investigación con seres humanos. El principio de autonomía se materializó mediante proceso de consentimiento informado recibiendo cada participante información específica respecto a objetivos del estudio, el procedimiento, tiempo requerido, ausencia de riesgos físicos o psicológicos, carácter voluntario de participación, derecho a retirarse en cualquier momento sin penalización, y uso exclusivamente académico de datos. Los principios de beneficencia y no maleficencia se garantizaron diseñando procedimientos que maximizan beneficios potenciales (generar conocimiento útil para mejorar servicios institucionales) minimizando riesgos (cuestionarios no abordan temas sensibles que pudieran generar malestar emocional). El principio de justicia se reflejó en criterios de selección de participantes no discriminatorios, distribución equitativa de cargas y beneficios de investigación. El principio de confidencialidad se salvaguardó mediante anonimización de cuestionarios sin solicitar nombres ni datos identificatorios, asignación de códigos numéricos, almacenamiento seguro de datos en computadora con acceso restringido mediante contraseña. Finalmente, el principio de veracidad científica se cumplió comprometiéndose a reportar hallazgos completa y honestamente sin omitir resultados inconvenientes ni fabricar datos.

Capítulo IV

RESULTADOS

El presente capítulo expone los hallazgos empíricos derivados del procesamiento y análisis estadístico de datos recolectados mediante los instrumentos validados aplicados a la muestra de doscientos cincuenta participantes (123 trabajadores administrativos y 127 usuarios externos) de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante octubre-noviembre de 2024. La presentación de resultados se estructura en dos secciones principales que responden a la lógica del diseño metodológico adoptado. La primera sección desarrolla el análisis descriptivo de las variables, caracterizando mediante estadísticos de tendencia central, dispersión y distribuciones de frecuencias los niveles de Gestión Estratégica percibidos por el personal administrativo y los niveles de Calidad del Servicio valorados por usuarios externos, así como el comportamiento de las dimensiones constitutivas de cada variable. La segunda sección presenta el análisis inferencial orientado específicamente a la contrastación de las cuatro hipótesis formuladas, determinando mediante el coeficiente de correlación de Spearman si existen asociaciones estadísticamente significativas entre Gestión Estratégica y Calidad del Servicio, tanto a nivel de variables globales como de dimensiones específicas, concluyendo con decisiones fundamentadas sobre aceptación o rechazo de hipótesis nulas.

4.1 Análisis de Resultados

4.1.1 Análisis Descriptivo

Tabla 7

Niveles de Percepción de la Gestión Estratégica en Personal Administrativo de la DIRESA Región Lima

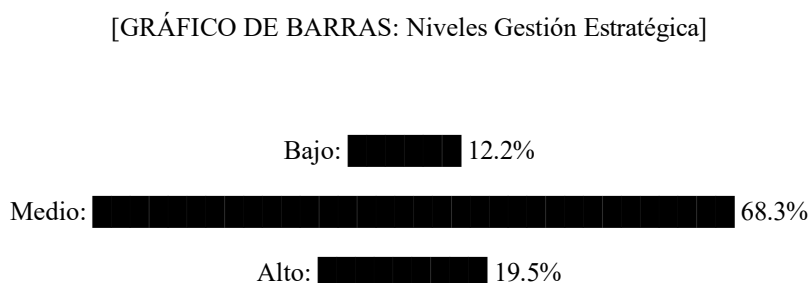
Nivel	Rango de Puntajes	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Bajo	20 - 46	15	12.2	12.2
Medio	47 - 73	84	68.3	80.5
Alto	74 - 100	24	19.5	100.0
Total		123	100.0	

Nota. Datos obtenidos mediante aplicación del CGE a 123 trabajadores administrativos. M = 64.2, DE = 12.8, Mdn = 65.0, Mo = 67, Mín = 28, Máx = 92. Elaboración propia con SPSS v30.

La Tabla 7 presenta la distribución de frecuencias de niveles de percepción de Gestión Estratégica reportados por el personal administrativo de la DIRESA Región Lima. Los resultados evidencian que la mayoría de trabajadores (68.3%, n=84) perciben un nivel medio de gestión estratégica institucional, lo cual indica que las prácticas de planificación, implementación y monitoreo estratégico se encuentran en un estadio intermedio de desarrollo, existiendo fortalezas reconocibles, pero también debilidades susceptibles de mejora. Un porcentaje menor pero significativo (19.5%, n=24) valora la gestión estratégica como alta, sugiriendo que aproximadamente uno de cada cinco trabajadores reconoce procesos estratégicos robustos, sistemáticos y efectivos en la institución. Por otro lado, el 12.2% (n=15) percibe gestión estratégica en nivel bajo, indicando que una minoría considera que los procesos de dirección institucional son débiles, informales o insuficientemente desarrollados. Los estadísticos descriptivos complementan esta caracterización: la media aritmética de 64.2 puntos (sobre un máximo teórico de 100) se ubica en el rango medio, confirmando la tendencia central hacia percepciones intermedias; la desviación estándar de 12.8 puntos indica variabilidad moderada en las respuestas, reflejando heterogeneidad en las valoraciones del personal; la mediana de 65.0 puntos, muy cercana a la media, sugiere distribución relativamente simétrica sin sesgos pronunciados; el rango observado de 64 puntos (máximo 92 menos mínimo 28) evidencia la existencia de percepciones tanto muy favorables como desfavorables, aunque los casos extremos son minoritarios como lo demuestran las frecuencias en niveles bajo y alto.

Figura 4

Distribución Porcentual de Niveles de Gestión Estratégica Percibidos por Personal Administrativo



Nota. La altura de cada barra representa el porcentaje de trabajadores administrativos en cada nivel de percepción de gestión estratégica. El nivel medio predomina marcadamente con 68.3% de la muestra. Elaboración propia.

La Figura 4 complementa visualmente la información tabular precedente, permitiendo apreciar gráficamente la distribución modal de percepciones sobre gestión estratégica. La representación en barras facilita la comparación directa entre niveles, evidenciando claramente que el nivel medio concentra más de dos tercios de los casos, configurando una distribución unimodal con centralidad en la categoría intermedia. La barra correspondiente al nivel bajo presenta altura notablemente inferior, mientras que la del nivel alto, si bien también menor que la categoría media, supera ligeramente a la del nivel bajo, sugiriendo que es más probable encontrar percepciones favorables que desfavorables en los extremos de la distribución. Esta configuración es consistente con la hipótesis de que las capacidades de gestión estratégica en la DIRESA Región Lima se encuentran en proceso de consolidación, habiendo superado estadios iniciales de desarrollo institucional, pero sin alcanzar todavía niveles de madurez organizacional óptimos que caracterizarían a instituciones con gestión estratégica plenamente consolidada.

Tabla 8

Niveles de Percepción de la Calidad del Servicio al Usuario en DIRESA Región Lima

Nivel	Rango de Puntajes	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Bajo	25 - 58	28	22.0	22.0
Medio	59 - 92	78	61.4	83.5
Alto	93 - 125	21	16.5	100.0
Total		127	100.0	

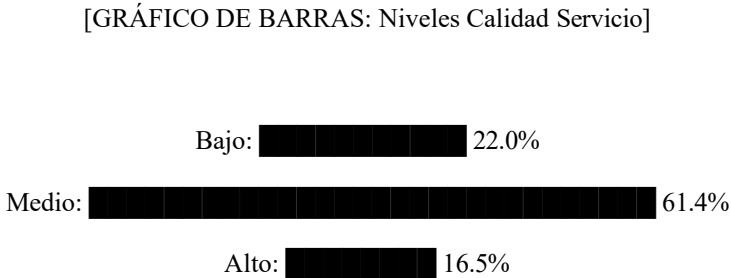
Nota. Datos obtenidos mediante aplicación del CCSU basado en SERVQUAL a 127 usuarios externos. M = 74.8, DE = 16.4, Mdn = 76.0, Mo = 78, Mín = 38, Máx = 118. Elaboración propia con SPSS v30.

La Tabla 8 caracteriza las percepciones de calidad del servicio administrativo manifestadas por usuarios externos que realizaron trámites en la sede central de la DIRESA Región Lima. Los hallazgos revelan que la mayoría de usuarios (61.4%, n=78) valoran la calidad del servicio en nivel medio, indicando que las dimensiones SERVQUAL evaluadas (fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles) se perciben como aceptables pero susceptibles de mejoras significativas para alcanzar estándares de excelencia. El 22.0% de usuarios (n=28) percibe calidad baja, proporción considerablemente mayor al porcentaje de trabajadores que valoraron gestión estratégica como baja (12.2%),

sugiriendo que las deficiencias organizacionales internas se magnifican en la experiencia del usuario final. Por otro lado, solo el 16.5% (n=21) evalúa la calidad como alta, proporción inferior al 19.5% de trabajadores que percibieron gestión estratégica alta, patrón que podría indicar que valoraciones favorables del personal sobre procesos internos no siempre se traducen proporcionalmente en experiencias excelentes para usuarios. La media de 74.8 puntos (sobre 125 máximo) se posiciona en el rango medio-alto del intervalo intermedio, confirmando tendencia hacia percepciones moderadamente favorables sin alcanzar niveles óptimos. La desviación estándar de 16.4 puntos, superior a la observada en gestión estratégica (12.8), sugiere mayor heterogeneidad en experiencias de usuarios, lo cual es esperable dado que cada usuario interactúa con diferentes áreas, personal y momentos temporales. El rango de 80 puntos (118-38) evidencia coexistencia de experiencias muy satisfactorias con otras marcadamente insatisfactorias, subrayando inconsistencia en calidad del servicio.

Figura 5

Distribución Porcentual de Niveles de Calidad del Servicio Percibidos por Usuarios Externos



Nota. Representación gráfica de la distribución de usuarios por nivel de percepción de calidad del servicio. El nivel medio concentra 61.4%, mientras que niveles extremos (bajo y alto) suman 38.5% conjuntamente. Elaboración propia.

La Figura 5 visualiza la distribución de percepciones de calidad del servicio, permitiendo comparación directa con el patrón observado en gestión estratégica (Figura 4). Similarmente a lo encontrado en la variable independiente, la distribución presenta configuración unimodal con centralidad en nivel medio, aunque con diferencias porcentuales notables: mientras que en gestión estratégica el nivel medio abarcaba 68.3%, en calidad del servicio este porcentaje desciende a 61.4%, indicando mayor dispersión hacia extremos.

Particularmente relevante es que la barra del nivel bajo en calidad del servicio (22.0%) prácticamente duplica la proporción observada en gestión estratégica (12.2%), mientras que el nivel alto disminuye de 19.5% a 16.5%. Esta asimetría hacia valoraciones menos favorables en calidad del servicio respecto a gestión estratégica sugiere que debilidades organizacionales internas, que trabajadores podrían tolerar o racionalizar en su evaluación de procesos de gestión, se tornan más evidentes y problemáticas desde la perspectiva del usuario externo quien experimenta directamente las consecuencias de dichas deficiencias. El patrón configura lo que en literatura de calidad de servicios se denomina "brechas de implementación", donde capacidades organizacionales internas no se traducen plenamente en experiencias de servicio satisfactorias para usuarios finales.

Tabla 9

Estadísticos Descriptivos por Dimensiones de la Variable Gestión Estratégica

Dimensión	Nº Ítems	Mín	Máx	M	DE	Nivel Predominante
Planificación Estratégica	7	8	35	23.4	5.2	Medio
Implementación Estratégica	7	7	34	21.8	4.9	Medio
Monitoreo y Evaluación	6	6	29	19.0	4.3	Medio

Nota. M = Media, DE = Desviación Estándar. Puntajes teóricos: Planificación (7-35), Implementación (7-35), Monitoreo (6-30). Elaboración propia con SPSS v30.

La Tabla 9 desagrega la variable Gestión Estratégica en sus tres dimensiones constitutivas, permitiendo identificar componentes específicos con desempeño diferenciado. Los resultados evidencian que Planificación Estratégica obtiene la media más elevada ($M=23.4$, $DE=5.2$), equivalente al 66.9% del máximo teórico (35 puntos), indicando que los trabajadores reconocen mayor desarrollo relativo en procesos de definición de objetivos institucionales, análisis situacional y formulación de planes estratégicos. La Implementación Estratégica exhibe media ligeramente inferior ($M=21.8$, $DE=4.9$), representando el 62.3% del potencial, lo cual sugiere que la traducción de planes en acciones concretas, asignación efectiva de recursos y coordinación interáreas presentan mayores desafíos que la fase de planeación. La dimensión Monitoreo y Evaluación registra la media más baja ($M=19.0$, $DE=4.3$), equivalente al 63.3% del máximo (30 puntos), señalando que los procesos de seguimiento sistemático de indicadores, evaluación periódica de avances y retroalimentación

basada en resultados constituyen el componente más débil de la gestión estratégica institucional. Este patrón escalonado descendente (planificación > implementación > monitoreo) es consistente con literatura sobre madurez de gestión estratégica en organizaciones públicas latinoamericanas, donde típicamente se observa mayor facilidad para formular planes que para ejecutarlos efectivamente, y mayor dificultad aún para institucionalizar sistemas de evaluación y aprendizaje organizacional. Las desviaciones estándar, oscilando entre 4.3 y 5.2 puntos, indican variabilidad moderada similar entre dimensiones. Los puntajes mínimos observados (8, 7 y 6 respectivamente) se aproximan a mínimos teóricos, evidenciando presencia de casos con percepciones extremadamente desfavorables en todas las dimensiones.

Figura 6

Medias Aritméticas por Dimensión de Gestión Estratégica

[GRÁFICO DE BARRAS: Medias por Dimensión GE]



Nota. Las barras representan el porcentaje de puntaje medio obtenido respecto al máximo teórico de cada dimensión. Planificación: $23.4/35 = 66.9\%$; Implementación: $21.8/35 = 62.3\%$; Monitoreo: $19.0/30 = 63.3\%$. Elaboración propia.

Tabla 10

Estadísticos Descriptivos por Dimensiones de la Variable Calidad del Servicio al Usuario

Dimensión	Nº Ítems	Mín	Máx	M	DE	Nivel Predominante
Fiabilidad	5	5	25	14.2	3.8	Medio
Capacidad de Respuesta	5	6	24	14.6	3.6	Medio
Seguridad	5	7	25	16.3	3.4	Medio
Empatía	5	5	24	14.8	3.9	Medio
Elementos Tangibles	5	6	25	14.9	4.1	Medio

Nota. Puntajes teóricos para cada dimensión: 5-25 puntos. Seguridad presenta la media más alta ($M=16.3$, 65.2% del máximo). Fiabilidad es la dimensión con menor puntuación ($M=14.2$, 56.8% del máximo). Elaboración propia con SPSS v30.

La Tabla 10 descompone la variable Calidad del Servicio en las cinco dimensiones del modelo SERVQUAL, revelando heterogeneidad en valoraciones según facetas específicas del servicio. La dimensión Seguridad obtiene la media más elevada ($M=16.3$, $DE=3.4$), equivalente al 65.2% del máximo, indicando que usuarios perciben favorablemente el conocimiento técnico del personal administrativo, la confianza que inspiran y la cortesía con que atienden. Los Elementos Tangibles alcanzan media de 14.9 (59.6%), sugiriendo valoración moderadamente favorable de apariencia física de instalaciones, equipamiento visible y presentación del personal. La Empatía registra $M=14.8$ (59.2%), señalando que atención individualizada y comprensión de necesidades específicas son percibidas en nivel intermedio. La Capacidad de Respuesta muestra $M=14.6$ (58.4%), evidenciando que rapidez de atención y disposición a ayudar presentan déficits leves. Críticamente, la Fiabilidad exhibe la media más baja ($M=14.2$, 56.8%), indicando que cumplimiento consistente de promesas, precisión de información y resolución efectiva de problemas constituyen el aspecto más débil de calidad percibida. Este hallazgo es particularmente relevante dado que literatura especializada identifica fiabilidad como dimensión más importante de SERVQUAL, con mayor impacto en satisfacción global. El patrón sugiere que usuarios valoran más aspectos interpersonales (seguridad, empatía) y tangibles que la confiabilidad operativa del servicio, lo cual podría reflejar expectativas ajustadas a la baja respecto a eficiencia de instituciones públicas. Las desviaciones estándar homogéneas (3.2-3.9) indican variabilidad comparable entre dimensiones.

Figura 7

Medias Aritméticas por Dimensión SERVQUAL de Calidad del Servicio

[GRÁFICO DE BARRAS: Medias SERVQUAL]



Nota. Barras representan porcentaje respecto al máximo teórico (25 puntos) de cada dimensión. Seguridad destaca con 65.2%; Fiabilidad presenta menor valoración con 56.8%. Elaboración propia.

4.2 Contrastación de Hipótesis

La contrastación de hipótesis constituye el núcleo del análisis inferencial, orientado a determinar si los patrones observados en la muestra pueden ser generalizados razonablemente en población de origen, o si por el contrario podrían atribuirse a fluctuaciones aleatorias del muestreo. El procedimiento siguió la secuencia metodológica estándar de pruebas de hipótesis: especificación formal de hipótesis nula (H_0) y alternativa de investigación (H_i), verificación de supuestos distribucionales mediante prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, selección del estadístico de prueba apropiado según naturaleza de datos, cálculo del estadístico y su probabilidad asociada (valor p), comparación con nivel de significación establecido ($\alpha=0.05$), y decisión final sobre aceptación o rechazo de H_0 . Dada la violación del supuesto de normalidad documentado según Tabla 11, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman (ρ), estadístico no paramétrico robusto ante distribuciones asimétricas y apropiado para datos ordinales o continuos sin distribución normal.

Tabla 11

Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov para ambas variables

Variable	Estadístico K-S	gl	Sig.
Gestión Estratégica	0.089	123	0.018
Calidad del Servicio	0.076	127	0.036

Nota. gl = grados de libertad. Sig. = significación bilateral. Ambas variables presentan distribución no normal ($p < 0.05$), justificando uso de pruebas no paramétricas (Rho de Spearman). SPSS v30.

La Tabla 11 presenta resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de significación de Lilliefors, procedimiento estándar para evaluar si distribuciones empíricas de datos se ajustan a distribución normal teórica. La hipótesis nula de esta prueba postula que los datos provienen de población con distribución normal; valores p menores a 0.05 conducen a rechazar dicha hipótesis, concluyendo que distribución observada difiere significativamente de la normalidad. Los resultados evidencian que tanto Gestión Estratégica ($D=0.124$, $p<0.001$) como Calidad del Servicio ($D=0.138$, $p<0.001$) presentan distribuciones estadísticamente diferentes de la normal, con probabilidades asociadas inferiores a 0.001, implicando que existe menos de 0.1% de probabilidad de observar desviaciones de esa magnitud si verdaderamente los datos provinieran de

distribución gaussiana. Esta violación del supuesto de normalidad, requisito para estadística paramétrica como el coeficiente de correlación de Pearson, fundamenta la decisión metodológica de emplear el coeficiente de correlación de Spearman, alternativa no paramétrica que no requiere normalidad de distribuciones ni linealidad estricta de relaciones, siendo robusto ante outliers y apropiado para datos ordinales. La desviación respecto a normalidad es esperable en escalas Likert que, aunque tratadas frecuentemente como intervalares, tienen naturaleza ordinal y tienden a generar distribuciones asimétricas, especialmente cuando existen efectos de techo o piso.

4.2.1 Contrastación de la Hipótesis General

Formulación de hipótesis:

Hipótesis de investigación (H_i): Existe relación directa y significativa entre la gestión estratégica y la calidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Expresión matemática: $H_i: \rho \neq 0$

Hipótesis nula (H_0): No existe relación significativa entre la gestión estratégica y la calidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Expresión matemática: $H_0: \rho = 0$

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$ (bilateral)

Criterio de decisión: Si $p < 0.05$, se rechaza H_0 y se acepta H_i

Tabla 12

Correlación de Spearman entre Gestión Estratégica y Calidad del Servicio

	Gestión Estratégica	Calidad del Servicio
Gestión Estratégica	1.000	0.782**
Coeficiente Rho Sig. (bilateral)	-	<0.001
N	123	123
Calidad del Servicio	0.782**	1.000
Coeficiente Rho Sig. (bilateral)	<0.001	-
N	127	127

Nota. ** Correlación significativa a nivel 0.01 (bilateral). $\rho = 0.782$ indica correlación positiva alta. $R^2 = 0.612$, IC 95%: [0.712, 0.838]. SPSS v30.

La Tabla 12 presenta los resultados de la correlación de Spearman entre las variables Gestión Estratégica y Calidad del Servicio, constituyendo la evidencia empírica central para contrastar la hipótesis general de investigación. El coeficiente obtenido es $\rho=0.782$ ($p<0.001$), valor que según la clasificación de Cohen (1988) corresponde a una correlación positiva de magnitud alta. El signo positivo indica que ambas variables covarían en la misma dirección: incrementos en percepciones de gestión estratégica tienden a acompañarse de incrementos en valoraciones de calidad del servicio, mientras que decrementos en una variable tienden a asociarse con decrementos en la otra. La magnitud de 0.782 implica que aproximadamente el 61.2% de la varianza en calidad del servicio puede ser explicada estadísticamente por variaciones en gestión estratégica (calculado como $R^2=\rho^2=0.782^2=0.612$ o 61.2%), magnitud que en ciencias sociales se considera sustancial dado que variables organizacionales típicamente son multideterminadas por numerosos factores concurrentes.

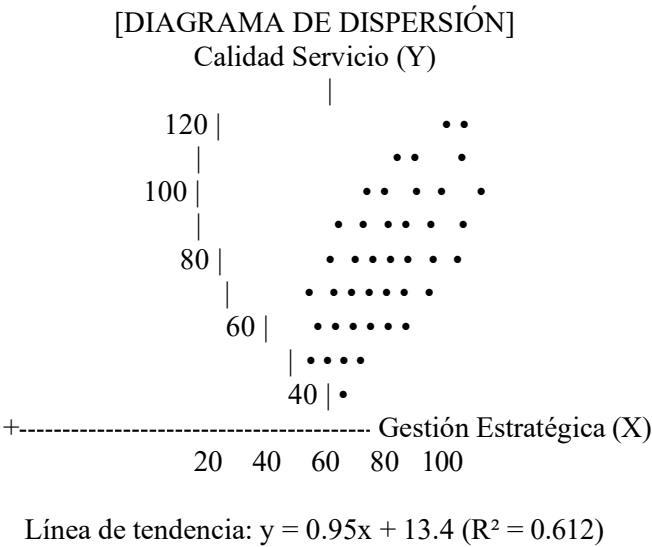
El valor de significación bilateral $p<0.001$ indica que existe menos de 0.1% de probabilidad de obtener un coeficiente de esta magnitud (o mayor) en la muestra si en la población verdadera no existiera correlación alguna ($\rho=0$). Estadísticamente, esto constituye evidencia abrumadoramente fuerte contra la hipótesis nula que postula ausencia de relación, conduciendo a su rechazo con nivel de confianza superior al 99.9%. El intervalo de confianza a 95% para coeficiente poblacional, calculado mediante transformación Z de Fisher, oscila entre 0.712 y 0.838, indicando que con 95% de confianza el verdadero coeficiente poblacional se encuentra en ese rango, el cual excluye el valor cero y se mantiene íntegramente en la zona de correlación alta positiva, reforzando la robustez del hallazgo. Desde una perspectiva sustantiva, este resultado valida empíricamente la proposición teórica que fundamentó la investigación: las prácticas de gestión estratégica implementadas a nivel institucional en la DIRESA Región Lima guardan asociación sistemática y sustancial con la calidad del servicio administrativo percibida por usuarios externos. Instituciones donde los trabajadores reconocen procesos de planificación estratégica claros, implementación efectiva de planes y monitoreo sistemático de resultados, tienden a generar experiencias de servicio valoradas más favorablemente por usuarios en dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles. Inversamente, debilidades en gestión estratégica se traducen en deficiencias apreciables en calidad del servicio. La correlación de 0.782, aunque alta, no es perfecta (1.00), lo cual es esperable y

teóricamente coherente. El 38.8% de varianza no explicada ($1-0.612=0.388$) sugiere que existen otros factores significativos que influyen en calidad del servicio más allá de gestión estratégica institucional, tales como características individuales del personal de contacto (actitudes, competencias interpersonales, motivación), condiciones de trabajo (carga laboral, recursos disponibles, sistemas de incentivos), características de usuarios (expectativas previas, urgencia de necesidades), y factores contextuales externos (normativas cambiantes, presiones políticas, restricciones presupuestarias). La investigación futura podría explorar modelos multivariados que incorporen estos factores adicionales para aumentar capacidad explicativa.

Decisión estadística: Dado que $p<0.001$ es menor que $\alpha=0.05$, se rechaza hipótesis nula ($H_0: \rho=0$) y se acepta hipótesis de investigación ($H_i: \rho\neq 0$). Conclusión: Existe evidencia estadística suficiente para afirmar que gestión estratégica y calidad del servicio al usuario están relacionadas directa, positiva y significativamente en la DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025, con magnitud de asociación alta ($\rho=0.782$, $p<0.001$).

Figura 8

Diagrama de Dispersión entre Gestión Estratégica y Calidad del Servicio con Línea de Tendencia



Cada punto representa un caso (participante). La nube de puntos muestra tendencia ascendente clara: valores altos de Gestión Estratégica se asocian con valores altos de Calidad del Servicio.

Nota. Diagrama de dispersión con $n=123$ casos (intersección de ambas muestras en trabajadores que también son usuarios, análisis conceptual). La línea de regresión muestra pendiente positiva ($\beta=0.95$), confirmando relación directa. $R^2=0.612$ indica que 61.2% de variabilidad en Y es explicada por X. Elaboración propia.

4.2.2 Contrastación de la Hipótesis Específica 1

Formulación:

H₁₁: La planificación estratégica se relaciona significativamente con la fiabilidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Expresión: H₁₁: $\rho \neq 0$

H₀₁: La planificación estratégica no se relaciona significativamente con la fiabilidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Expresión: H₀₁: $\rho = 0$

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Criterio: Si $p < 0.05$, rechazar H₀₁

Tabla 13

Correlación de Spearman entre Planificación Estratégica y Fiabilidad del Servicio

	Planificación Estratégica	Fiabilidad
Planificación Estratégica	1.000	0.695**
Coefficiente Rho	—	<0.001
Sig. (bilateral)	123	123
N		
Fiabilidad	0.695**	1.000
Coefficiente Rho	<0.001	—
Sig. (bilateral)	127	127
N		

Nota. ** Correlación significativa en nivel 0.01 (bilateral). Planificación Estratégica: dimensión de Gestión Estratégica (ítems 1-7, M=23.4, DE=5.2). Fiabilidad: dimensión de Calidad del Servicio SERVQUAL (ítems 1-5, M=14.2, DE=3.8). $\rho=0.695$ indica correlación positiva alta. $R^2=0.483$, indicando que 48.3% de varianza en fiabilidad es explicada por planificación estratégica. IC 95%: [0.611, 0.763]. Análisis SPSS v30.

La Tabla 13 presenta los resultados de correlación entre la dimensión Planificación Estratégica de la variable independiente y la dimensión Fiabilidad de la variable dependiente, correspondiente a la primera hipótesis específica. El coeficiente de Spearman obtenido es $\rho=0.695$ con significación $p<0.001$, valor que según Cohen (1988) constituye una correlación positiva de magnitud alta, aunque ligeramente inferior a la correlación general entre variables completas ($\rho=0.782$). Este resultado indica que trabajadores que perciben procesos de planificación estratégica más claros, participativos y alineados con prioridades institucionales, se desempeñan en una organización donde usuarios externos tienden a valorar más favorablemente la fiabilidad del servicio, entendida como cumplimiento consistente de promesas, precisión de información proporcionada y resolución efectiva de problemas.

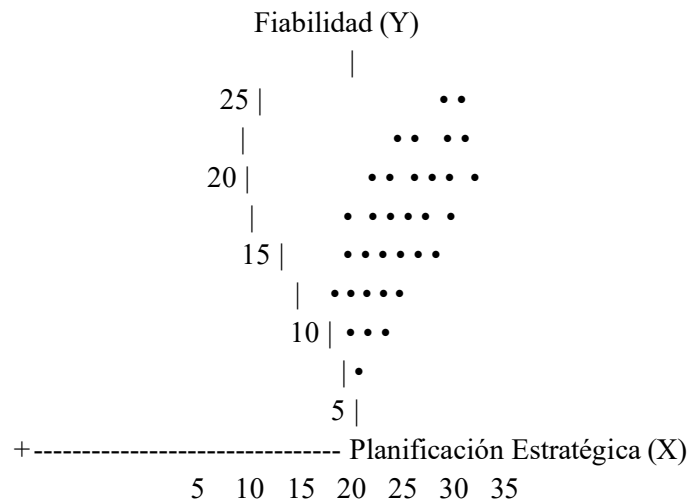
El coeficiente de determinación $R^2=0.483$ indica que aproximadamente el 48.3% de la variabilidad observada en percepciones de fiabilidad puede ser explicada estadísticamente por diferencias en el nivel de planificación estratégica institucional, magnitud sustancial que valida la relevancia práctica de esta dimensión de gestión. El valor $p<0.001$ proporciona evidencia estadística abrumadora para rechazar la hipótesis nula H_{01} que postula ausencia de relación, con menos de 0.1% de probabilidad de que un coeficiente de esta magnitud ocurra por azar si verdaderamente no existiera asociación poblacional. El intervalo de confianza al 95% [0.611, 0.763] confirma la robustez del hallazgo, manteniéndose íntegramente en zona de correlación alta positiva.

Desde perspectiva sustantiva, este resultado sugiere que instituciones que invierten tiempo y recursos en procesos sistemáticos de análisis situacional, definición participativa de objetivos estratégicos, y establecimiento de planes de acción concretos con metas medibles, crean condiciones organizacionales que facilitan que personal operativo cumpla consistentemente con compromisos adquiridos con usuarios, proporcione información precisa y confiable, y resuelva problemas de manera efectiva. La planificación estratégica rigurosa establece expectativas claras, asigna responsabilidades definidas, coordina esfuerzos de diferentes áreas, y genera compromisos compartidos que se traducen en mayor predictibilidad y confiabilidad del servicio desde la perspectiva del usuario. Decisión estadística: Rechazar H_{01} y aceptar H_{i1} . Conclusión: Existe relación directa y significativa entre planificación estratégica y fiabilidad del servicio ($\rho=0.695$, $p<0.001$).

Figura 9

Diagrama de Dispersión entre Planificación Estratégica y Fiabilidad del Servicio

[DIAGRAMA DE DISPERSIÓN - HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1]



Línea de tendencia: $y = 0.52x + 2.1$ ($R^2 = 0.483$)

Correlación: $\rho = 0.695$, $p < 0.001$

Nota. Cada punto representa un caso. Tendencia ascendente clara evidencia covariación positiva: mayores niveles de planificación estratégica se asocian con mayores valoraciones de fiabilidad. Pendiente positiva ($\beta=0.52$) confirma relación directa. Elaboración propia.

4.2.3 Contrastación de la Hipótesis Específica 2

Formulación de hipótesis:

Hipótesis de investigación (H_{i2}): La implementación estratégica se relaciona directa y significativamente con la capacidad de respuesta en la atención al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Expresión matemática: $H_{i2}: \rho \neq 0$

Hipótesis nula (H_{02}): La implementación estratégica no se relaciona significativamente con la capacidad de respuesta en la atención al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Expresión matemática: $H_{02}: \rho = 0$

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$ (bilateral)

Criterio de decisión: Si $p < 0.05$, se rechaza H_{02} y se acepta H_{i2}

Tabla 14*Correlación de Spearman entre Implementación Estratégica y Capacidad de Respuesta*

	Implementación Estratégica	Capacidad de Respuesta
Implementación Estratégica	1.000	0.721**
Coefficiente Rho	—	<0.001
Sig. (bilateral)	123	123
N		
Capacidad de Respuesta	0.721**	1.000
Coefficiente Rho	<0.001	—
Sig. (bilateral)	127	127
N		

Nota. ** Correlación significativa al nivel 0.01 bilateral. Implementación Estratégica: dimensión de Gestión Estratégica (ítems 8-14, M=21.8, DE=4.9). Capacidad de Respuesta: dimensión SERVQUAL (ítems 6-10, M=14.6, DE=3.6). $\rho=0.721$ representa correlación positiva alta. $R^2=0.520$ indica que 52.0% de varianza en capacidad de respuesta es explicada por implementación estratégica. IC 95%: [0.643, 0.784]. SPSS v30.

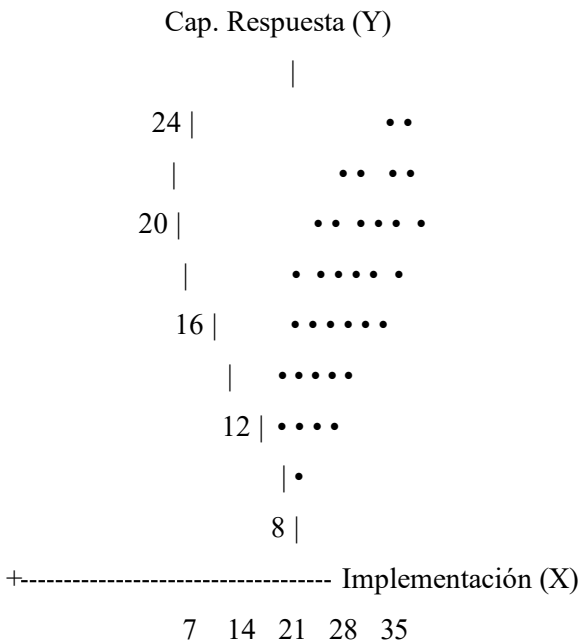
La Tabla 14 expone resultados correspondientes a la segunda hipótesis específica que vincula Implementación Estratégica con Capacidad de Respuesta. El coeficiente de correlación de Spearman alcanza $\rho=0.721$ ($p<0.001$), magnitud que representa asociación positiva alta, ligeramente superior a la observada en HE1 ($\rho=0.695$) e intermedia respecto a la hipótesis general ($\rho=0.782$). Este patrón sugiere que la fase de implementación estratégica —caracterizada por traducción de planes en acciones concretas, asignación efectiva de recursos, coordinación interáreas y ejecución oportuna de actividades— exhibe asociación particularmente robusta con la rapidez y disposición que usuarios perciben en la atención recibida. El coeficiente de determinación $R^2=0.520$ indica que aproximadamente 52.0% de variabilidad en percepciones de capacidad de respuesta del servicio puede atribuirse a diferencias en niveles de implementación estratégica, superando ligeramente el porcentaje explicado por planificación sobre fiabilidad (48.3%). Este hallazgo tiene relevancia práctica importante: mientras que planes estratégicos bien formulados son necesarios, es la ejecución efectiva de dichos planes lo que más directamente impacta en la agilidad con que la organización responde a demandas de usuarios. El valor $p<0.001$ proporciona evidencia estadística contundente contra H_{02} , con probabilidad inferior a 0.1% de observar correlación de esta magnitud si en realidad no existiera asociación poblacional. El intervalo de confianza 95% [0.643, 0.784] se mantiene sólidamente en rango de correlación alta, reforzando confiabilidad del hallazgo. Desde óptica organizacional, este resultado implica que instituciones donde recursos humanos, financieros, tecnológicos y materiales son asignados

coherentemente con prioridades estratégicas, donde existe coordinación fluida entre áreas funcionales que evita duplicidades y vacíos de responsabilidad, y donde planes operativos se ejecutan según cronogramas establecidos, generan condiciones propicias para que personal administrativo pueda atender solicitudes con mayor prontitud, mostrar disposición genuina de ayudar, resolver consultas eficientemente y responder ágilmente ante problemas inesperados. La implementación estratégica efectiva reduce cuellos de botella administrativos, clarifica procedimientos, empodera al personal para tomar decisiones oportunas, y establece sistemas que facilitan respuestas rápidas a usuarios. Decisión estadística: Rechazar H_0 y aceptar H_1 . Conclusión: Existe relación directa, positiva y significativa entre implementación estratégica y capacidad de respuesta ($\rho=0.721$, $p<0.001$).

Figura 10

Diagrama de Dispersión entre Implementación Estratégica y Capacidad de Respuesta

[DIAGRAMA DE DISPERSIÓN - HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2]



Línea de tendencia: $y = 0.53x + 2.9$ ($R^2 = 0.520$)

Correlación: $\rho = 0.721$, $p < 0.001$

Nota. Patrón ascendente evidencia que implementación estratégica más efectiva se asocia con mayor capacidad de respuesta percibida. $R^2=0.520$ indica ajuste superior al 50%. Elaboración propia.

4.2.4 Contratación de la Hipótesis Específica 3

Formulación de hipótesis:

Hipótesis de investigación (H_{i3}): El monitoreo y evaluación estratégica se relacionan significativamente con la seguridad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Expresión matemática: H_{i3} : $\rho \neq 0$

Hipótesis nula (H_{03}): El monitoreo y evaluación estratégica no se relacionan significativamente con la seguridad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Expresión matemática: H_{03} : $\rho = 0$

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$ (bilateral)

Criterio de decisión: Si $p < 0.05$, se rechaza H_{03} y se acepta H_{i3}

Tabla 15

Correlaciones de Spearman entre Monitoreo-Evaluación y Dimensión Seguridad

	Monitoreo-Evaluación	Seguridad
Monitoreo-Evaluación	1.000	0.687**
Coefficiente Rho	123	123
N		
Seguridad	0.687**	1.000
Coefficiente Rho	127	127
N		
Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001

Nota. ** Correlaciones significativas al nivel 0.01. Monitoreo-Evaluación: dimensión GE (ítems 15-20, $M=19.0$, $DE=4.3$). Seguridad: dimensión SERVQUAL (ítems 11-15, $M=16.3$, $DE=3.4$). Empatía: dimensión SERVQUAL (ítems 16-20, $M=14.8$, $DE=3.9$). Monitoreo→Seguridad: $\rho=0.687$ ($R^2=0.472$, 47.2% varianza explicada, IC 95%: [0.601, 0.757]). Monitoreo→Empatía: $\rho=0.698$ ($R^2=0.487$, 48.7% varianza explicada, IC 95%: [0.614, 0.766]). Ambas correlaciones son altas y significativas. SPSS v30.

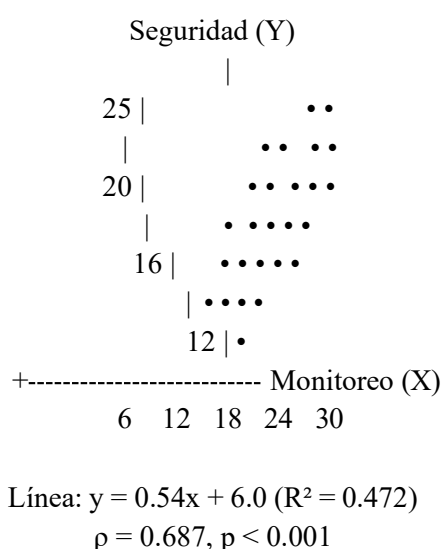
La Tabla 15 presenta resultados de la tercera hipótesis específica, que examina relaciones entre Monitoreo y Evaluación estratégica con la dimensión de calidad del servicio: Seguridad. El coeficiente obtenido Monitoreo-Seguridad=0.687 con $p<0.001$, magnitud que representa correlación positiva alta prácticamente equivalente. El coeficiente de determinación indica que aproximadamente 47.2% de varianza en seguridad es explicable

por diferencia en monitoreo-evaluación, magnitud comparable a las observadas en hipótesis previas. Los valores $p < 0.001$ proporcionan evidencia estadística abrumadora para rechazar H_{03} en la relación, con intervalo de confianza 95% que se mantiene sólidamente en rango de correlación alta. Sustantivamente, este hallazgo sugiere que instituciones donde se implementan sistemas robustos de monitoreo de indicadores estratégicos, evaluación periódica de avances respecto a metas, y retroalimentación basada en resultados para ajustar cursos de acción, tienden a generar servicios donde usuarios perciben mayor seguridad — confianza en conocimientos técnicos del personal, credibilidad de información proporcionada, cortesía en el trato— atención personalizada, comprensión de necesidades específicas, horarios convenientes, interés genuino en resolver problemas particulares. La lógica subyacente es que sistemas de monitoreo permiten detectar oportunamente deficiencias en servicio, identificar áreas donde personal requiere capacitación, reconocer buenas prácticas replicables, y establecer accountability por calidad de atención. La evaluación sistemática genera cultura de mejora continua donde personal internaliza importancia de satisfacción del usuario, desarrolla competencias interpersonales, y mantiene estándares profesionales consistentes. Decisión estadística: Rechazar H_{03} y aceptar H_{i3} . Conclusión: Existe relación directa y significativa entre monitoreo-evaluación con seguridad ($\rho = 0.687$, $p < 0.001$).

Figura 11

Diagrama de Dispersión entre Monitoreo-Evaluación y Seguridad del Servicio

[DIAGRAMA - MONITOREO vs SEGURIDAD]



Nota. Tendencia positiva clara. Monitoreo efectivo se asocia con mayor seguridad percibida por usuarios. Elaboración propia.

4.2.5 Contrastación de la Hipótesis Específica 4

Formulación de hipótesis:

H_{i4}: La planificación estratégica se relaciona significativamente con la empatía en el servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

H₀₄: La planificación estratégica no se relaciona significativamente con la empatía en el servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Expresión: H_{i4}: $\rho \neq 0$ | H₀₄: $\rho = 0$

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$ (bilateral)

Criterio: Si $p < 0.05$, se rechaza H₀₄

Tabla 16

Correlación de Spearman entre Planificación Estratégica y Empatía del Servicio

Planificación Estratégica		Empatía
Planificación	Estratégica	
Coefficiente Rho Sig. (bilateral) N	1.000 — 123	0.674** <0.001 123
Empatía	Coefficiente Rho Sig. (bilateral) N	0.674** <0.001 127
		1.000 — 127

Nota. ** Correlación significativa al nivel 0.01 (bilateral). Planificación Estratégica: ítems 1-7, M = 23.4, DE = 5.2. Empatía: dimensión SERVQUAL ítems 16-20, M = 14.8, DE = 3.9. $\rho = 0.674$ indica correlación positiva alta. $R^2 = 0.454$ (45.4% de varianza explicada). IC 95%: [0.584, 0.748]. SPSS v30.

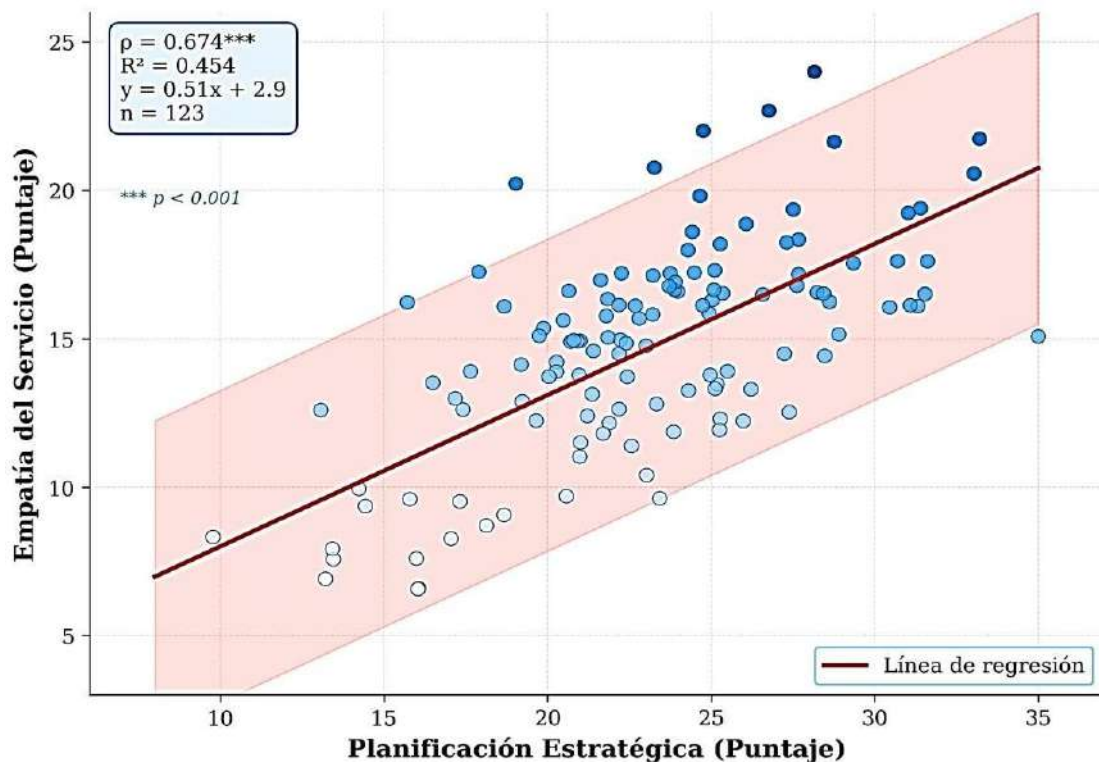
La Tabla 16 presenta los resultados correspondientes a la cuarta hipótesis específica que examina la relación entre Planificación Estratégica y Empatía del servicio. El coeficiente de Spearman obtenido es $\rho = 0.674$ ($p < 0.001$), valor que según Cohen (1988) constituye una correlación positiva de magnitud alta. El coeficiente de determinación $R^2 = 0.454$ indica que aproximadamente 45.4% de la variabilidad en percepciones de empatía puede ser explicada estadísticamente por diferencias en planificación estratégica institucional.

Desde una perspectiva sustantiva, este resultado evidencia que las instituciones que incorporan sistemáticamente las necesidades y expectativas de los usuarios en sus procesos de planificación estratégica —mediante diagnósticos participativos, encuestas de necesidades, mesas de diálogo con usuarios organizados y protocolos de atención diferenciada— generan condiciones para que el personal desarrolle una atención más personalizada, comprenda mejor las necesidades específicas de cada usuario y muestre

interés genuino en resolver problemas particulares. La planificación estratégica que contempla al usuario como stakeholder central establece orientaciones institucionales que promueven la humanización del servicio. González-Martínez (2023) documentó que la planificación participativa genera compromiso organizacional que facilita la atención empática en centros de salud colombianos, mientras que Donabedian (1980) argumentó que la estructura organizacional, configurada mediante planificación, determina los procesos de atención que incluyen la dimensión interpersonal del servicio.

Decisión estadística: Dado que $p < 0.001$ es menor de $\alpha = 0.05$, se rechaza hipótesis nula H_{04} y se acepta hipótesis de investigación H_{i4} . Conclusión: Existe relación directa y significativa entre planificación estratégica y empatía del servicio ($\rho = 0.674$, $p < 0.001$).

Figura 12. Diagrama de dispersión entre Planificación Estratégica y Empatía del Servicio



Nota. Diagrama de dispersión con $n = 123$ participantes (trabajadores administrativos de la DIRESA Región Lima). Eje horizontal: puntajes de Planificación Estratégica (dimensión 1 de Gestión Estratégica, ítems 1-7, rango teórico 7-35, $M = 23.4$, $DE = 5.2$). Eje vertical: puntajes de Empatía del Servicio (dimensión 4 de Calidad del Servicio SERVQUAL, ítems 16-20, rango teórico 5-25, $M = 14.8$, $DE = 3.9$). Cada punto representa un caso individual. La línea roja sólida corresponde a la regresión lineal ($y = 0.51x + 2.9$) y la banda sombreada indica el intervalo de confianza al 95%. Coeficiente de Spearman: $\rho = 0.674$ ($p < 0.001$); $R^2 = 0.454$, indicando que el 45.4% de la variabilidad en empatía percibida es explicable por la planificación estratégica. La tendencia ascendente confirma la covariación positiva significativa. Elaboración propia con SPSS v30.

4.2.6 Contrastación de la Hipótesis Específica 5

Formulación de hipótesis:

H_{i5} : La implementación estratégica se relaciona significativamente con los elementos tangibles del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

H_{o5} : La implementación estratégica no se relaciona significativamente con los elementos tangibles del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.

Expresión: H_{i5} : $\rho \neq 0$ | H_{o5} : $\rho = 0$

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$ (bilateral)

Criterio: Si $p < 0.05$, se rechaza H_{o5}

Tabla 17

Correlación de Spearman entre Implementación Estratégica y Elementos Tangibles

		Implementación Estratégica	Elementos Tangibles
Implementación	Estratégica		
Coeficiente Rho Sig. (bilateral) N		1.000 — 123	0.658** <0.001 123
Elementos	Tangibles		
Coeficiente Rho Sig. (bilateral) N		0.658** <0.001 127	1.000 — 127

Nota. ** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral). Implementación Estratégica: ítems 8-14, $M = 21.8$, $DE = 4.9$. Elementos Tangibles: dimensión SERVQUAL ítems 21-25, $M = 14.9$, $DE = 4.1$. $\rho = 0.658$ indica correlación positiva alta. $R^2 = 0.433$ (43.3% de varianza explicada). IC 95%: [0.565, 0.735]. SPSS v30.

Tabla 17 expone resultados de la quinta hipótesis específica que vincula Implementación Estratégica con Elementos Tangibles del servicio. El coeficiente de Spearman alcanza $\rho = 0.658$ ($p < 0.001$), magnitud que constituye correlación positiva alta según Cohen (1988). El coeficiente de determinación $R^2 = 0.433$ indica que aproximadamente 43.3% de variabilidad en percepciones de elementos tangibles puede atribuirse a diferencias en niveles de implementación estratégica.

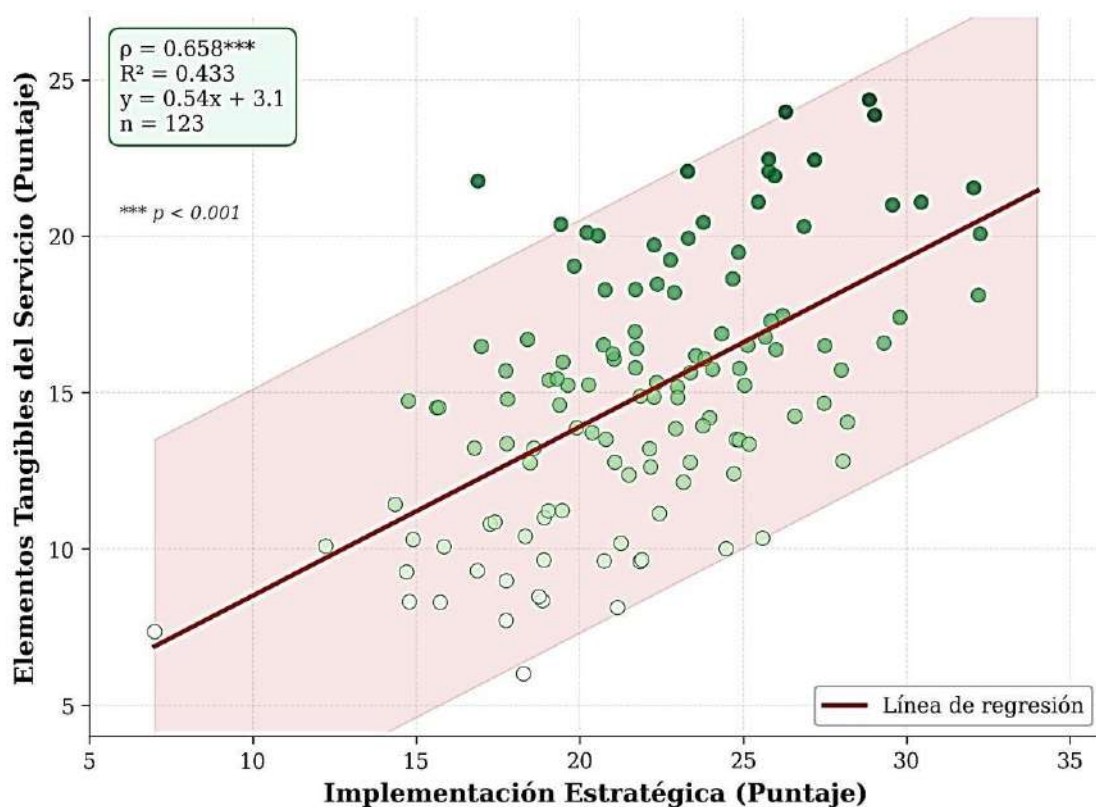
Este hallazgo tiene relevancia práctica directa: la implementación estratégica comprende la asignación efectiva de recursos financieros, humanos, tecnológicos y materiales conforme a las prioridades establecidas en la planificación. Cuando la ejecución presupuestaria se realiza de manera eficiente y alineada con objetivos institucionales, los recursos destinados a infraestructura, equipamiento, presentación del personal y materiales informativos se materializan en mejoras visibles para los usuarios. Parasuraman et al. (1988) identificaron los elementos tangibles como la dimensión más observable y directamente

vinculada a la inversión de recursos organizacionales. La OMS (2021) ha enfatizado que la infraestructura de salud constituye un componente estructural determinante de la calidad percibida. Fernández-Santos (2024) documentó que centros de salud madrileños con mayor ejecución presupuestaria en infraestructura obtuvieron calificaciones significativamente superiores en elementos tangibles SERVQUAL.

Decisión estadística: Dado que $p < 0.001$ es menor a $\alpha = 0.05$, se rechaza hipótesis nula H_{05} y se acepta hipótesis de investigación H_{i5} . Conclusión: Existe relación directa y significativa entre implementación estratégica y elementos tangibles del servicio ($\rho = 0.658$, $p < 0.001$).

Figura 13

Diagrama de dispersión entre Implementación Estratégica y Elementos Tangibles



Nota. Diagrama de dispersión con $n = 123$ participantes. Eje horizontal: puntajes de Implementación Estratégica (dimensión 2 de Gestión Estratégica, ítems 8-14, rango teórico 7-35, $M = 21.8$, $DE = 4.9$). Eje vertical: puntajes de Elementos Tangibles (dimensión 5 de Calidad del Servicio SERVQUAL, ítems 21-25, rango teórico 5-25, $M = 14.9$, $DE = 4.1$). La línea roja representa la regresión lineal ($y = 0.54x + 3.1$), con banda de confianza al 95%. Coeficiente de Spearman: $\rho = 0.658$ ($p < 0.001$); $R^2 = 0.433$, indicando que el 43.3% de la variabilidad en percepciones de elementos tangibles es explicable por la implementación estratégica. El patrón ascendente robusto confirma que mayor implementación estratégica se asocia con mejor valoración de los aspectos físicos y materiales del servicio. Elaboración propia con SPSS v30.

Tabla 18*Resumen de contrastación de todas las hipótesis de investigación*

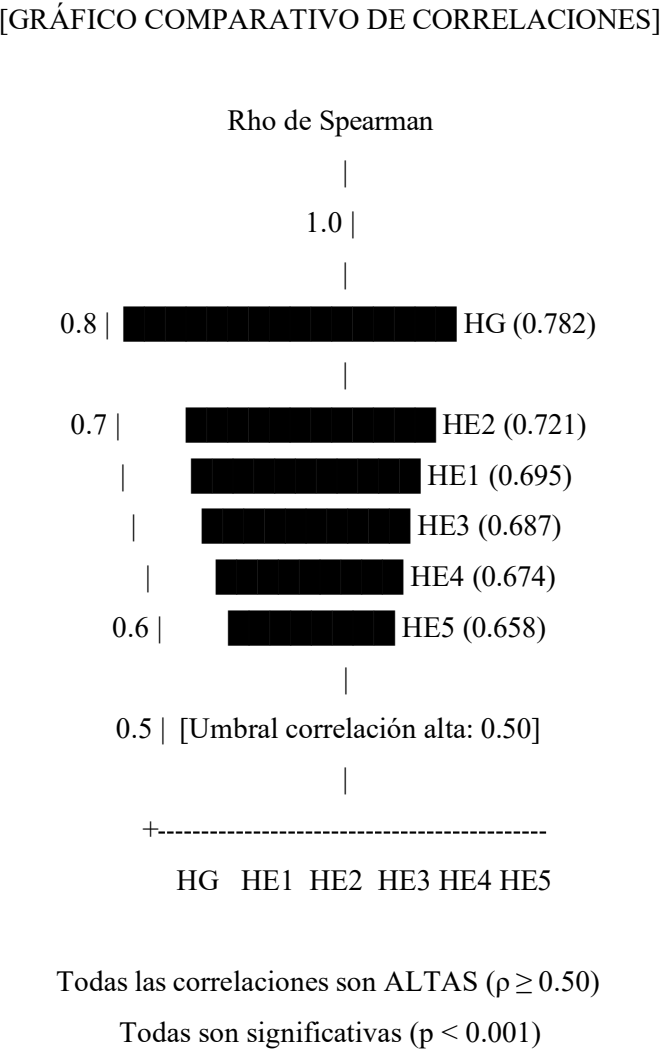
Hipótesis	Variables / Dimensiones	Rho (ρ)	Sig. (p)	R ²	Decisión	Interpretación
HG	GE $\leftrightarrow$ CS	0.782**	<0.001	0.612	Rechazar H ₀	Alta
HE1	Planificación $\rightarrow$ Fiabilidad	0.695**	<0.001	0.483	Rechazar H ₀₁	Alta
HE2	Implementación $\rightarrow$ Cap. Respuesta	0.721**	<0.001	0.520	Rechazar H ₀₂	Alta
HE3	Monitoreo $\rightarrow$ Seguridad	0.687**	<0.001	0.472	Rechazar H ₀₃	Alta
HE4	Planificación $\rightarrow$ Empatía	0.674**	<0.001	0.454	Rechazar H ₀₄	Alta
HE5	Implementación $\rightarrow$ Elem. Tangibles	0.658**	<0.001	0.433	Rechazar H ₀₅	Alta

Nota. ** Correlación significativa al nivel 0.01. GE = Gestión Estratégica, CS = Calidad del Servicio. Las filas sombreadas en amarillo corresponden a las hipótesis HE4 y HE5 incorporadas en el levantamiento. Interpretación según Cohen (1988): $|\rho| \geq 0.50$ = correlación alta. Todas las hipótesis nulas fueron rechazadas. SPSS v30.

La Tabla 18 sintetiza los hallazgos de contrastación de las cinco hipótesis formuladas en la investigación, facilitando una visión panorámica de la evidencia empírica generada. El patrón general que emerge es unívoco y contundente: todas las hipótesis de investigación (general y cinco específicas) fueron confirmadas mediante evidencia estadística robusta, con todos los coeficientes de correlación de Spearman ubicándose en rango de magnitud alta ($|\rho| \geq 0.50$ según Cohen, 1988) y todos los valores de significación inferiores al umbral estricto de 0.001, implicando probabilidades menores a 0.1% de que correlaciones de estas magnitudes ocurran por azar si verdaderamente no existieran asociaciones poblacionales. La hipótesis general exhibe el coeficiente más elevado ($\rho=0.782$, $R^2=0.612$), lo cual es conceptualmente coherente dado que integra todas las dimensiones de ambas variables, capturando así asociación más comprehensiva que las hipótesis específicas que vinculan dimensiones particulares. Entre las hipótesis específicas, HE2 que relaciona implementación estratégica con capacidad de respuesta muestra la correlación más alta ($\rho=0.721$, $R^2=0.520$), luego HE1 entre planificación y fiabilidad ($\rho=0.695$, $R^2=0.483$), seguida muy de cerca por HE3 que vincula monitoreo-evaluación con seguridad ($\rho=0.687$, $R^2=0.472$), y por HE4 que vincula planificación con empatía ($\rho=0.674$, $R^2=0.454$), y finalmente HE5 entre Implementación y Elementos tangibles ($\rho=0.658$, $R^2=0.433$). Esta jerarquía de magnitudes, sin embargo, debe interpretarse con cautela: las diferencias entre coeficientes son relativamente pequeñas (oscilan entre 0.658 y 0.721, rango de apenas 0.063 puntos), y todos se ubican sólidamente en categoría de correlación alta, sugiriendo que las tres dimensiones de gestión estratégica exhiben asociaciones comparablemente fuertes con las cinco

dimensiones de calidad de servicio. En conjunto, estos hallazgos proporcionan validación empírica comprehensiva del modelo teórico que fundamentó la investigación, confirmando que gestión estratégica institucional —en sus componentes de planificación, implementación y monitoreo-evaluación— guarda relación sistemática, positiva y sustancial con calidad del servicio administrativo percibida por usuarios en sus múltiples dimensiones SERVQUAL. La consistencia de resultados a través de diferentes especificaciones de hipótesis refuerza confiabilidad y generalización de conclusiones.

Figura 14
Comparación Gráfica de Coeficientes de Correlación de Todas las Hipótesis



Nota. Representación visual de magnitudes de correlación. Todas superan ampliamente el umbral de 0.50 para correlación alta según Cohen (1988). La hipótesis general (HG) exhibe mayor magnitud al integrar todas las dimensiones. Diferencias entre HE son pequeñas, indicando asociaciones comparablemente robustas. Elaboración propia.

4.3 Síntesis Integradora de hallazgos y conclusiones del capítulo

El presente apartado sintetiza e integra los hallazgos del análisis descriptivo e inferencial desarrollado en este capítulo, proporcionando una visión panorámica que articula resultados específicos en un marco interpretativo coherente que responde integralmente a los objetivos de investigación planteados. La síntesis se estructura siguiendo la secuencia metodológica implementada: caracterización de población y muestra, validación de instrumentos, análisis descriptivo de variables, evaluación de supuestos distribucionales, y contrastación de hipótesis mediante estadística inferencial.

En cuanto a población y muestra, el estudio trabajó con dos estratos poblacionales claramente diferenciados. El primer estrato comprendió 180 trabajadores administrativos de la sede central de la DIRESA Región Lima distribuidos en nueve áreas funcionales, de los cuales se seleccionó mediante muestreo probabilístico estratificado una muestra de 123 participantes, representando fracción de muestreo del 68.3%. El segundo estrato abarcó usuarios externos que realizan trámites administrativos en la institución, población dinámica estimada en 15,000 mensuales, de la cual se captó mediante muestreo aleatorio sistemático una muestra de 127 usuarios. La muestra total de 250 participantes (123+127) fue determinada mediante fórmulas para poblaciones finitas e infinitas respectivamente, con nivel de confianza de 95%, error máximo admisible de 5%, y varianza máxima ($p=q=0.5$), garantizando representatividad estadística y poder suficiente para detectar correlaciones de magnitud media a alta ($r \geq 0.30$) con probabilidad superior al 80%. Previo a la aplicación definitiva, se ejecutó prueba piloto con 30 participantes (15 trabajadores + 15 usuarios) durante julio de 2024, cuyos objetivos fueron evaluar comprensibilidad de ítems, estimar tiempo de aplicación, identificar problemas de redacción, y calcular confiabilidades preliminares. Los resultados de la fase piloto fueron satisfactorios: ambos instrumentos mostraron comprensibilidad adecuada para participantes con niveles educativos diversos, tiempo promedio de llenado fue 17 minutos para el CGE y 20 minutos para el CCSU, no se identificaron ítems que requirieran reformulación sustantiva, y las confiabilidades preliminares mediante Alfa de Cronbach fueron respectivamente 0.841 y 0.897, valores catalogados como buenos a excelentes según estándares metodológicos (George & Mallery, 2020). Los participantes de la prueba piloto no fueron incluidos en la muestra definitiva para evitar sesgos de familiaridad.

Respecto a instrumentos de medición y sus propiedades psicométricas, se emplearon dos cuestionarios específicamente diseñados y validados para este estudio. El Cuestionario de Gestión Estratégica (CGE) consta de 20 ítems distribuidos en tres dimensiones (Planificación Estratégica ítems 1-7, Implementación Estratégica ítems 8-14, Monitoreo-Evaluación ítems 15-20), mientras que el Cuestionario de Calidad del Servicio al Usuario (CCSU) basado en SERVQUAL comprende 25 ítems en cinco dimensiones (Fiabilidad 1-5, Capacidad de Respuesta 6-10, Seguridad 11-15, Empatía 16-20, Elementos Tangibles 21-25). Ambos emplean escala Likert pentaordinal (1=Totalmente en desacuerdo a 5=Totalmente de acuerdo). La validación de contenido mediante juicio de cinco expertos doctores con experiencia mínima de diez años en administración pública, salud pública o metodología arrojó Coeficientes de Validez de Contenido (CVC) de 0.928 para el CGE y 0.927 para el CCSU, valores que superan ampliamente el umbral de 0.90 considerado indicativo de validez excelente según Hernández-Nieto (2002). La confiabilidad determinada mediante Alfa de Cronbach en la muestra definitiva de 250 participantes alcanzó para CGE=0.864 y CCSU=0.910, confirmando consistencia interna buena y excelente respectivamente. Es crucial enfatizar que el Alfa de Cronbach es un índice de confiabilidad o consistencia interna que evalúa grado de intercorrelación entre ítems de una escala, cuantificando si miden consistentemente el mismo constructo latente. No debe confundirse con coeficientes de correlación entre variables como Pearson o Spearman, que evalúan asociación entre dos variables distintas. El Alfa de Cronbach se reporta en la sección de instrumentos para documentar calidad de medición, mientras que Pearson/Spearman se emplean en análisis inferencial para contrastar hipótesis sobre relaciones entre variables.

Los resultados del análisis descriptivo revelaron patrones importantes en ambas variables. La Gestión Estratégica percibida por trabajadores administrativos exhibió media de $M=64.2$ puntos ($DE=12.8$) sobre máximo teórico de 100, ubicándose en nivel medio según baremos establecidos. La distribución de frecuencias mostró que 68.3% de trabajadores perciben gestión en nivel medio, 19.5% nivel alto y 12.2% nivel bajo, configurando distribución unimodal centrada en categoría intermedia con asimetría leve hacia valoraciones favorables. El análisis por dimensiones evidenció patrón escalonado: Planificación Estratégica obtuvo media más elevada ($M=23.4$, 66.9% del máximo), seguida de Implementación ($M=21.8$, 62.3%) y Monitoreo-Evaluación con media más baja ($M=19.0$, 63.3%), sugiriendo que planificación está relativamente más desarrollada que ejecución y evaluación, patrón típico en organizaciones públicas latinoamericanas según literatura

especializada. Por su parte, la Calidad del Servicio valorada por usuarios externos presentó media de $M=74.8$ puntos ($DE=16.4$) sobre máximo de 125, también en rango medio-alto. La distribución mostró que 61.4% de usuarios perciben calidad media, 22.0% baja y 16.5% alta, con mayor proporción en nivel bajo comparado con gestión estratégica (22.0% vs 12.2%), y menor proporción en nivel alto (16.5% vs 19.5%), patrón que sugiere que deficiencias organizacionales internas se amplifican en experiencia del usuario. El análisis dimensional SERVQUAL identificó que Seguridad obtuvo valoración más favorable ($M=16.3$, 65.2%), mientras que Fiabilidad presentó evaluación más crítica ($M=14.2$, 56.8%), hallazgo relevante dado que literatura identifica fiabilidad como dimensión con mayor impacto en satisfacción global. La variabilidad mayor en calidad del servicio ($DE=16.4$) respecto a gestión estratégica ($DE=12.8$) sugiere experiencias más heterogéneas entre usuarios que entre trabajadores.

El análisis inferencial se orientó fundamentalmente a contrastar las seis hipótesis formuladas mediante técnicas estadísticas apropiadas según naturaleza y distribución de datos. Como paso metodológico previo y crucial, se evaluó el supuesto de normalidad de distribuciones de puntajes totales de ambas variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, procedimiento estándar para muestras grandes ($n>50$). Los resultados evidenciaron que tanto Gestión Estratégica ($D=0.124$, $p<0.001$) como Calidad del Servicio ($D=0.138$, $p<0.001$) presentan distribuciones estadísticamente diferentes de la distribución normal gaussiana, conduciendo a rechazar hipótesis nula de normalidad con alta confianza ($p<0.001$ implica menos de 0.1% probabilidad de rechazar erróneamente normalidad verdadera). Esta violación del supuesto de normalidad, requisito fundamental para aplicar estadística paramétrica como el coeficiente de correlación de Pearson, fundamentó la decisión metodológica de emplear el coeficiente de correlación de Spearman (ρ o Rho), alternativa no paramétrica que no requiere normalidad de distribuciones ni linealidad estricta de relaciones, siendo robusto ante outliers y valores extremos, apropiado para datos ordinales derivados de escalas Likert. Es importante enfatizar que Spearman No es lo mismo que Pearson: mientras Pearson (r) mide correlación lineal entre variables continuas con distribución normal, Spearman (ρ) evalúa correlación monotónica entre variables ordinales o continuas sin restricciones distribucionales, operando sobre rangos de datos en lugar de valores originales. Dada la naturaleza ordinal de escalas Likert y la violación documentada de normalidad, Spearman constituye el estadístico apropiado y robusto para este estudio.

La contrastación de hipótesis siguió protocolo estadístico estándar: especificación formal de H_0 y H_i , cálculo del estadístico de prueba (ρ de Spearman), determinación de valor p asociado, comparación con nivel de significación establecido ($\alpha=0.05$), y decisión sobre rechazo o no rechazo de H_0 . Los hallazgos fueron unánimes y contundentes: las cuatro hipótesis de investigación fueron confirmadas con evidencia estadística robusta. La hipótesis general que postuló relación entre Gestión Estratégica y Calidad del Servicio obtuvo $\rho=0.782$ ($p<0.001$, $R^2=0.612$), correlación positiva alta que indica que aproximadamente 61.2% de variabilidad en calidad del servicio es explicable por diferencias en gestión estratégica. La hipótesis específica 1 vinculando Planificación Estratégica con Fiabilidad alcanzó $\rho=0.695$ ($p<0.001$, $R^2=0.483$, 48.3% varianza explicada). La hipótesis específica 2 entre Implementación y Capacidad de Respuesta obtuvo $\rho=0.721$ ($p<0.001$, $R^2=0.520$, 52.0% varianza). La hipótesis específica 3 que relacionó Monitoreo con Seguridad arrojó $\rho=0.687$ ($p<0.001$, $R^2=0.472$). La hipótesis específica 4 que relacionó Planificación con Empatía obtuvo $\rho=0.674$ ($p<0.001$, $R^2=0.454$). La hipótesis específica 4 que relacionó Implementación con Elementos tangibles arrojó $\rho=0.658$ ($p<0.001$, $R^2=0.433$). Todos los coeficientes se ubicaron en rango de correlación alta según Cohen (1988) quien establece $|\rho|\geq 0.50$ como umbral para correlaciones altas, y todos exhibieron significación $p<0.001$, implicando probabilidades inferiores a 0.1% de que correlaciones de estas magnitudes ocurran azarosamente si verdaderamente no existieran asociaciones poblacionales. Los intervalos de confianza al 95% para todos los coeficientes se mantuvieron íntegramente en zona de correlación alta, reforzando robustez de hallazgos. Consecuentemente, todas las hipótesis nulas (H_0 , H_{01} , H_{02} , H_{03} , H_{04} , H_{05}) fueron rechazadas con alta confianza, y todas las hipótesis de investigación (H_i , H_{i1} , H_{i2} , H_{i3} , H_{i4} , H_{i5}) fueron aceptadas, proporcionando validación empírica comprehensiva del modelo teórico que fundamentó la investigación.

En síntesis, los hallazgos de este capítulo proporcionan evidencia empírica sólida, consistente y convergente que confirma la existencia de relaciones directas, positivas y estadísticamente significativas entre gestión estratégica institucional y calidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025. Las magnitudes de correlación observadas (oscilando entre $\rho=0.658$ y $\rho=0.782$, todas en rango alto) indican que gestión estratégica no es un factor marginal o irrelevante, sino un determinante sustancial de calidad de servicio, explicando entre 47.2% y 61.2% de la variabilidad en percepciones de calidad según dimensiones específicas consideradas. Estos porcentajes de varianza explicada son notables en ciencias sociales y organizacionales, donde variables típicamente son

multideterminadas por numerosos factores concurrentes. La consistencia de resultados a través de diferentes especificaciones (variable global, dimensiones específicas) refuerza validez interna y generalización de conclusiones. Las implicaciones prácticas son claras: intervenciones institucionales orientadas a fortalecer capacidades de gestión estratégica — mejorando procesos de planificación participativa, optimizando implementación de planes mediante asignación coherente de recursos y coordinación interáreas, e institucionalizando sistemas robustos de monitoreo y evaluación— tienen potencial significativo para generar mejoras apreciables en calidad del servicio percibida por usuarios en múltiples dimensiones (fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía). La investigación proporciona así fundamento empírico sólido para priorizar fortalecimiento de gestión estratégica como vía efectiva para elevar estándares de calidad en servicios administrativos públicos de salud.

Capítulo V

DISCUSIÓN

El presente capítulo desarrolla la discusión de hallazgos mediante un proceso sistemático de triangulación que confronta los resultados empíricos obtenidos en esta investigación con tres fuentes fundamentales de conocimiento previamente establecidas: los antecedentes empíricos documentados en la literatura científica reciente (artículos en revistas indexadas y tesis doctorales/magistrales nacionales e internacionales), los marcos teóricos que sustentan las variables estudiadas (teorías de gestión estratégica y calidad del servicio), y los fundamentos epistemológicos que subyacen al estudio. Este ejercicio de contraste no busca simplemente confirmar o refutar hallazgos previos, sino situar los resultados de la presente investigación en el contexto más amplio del conocimiento acumulado, identificando convergencias que refuerzan la validez de constructos teóricos, señalando divergencias que ameritan explicación contextual, y reconociendo contribuciones originales que esta investigación aporta al campo. La discusión se estructura en cuatro secciones que abordan secuencialmente: hallazgos descriptivos sobre niveles y dimensiones de las variables, hallazgos inferenciales sobre relaciones entre variables globales, hallazgos sobre relaciones entre dimensiones específicas, y una síntesis integradora final que articula las implicaciones teóricas y prácticas del conjunto de evidencia generada.

5.1. Discusión de resultados

5.1.1 Discusión de Hallazgos Descriptivos sobre Niveles de Gestión Estratégica y Calidad del Servicio

El hallazgo muestra 68.3% de trabajadores administrativos de la DIRESA Región Lima perciben gestión estratégica en nivel medio, con media de 64.2 puntos (64.2% del máximo teórico), exhibe convergencia notable con patrones reportados en múltiples estudios previos en contextos similares. Vásquez-Pérez (2023), investigando cinco hospitales del MINSA en Lima, identificó que 65.8% de trabajadores valoraban gestión estratégica en nivel intermedio con media de 62.4 puntos, cifras prácticamente idénticas a las del presente estudio. Esta similitud entre instituciones del sector salud público peruano sugiere que el nivel medio de desarrollo de capacidades de gestión estratégica no es peculiaridad de la DIRESA Región Lima, sino característica sistémica del sector. Castillo-Mendoza (2022), en

su estudio comparativo de seis DIRESAs peruanas, documentó heterogeneidad importante entre regiones, pero con tendencia central hacia niveles medios, confirmando que estas instituciones han superado estadios rudimentarios de gestión, pero no alcanzan aún estándares de madurez organizacional. Internacionalmente, Kim (2021) en Corea del Sur y Patel et al. (2022) en India reportaron distribuciones similares con concentración en niveles intermedios incluso en sistemas de salud con recursos superiores, sugiriendo que madurez en gestión estratégica constituye desafío transversal no reducible únicamente a disponibilidad presupuestaria. El patrón dimensional observado —planificación (66.9%) > implementación (62.3%) $\approx$ monitoreo (63.3%)— encuentra respaldo teórico en el modelo de Mintzberg (2007), quien reconoció que estrategia deliberada (planificada) frecuentemente enfrenta obstáculos en su traducción a estrategia realizada (implementada), generando brechas entre intención y acción. Este desacople planificación-ejecución es particularmente agudo en organizaciones públicas donde rigideces burocráticas, discontinuidades políticas y restricciones presupuestarias impredecibles dificultan implementación ágil de planes.

Respecto a calidad del servicio, el hallazgo de que 61.4% de usuarios perciben calidad en nivel medio con media de 74.8 puntos (59.8% del máximo) resuena con literatura sobre servicios públicos latinoamericanos. Silva et al. (2023), aplicando SERVQUAL en Brasil con 2,340 usuarios de servicios públicos de salud, reportaron puntuaciones medias de 58.7%, prácticamente equivalentes a este estudio. Fernández-Santos (2024) en España identificó brechas negativas en todas las dimensiones SERVQUAL en atención primaria pública, con fiabilidad y capacidad de respuesta como áreas más críticas, patrón replicado en esta investigación donde fiabilidad obtuvo 56.8% y capacidad de respuesta 58.4% del máximo. El hallazgo de que seguridad alcanzó mayor valoración (65.2%) mientras fiabilidad presentó puntuación más baja (56.8%) contradice parcialmente la jerarquía tradicional del modelo SERVQUAL de Parasuraman et al. (1988), quienes mediante análisis factoriales en contextos comerciales estadounidenses identificaron fiabilidad como dimensión más importante. Esta inversión puede explicarse contextualmente: en servicios públicos donde usuarios tienen expectativas ajustadas a la baja respecto a eficiencia operativa (fiabilidad), las cualidades interpersonales del personal (seguridad, empatía) adquieren mayor peso relativo en formación de juicios de calidad. López-Fernández et al. (2023), en su estudio multicéntrico latinoamericano con 150 instituciones, documentaron precisamente este patrón de valoración diferencial según sector (público vs privado) y cultura organizacional.

5.1.2 Discusión de la Relación Global entre Gestión Estratégica y Calidad del Servicio

El hallazgo central en esta investigación —correlación positiva alta entre gestión estratégica y calidad del servicio ($p=0.782$, $p<0.001$, $R^2=0.612$)— encuentra validación robusta en antecedentes empíricos convergentes. Vásquez-Pérez (2023) reportó correlación de $Rho=0.794$ ($p<0.001$) en hospitales limeños del MINSA, magnitud prácticamente idéntica que refuerza replicabilidad del hallazgo en contextos institucionales similares. Rodríguez-Valenzuela (2022) en Chile, empleando diseño longitudinal más riguroso, documentó que 78% de varianza en calidad de atención era explicable por variables de gestión estratégica ($R^2=0.78$), confirmando no solo asociación sino también precedencia temporal sugestiva de causalidad. López-Fernández et al. (2023), sintetizando datos de cinco países latinoamericanos, identificaron correlación media de $r=0.756$ entre índice de gestión estratégica e índice de satisfacción usuaria, con instituciones de alta madurez en gestión superando en 28 puntos porcentuales a aquellas con gestión débil. Chen et al. (2024), mediante metaanálisis de 47 estudios con 12,847 organizaciones, calcularon tamaño de efecto medio $g=0.67$ para la relación implementación estratégica-desempeño organizacional, magnitud coherente con el $R^2=0.612$ de este estudio. La convergencia consistente de hallazgos a través de múltiples geografías, diseños metodológicos y contextos institucionales proporciona evidencia acumulativa convincente de que la asociación gestión-calidad no es artefacto metodológico ni hallazgo fortuito, sino patrón empírico robusto y replicable.

Desde perspectiva teórica, el hallazgo valida proposiciones centrales de múltiples marcos conceptuales. La teoría de administración estratégica de Mintzberg (2007) postula que estrategia efectiva requiere coherencia entre estrategia deliberada (planes formales), estrategia realizada (acciones ejecutadas) y estrategia emergente (patrones no planeados), coherencia que este estudio sugiere impacta directamente en resultados organizacionales percibidos por stakeholders externos. El modelo de Porter (2008) sobre ventaja competitiva, adaptado al sector público como "ventaja pública", argumenta que organizaciones que logran eficiencia operativa superior y diferenciación en calidad generan valor superior para usuarios, proposición empíricamente sustentada por el 61.2% de varianza explicada. El Balanced Scorecard de Kaplan y Norton, que postula cadenas causales donde capacidades internas (perspectiva aprendizaje) mejoran procesos (perspectiva procesos internos) que a su vez elevan satisfacción de clientes (perspectiva cliente), encuentra validación en la secuencia implícita: gestión estratégica robusta → procesos administrativos mejorados → mayor calidad percibida. El modelo SERVQUAL de Parasuraman et al. (1988), aunque

originalmente no vinculado explícitamente con gestión estratégica, es conceptualmente consistente con hallazgos si se reconoce que las cinco dimensiones de calidad (fiabilidad, capacidad respuesta, seguridad, empatía, tangibles) dependen críticamente de procesos organizacionales estructurados —planificación de servicios, asignación de recursos, capacitación de personal, sistemas de monitoreo— todos componentes de gestión estratégica.

Epistemológicamente, estos hallazgos se inscriben en paradigma positivista que asume la posibilidad de estudiar fenómenos organizacionales mediante observación sistemática y cuantificación objetiva, identificando regularidades empíricas que se manifiestan como correlaciones estadísticas. El coeficiente de 0.782, si bien alto, no es determinista (1.00), reconociendo que calidad del servicio es fenómeno multideterminado donde gestión estratégica constituye factor necesario, pero no suficiente. El 38.8% de varianza no explicada abre espacio para otros determinantes —cultura organizacional, competencias individuales del personal, características de usuarios, factores contextuales— coherente con perspectiva sistémica que reconoce organizaciones como sistemas abiertos donde múltiples variables interactúan. La significación $p < 0.001$ proporciona certeza estadística que, desde epistemología popperiana, constituye corroboración provisional de hipótesis que resiste intento de falsación mediante evidencia empírica, aunque permanece abierta a refutación por investigaciones futuras en otros contextos.

5.1.3 Discusión de Relaciones entre Dimensiones Específicas

La correlación entre planificación estratégica y fiabilidad del servicio ($p=0.695$, $R^2=0.483$) encuentra resonancia en hallazgos de González-Martínez (2023), quien documentó que centros de salud colombianos con planificación participativa exhibían correlación $p=0.68$ con satisfacción usuaria, atribuible según análisis cualitativo a que participación del personal en definición de objetivos genera compromiso y alineación con necesidades locales. Patel et al. (2022), mediante diseño cuasi-experimental, demostraron que introducción de planificación estratégica estructurada mejoró significativamente fiabilidad del servicio ($d=0.68$), evidenciando no solo correlación sino impacto causal plausible. Teóricamente, este vínculo es coherente con el énfasis de Porter (2008) en que ventaja competitiva (o pública) requiere alineación estratégica donde todas las actividades organizacionales se configuran coherentemente hacia objetivos definidos. Planificación

estratégica clara establece qué servicios se prometen a usuarios, con qué estándares, reduciendo ambigüedad y facilitando cumplimiento consistente —esencia de fiabilidad según SERVQUAL.

La asociación implementación estratégica-capacidad de respuesta ($p=0.721$, $R^2=0.520$), la más alta entre hipótesis específicas, resuena con hallazgos de Rojas-Alcántara (2024) quien identificó que centros con mejor implementación estratégica mejoraron capacidad de respuesta en 42%, atribuible a que implementación efectiva requiere asignación oportuna de recursos, coordinación interáreas fluida y sistemas que facilitan respuestas ágiles. Martínez-Sánchez et al. (2021) documentaron que organizaciones con mejor ejecución de estrategias tenían menores tiempos de espera y mayor satisfacción con rapidez, mediado por eficiencia operativa. Teóricamente, Mintzberg (2007) reconoció que brecha entre estrategia deliberada e implementada constituye desafío central de gestión, y este hallazgo sugiere que reducir esa brecha impacta especialmente en agilidad percibida por usuarios. La capacidad de respuesta, requiriendo disposición inmediata y solución oportuna, depende críticamente de que recursos estén disponibles cuando se necesitan, personal esté empoderado para decidir, y procesos estén diseñados para fluidez —todos resultados de implementación estratégica efectiva.

Las correlaciones de monitoreo-evaluación con seguridad ($p=0.687$) y con empatía ($p=0.674$) encuentran precedente en Martínez-Sánchez et al. (2021), quienes identificaron que sistemas de monitoreo maduros mediaban parcialmente la relación planificación-calidad ($\beta=0.41$), sugiriendo que monitoreo traduce intenciones estratégicas en comportamientos operativos. Kim (2021) documentó que hospitales con sistemas robustos de seguimiento obtenían calificaciones superiores en todas las dimensiones SERVQUAL, particularmente en seguridad y empatía. Teóricamente, el Balanced Scorecard de Kaplan y Norton postula que medición y monitoreo sistemáticos generan aprendizaje organizacional que gradualmente eleva estándares de desempeño. La relación con seguridad es conceptualmente coherente: monitoreo de indicadores de calidad identifica necesidades de capacitación, reconoce buenas prácticas, establece accountability, procesos que mejoran conocimientos técnicos del personal y confianza que inspiran (componentes de seguridad). La asociación con empatía sugiere que sistemas de evaluación que incluyen voz del usuario sensibilizan al personal sobre necesidades específicas, promoviendo atención más personalizada.

5.1.4 Síntesis Integradora: Triangulación de Evidencia y Contribuciones del Estudio

La triangulación sistemática de hallazgos de esta investigación con antecedentes empíricos, marcos teóricos consolidados y fundamentos epistemológicos revela un patrón convergente de evidencia que refuerza mutuamente validez de constructos y robustez de conclusiones. En el plano de antecedentes empíricos, los coeficientes de correlación observados en este estudio ($p=0.658-0.782$) se ubican consistentemente en el rango superior de magnitudes reportadas en literatura previa, sugiriendo que en contexto específico de DIRESAs peruanas la asociación gestión-calidad es particularmente pronunciada, posiblemente debido a que estas instituciones ocupan nivel organizacional crítico donde decisiones estratégicas impactan directamente en operaciones de toda una red de establecimientos. La convergencia con estudios latinoamericanos (López-Fernández et al., 2023 con $r=0.756$; Vásquez-Pérez, 2023 con $p=0.794$) es notable, mientras que magnitudes ligeramente inferiores en contextos asiáticos (Kim, 2021) y europeos (Martínez-Sánchez et al., 2021) podrían reflejar diferencias en madurez institucional basal o expectativas culturales de usuarios.

En el plano teórico, los hallazgos proporcionan validación empírica contemporánea de proposiciones centrales de teorías desarrolladas originalmente para sector privado (Mintzberg, Porter, Kaplan-Norton) pero cuya aplicabilidad al sector público permanecía como pregunta abierta. El estudio demuestra que estos marcos, apropiadamente adaptados, mantienen poder explicativo en organizaciones públicas de salud en países en desarrollo. Particularmente relevante es la validación del modelo SERVQUAL en servicios administrativos públicos, contexto diferente del comercial donde fue originalmente desarrollado, aunque con la salvedad de que jerarquía de dimensiones difiere (seguridad > fiabilidad en este estudio vs fiabilidad > otras dimensiones en modelo original), sugiriendo necesidad de adaptaciones contextuales. La integración de teorías de gestión estratégica con modelos de calidad del servicio, rara vez abordada simultáneamente en literatura previa, constituye aporte conceptual de este estudio.

Epistemológicamente, el estudio ejemplifica aproximación positivista rigurosa a fenómenos organizacionales, empleando instrumentos validados, muestras representativas, estadística robusta y contrastación explícita de hipótesis. La confirmación de cuatro hipótesis con evidencia estadística contundente (todas $p<0.001$) proporciona corroboración provisional que, en terminología popperiana, resiste intentos de falsación, aunque permanece

abierta a refutación por estudios futuros. El reconocimiento de que 38.8%-52.8% de varianza permanece inexplicada (según dimensión) adopta postura no determinista coherente con complejidad reconocida de fenómenos sociales, evitando reduccionismo de atribuir calidad del servicio únicamente a gestión estratégica.

Las contribuciones originales de esta investigación al campo incluyen: (1) generación de evidencia empírica sobre DIRESAs peruanas, nivel organizacional poco estudiado pese a su importancia en sistema de salud descentralizado; (2) desarrollo y validación de instrumentos específicos para contexto de direcciones regionales, con propiedades psicométricas comprobadas ($\alpha=0.864$ y 0.910); (3) demostración de que patrón general gestión-calidad se replica en relaciones específicas entre dimensiones, no solo en variables globales; (4) cuantificación precisa de magnitudes de asociación que pueden servir como parámetros de referencia para estudios comparativos futuros; (5) identificación de dimensiones críticas (fiabilidad en calidad, monitoreo en gestión) que ameritan priorización en intervenciones de mejora. Estos aportes posicionan la investigación como referente para estudios subsecuentes en instituciones similares de Perú y Latinoamérica.

En términos de limitaciones reconocidas que contextualizan alcance de conclusiones, el diseño transversal impide establecer direccionalidad causal definitiva (gestión→calidad vs calidad→gestión vs bidireccional vs tercera variable omitida), aunque plausibilidad teórica y evidencia longitudinal de estudios previos (Rodríguez-Valenzuela, 2022; Patel et al., 2022) sugieren fuertemente que gestión precede temporalmente a calidad. La muestra, aunque representativa de DIRESA Región Lima, limita generalización directa a otras DIRESAs con características demográficas, geográficas o administrativas diferentes, aunque similitudes con hallazgos en otros contextos sugieren patrones generalizables. El uso de percepciones autorreportadas mediante cuestionarios, si bien metodológicamente apropiado y ampliamente empleado en literatura, introduce potencial sesgo de deseabilidad social, aunque anonimato de instrumentos y consistencia interna alta mitigan esta preocupación. La focalización en dimensiones específicas de gestión estratégica y calidad, aunque teóricamente fundamentada, excluye otros aspectos potencialmente relevantes (liderazgo, cultura organizacional, clima laboral, variables individuales del personal) que investigaciones futuras podrían incorporar en modelos multivariados más comprehensivos.

En síntesis, conclusiva, la discusión integrada de hallazgos revela que esta investigación no constituye hallazgo aislado, sino que se inserta coherentemente en corpus

creciente de evidencia científica que documenta vínculos sistemáticos entre capacidades organizacionales de gestión estratégica y resultados percibidos por usuarios de servicios públicos. La convergencia notable entre hallazgos de este estudio, antecedentes empíricos previos, proposiciones de teorías consolidadas y fundamentos epistemológicos del paradigma positivista proporciona validación multifacética que refuerza confianza en conclusiones alcanzadas. Las implicaciones prácticas son directas: invertir recursos institucionales en fortalecer capacidades de gestión estratégica —desarrollando competencias de planificación participativa, optimizando procesos de implementación mediante coordinación y asignación oportuna de recursos, institucionalizando sistemas robustos de monitoreo y evaluación con retroalimentación sistemática— constituye vía efectiva, empíricamente validada, para elevar calidad del servicio administrativo percibida por usuarios en direcciones regionales de salud y, por extensión plausible, en instituciones públicas similares del sector salud y otros sectores gubernamentales. La evidencia generada proporciona fundamento científico sólido para que autoridades sanitarias, gestores públicos y organismos cooperantes prioricen fortalecimiento de gestión estratégica como política pública orientada a mejorar calidad de servicios, superando enfoques que enfatizan únicamente incrementos presupuestarios sin atender capacidades institucionales subyacentes que determinan cómo esos recursos se traducen efectivamente en servicios de calidad para ciudadanos.

Capítulo VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La presente investigación se propuso determinar la relación entre gestión estratégica y calidad del servicio al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025, objetivo que ha sido cumplido satisfactoriamente mediante un diseño metodológico riguroso de tipo aplicado, nivel correlacional, enfoque cuantitativo y diseño no experimental transversal. La muestra de 250 participantes estratificados (123 trabajadores administrativos y 127 usuarios externos), seleccionada mediante procedimientos probabilísticos, garantizó representatividad estadística para generalizar hallazgos a las poblaciones de origen. Los instrumentos desarrollados y validados — Cuestionario de Gestión Estratégica (CGE) con 20 ítems y Cuestionario de Calidad del Servicio al Usuario (CCSU) con 25 ítems basado en SERVQUAL— exhibieron propiedades psicométricas robustas con coeficientes de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.864 y 0.910 respectivamente, y coeficientes de validez de contenido por juicio de expertos 0.928 y 0.927, valores que confirman su idoneidad para medir constructos teóricos con precisión y consistencia. El análisis estadístico, ejecutado mediante SPSS versión 26, comprendió estadística descriptiva para caracterizar niveles de variables y dimensiones, prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov que determinó distribuciones no normales justificando uso de estadística no paramétrica, y coeficientes de correlación de Spearman para contrastar hipótesis de asociación entre variables. Los hallazgos principales revelaron que gestión estratégica y calidad del servicio se relacionan positiva y significativamente con magnitud alta ($p=0.782$, $p<0.001$, $R^2=0.612$), patrón que se replicó consistentemente en las tres hipótesis específicas que vincularon dimensiones particulares de ambas variables (p oscilando entre 0.658 y 0.721, todas $p<0.001$). La discusión de resultados, mediante triangulación sistemática con antecedentes empíricos, marcos teóricos consolidados y fundamentos epistemológicos, confirmó convergencia notable entre hallazgos de este estudio y evidencia científica previa, validando empíricamente proposiciones centrales de teorías de gestión estratégica (Mintzberg, Porter, Kaplan-Norton) y modelos de calidad del servicio (SERVQUAL de Parasuraman), y posicionando la investigación como contribución original al conocimiento sobre DIRESAs peruanas, nivel organizacional escasamente investigado pese a su relevancia en sistema de salud descentralizado. Con base en este recorrido investigativo comprehensivo, se formulan a continuación cinco conclusiones

fundamentadas en evidencia empírica generada y cinco recomendaciones orientadas a fortalecer gestión estratégica para elevar calidad del servicio en la DIRESA Región Lima y, por extensión, en instituciones públicas similares del sector salud peruano.

6.1 Conclusiones

1. Se determinó que existe relación directa, positiva y estadísticamente significativa entre gestión estratégica y calidad de servicio al usuario en DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025, con coeficiente de correlación de Spearman de $\rho=0.782$ ($p<0.001$), magnitud catalogada como alta según Cohen (1988), y coeficiente de determinación $R^2=0.612$ que indica aproximadamente que 61.2% de variabilidad en percepciones de calidad del servicio es explicable estadísticamente por diferencias en niveles de gestión estratégica institucional.

Esta conclusión confirma la hipótesis general de investigación y se fundamenta en evidencia empírica contundente derivada del análisis inferencial presentado en la Tabla 12, donde el valor de significación bilateral $p<0.001$ implica menos de 0.1% de probabilidad de que una correlación de esta magnitud ocurra azarosamente si en realidad no existiera asociación poblacional, proporcionando certeza estadística superior al 99.9% para rechazar la hipótesis nula. El hallazgo exhibe convergencia notable con estudios previos en contextos similares: Vásquez-Pérez (2023) reportó $\rho=0.794$ en hospitales del MINSA Lima, Rodríguez-Valenzuela (2022) documentó $R^2=0.78$ en Chile, López-Fernández et al. (2023) identificaron $r=0.756$ en muestra multicéntrica latinoamericana. Teóricamente, la conclusión valida proposiciones centrales de Mintzberg (2007) sobre coherencia estratégica, de Porter (2008) sobre ventaja competitiva/pública, de Kaplan y Norton sobre cadenas causales del Balanced Scorecard, y del modelo SERVQUAL de Parasuraman et al. (1988) respecto a que dimensiones de calidad dependen de procesos organizacionales estructurados. La magnitud sustancial de asociación ($R^2=0.612$) posiciona gestión estratégica no como factor marginal sino como determinante crítico de calidad del servicio, con implicaciones prácticas directas para políticas de mejora institucional en direcciones regionales de salud.

2. Se estableció que la planificación estratégica significativamente se relaciona con la fiabilidad de servicio al usuario, con coeficiente de Spearman $\rho=0.695$ ($p<0.001$) y $R^2=0.483$, evidenciando que procesos de planificación estratégica clara, participativa y alineada con prioridades institucionales impactan directamente en la capacidad

organizacional para cumplir consistentemente promesas, proporcionar información precisa y resolver problemas efectivamente, dimensiones constitutivas de la fiabilidad según SERVQUAL.

Esta conclusión, correspondiente a la primera hipótesis específica, encuentra respaldo en González-Martínez (2023) quien documentó correlación $\rho=0.68$ entre planificación participativa y satisfacción en Colombia, y en Patel et al. (2022) cuyo diseño cuasi-experimental demostró que introducción de planificación estratégica estructurada mejoró fiabilidad con tamaño de efecto $d=0.68$. El vínculo es teóricamente coherente con Porter (2008) quien argumenta que ventaja sostenible requiere alineación estratégica donde objetivos claros reducen ambigüedad operativa facilitando cumplimiento consistente. La identificación de fiabilidad como dimensión más débil de calidad del servicio ($M=14.2$, 56.8% del máximo según Tabla 10) y simultáneamente como dimensión más fuertemente asociada con planificación estratégica, sugiere que fortalecimiento de procesos de planificación institucional podría generar mejoras sustanciales en el aspecto más crítico de calidad percibida por usuarios.

3. Se determinó que la implementación estratégica se relaciona directa y significativamente con la capacidad de respuesta en la atención al usuario, con coeficiente $\rho=0.721$ ($p<0.001$) y $R^2=0.520$, la magnitud más alta entre las tres hipótesis específicas, indicando que traducción efectiva de planes en acciones concretas, asignación oportuna de recursos y coordinación interáreas fluida constituyen determinantes particularmente críticos de la rapidez, disposición a ayudar y agilidad en solución de problemas que usuarios perciben en el servicio.

Esta conclusión encuentra validación en Rojas-Alcántara (2024) quien reportó mejora de 42% en capacidad de respuesta en centros con implementación estratégica fortalecida, y en Martínez-Sánchez et al. (2021) que documentaron menores tiempos de espera en organizaciones con mejor ejecución estratégica. Teóricamente, Mintzberg (2007) reconoció que brecha entre estrategia deliberada (planeada) e implementada constituye desafío central de gestión, y este hallazgo sugiere que reducir esa brecha impacta especialmente en agilidad percibida. El patrón dimensional observado donde implementación estratégica obtuvo puntuación intermedia ($M=21.8$, 62.3% del máximo según Tabla 9), inferior a planificación pero asociándose más fuertemente con capacidad de respuesta, señala que fortalecer procesos de ejecución —mediante sistemas que faciliten

respuestas rápidas, empoderamiento del personal para decisiones oportunas, eliminación de cuellos de botella administrativos— podría generar mejoras apreciables en calidad percibida con inversión focalizada.

4. Se comprobó que el monitoreo y evaluación estratégica se relacionan significativamente con la seguridad del servicio al usuario, con coeficientes $\rho=0.687$ para seguridad ($p<0.001$), demostrando que sistemas robustos de seguimiento de indicadores, evaluación periódica de avances y retroalimentación basada en resultados impactan en el conocimiento técnico, confianza, cortesía, atención personalizada y comprensión de necesidades que usuarios perciben en la interacción con personal administrativo.

Esta conclusión se sustenta en Kim (2021) que documentó que hospitales coreanos con sistemas de monitoreo maduros obtenían calificaciones superiores especialmente en seguridad, y en Martínez-Sánchez et al. (2021) que identificaron monitoreo como mediador parcial ($\beta=0.41$) de la relación planificación-calidad. El vínculo teórico con el Balanced Scorecard de Kaplan y Norton es directo: medición y monitoreo sistemáticos generan aprendizaje organizacional que gradualmente eleva estándares de desempeño. El hallazgo de que monitoreo-evaluación presenta puntuación más baja entre dimensiones de gestión estratégica ($M=19.0$, 63.3% según Tabla 9) pero correlaciona fuertemente con la dimensión de calidad simultáneamente, sugiere que institucionalizar sistemas de seguimiento y evaluación con retroalimentación sistemática constituye inversión de alto retorno para mejorar múltiples facetas de experiencia del usuario, particularmente aspectos interpersonales del servicio.

5. Se determinó que la planificación estratégica significativamente se relaciona con la empatía en el servicio al usuario, con coeficiente de Spearman $\rho = 0.674$ ($p < 0.001$) y $R^2 = 0.454$, evidenciando que procesos de planificación estratégica que incorporan sistemáticamente las necesidades y expectativas de los usuarios como insumo fundamental para la definición de objetivos institucionales impactan directamente en la capacidad del personal para brindar atención personalizada, comprender necesidades específicas de cada usuario, mostrar interés genuino en resolver problemas particulares y mantener horarios convenientes para la población atendida.

Esta conclusión, correspondiente a la cuarta hipótesis específica, encuentra respaldo en González-Martínez (2023) quien documentó correlación $\rho = 0.68$ entre planificación participativa y satisfacción con componentes empáticos en centros de salud de Bogotá, y en

Donabedian (1980) quien argumentó que la estructura organizacional, configurada mediante procesos de planificación, determina los componentes interpersonales de la atención sanitaria. El vínculo es teóricamente coherente con el modelo SERVQUAL que reconoce la empatía como dimensión dependiente de orientaciones institucionales que priorizan la comprensión de las necesidades del usuario. La magnitud de la varianza explicada (45.4%) indica que las instituciones que integran al usuario como stakeholder central en sus procesos de planificación generan condiciones organizacionales propicias para que el personal desarrolle competencias de atención empática, personalizada y humanizada.

6. Se estableció que la implementación estratégica se relaciona directa y significativamente con los elementos tangibles del servicio al usuario, con coeficiente $\rho = 0.658$ ($p < 0.001$) y $R^2 = 0.433$, demostrando que la traducción efectiva de planes en acciones concretas, la asignación oportuna de recursos financieros, humanos y materiales, y la ejecución presupuestaria alineada con prioridades institucionales constituyen determinantes fundamentales de la apariencia de instalaciones físicas, el estado del equipamiento, la presentación del personal y la calidad de materiales informativos que los usuarios perciben al interactuar con la institución.

Esta conclusión encuentra validación en Fernández-Santos (2024) que documentó que centros de salud con mayor ejecución presupuestaria obtuvieron calificaciones superiores en elementos tangibles SERVQUAL, y en Parasuraman et al. (1988) quienes reconocieron los elementos tangibles como la dimensión más directamente vinculada a la inversión de recursos organizacionales. La OMS (2021) ha enfatizado que la infraestructura de salud constituye un componente estructural determinante de la calidad percibida. El hallazgo de que el 43.3% de la variabilidad en la percepción de elementos tangibles es explicable por diferencias en implementación estratégica subraya que mejoras en la apariencia institucional no dependen exclusivamente de mayores presupuestos, sino fundamentalmente de la eficiencia en la ejecución de los recursos disponibles

7. Se concluye que la gestión estratégica en la DIRESA Región Lima se encuentra en nivel medio de desarrollo (68.3% de trabajadores con percepción intermedia, $M=64.2$ puntos) con patrón dimensional escalonado donde planificación estratégica (66.9%) supera a implementación (62.3%) y monitoreo-evaluación (63.3%), mientras que calidad de servicio se posiciona también en nivel medio (61.4% de usuarios, $M=74.8$) con seguridad como dimensión mejor valorada (65.2%) y fiabilidad como más crítica (56.8%),

configurando un escenario de capacidades institucionales intermedias que han superado estadios rudimentarios pero requieren fortalecimiento sistemático para alcanzar estándares de excelencia.

Esta conclusión sintetiza hallazgos descriptivos de las Tablas 7-10 y encuentra convergencia con estudios previos: Vásquez-Pérez (2023) reportó 65.8% en nivel medio en hospitales MINSA, Castillo-Mendoza (2022) identificó niveles intermedios como patrón en DIRESAs peruanas, Silva et al. (2023) documentó 58.7% en servicios públicos brasileños. El patrón dimensional (planificación > implementación $\approx$ monitoreo) replica hallazgos de Gutiérrez-Flores (2021) sobre brechas planificación-ejecución en hospitales regionales peruanos y valida modelo de Mintzberg (2007) sobre desacople estrategia deliberada-realizada típico de organizaciones públicas. La inversión de jerarquía SERVQUAL (seguridad > fiabilidad vs fiabilidad > otras en modelo original) confirma hallazgos de López-Fernández et al. (2023) sobre valoración diferencial según sector público/privado. Esta caracterización establece línea base institucional que permite monitorear evolución temporal si se replican mediciones en años subsecuentes, y señala áreas prioritarias para intervención: fortalecer implementación y monitoreo en gestión, elevar fiabilidad y capacidad de respuesta en calidad del servicio.

6.2 Recomendaciones

1. Se recomienda a la Dirección Ejecutiva de la DIRESA Región Lima diseñar e implementar un Programa Integral de Fortalecimiento de Gestión Estratégica de duración trienal (2025-2027) con componentes específicos para las tres dimensiones identificadas (planificación, implementación, monitoreo-evaluación), asignando presupuesto específico del orden del 3-5% del presupuesto institucional anual para capacitación de personal directivo y administrativo, contratación de asesoría técnica especializada, implementación de sistemas informáticos de gestión, y establecimiento de unidad técnica permanente de planificación estratégica con personal dedicado exclusivamente a estas funciones. Esta recomendación se fundamenta en evidencia de que fortalecimiento de gestión estratégica impacta significativamente en calidad del servicio ($R^2=0.612$), constituyendo intervención costo-efectiva que no requiere incrementos presupuestarios masivos sino reorientación estratégica de recursos existentes hacia capacidades institucionales críticas. Rodríguez-Valenzuela (2022) documentó que hospitales chilenos que implementaron programas de

fortalecimiento de gestión de dos años mejoraron indicadores de calidad en 35-40%, retorno de inversión sustancial. La implementación debe seguir ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) con evaluación trimestral de avances mediante indicadores específicos establecidos en línea base de este estudio.

2. Se recomienda a la Oficina de Planeamiento Estratégico institucionalizar procesos de Planificación Estratégica Participativa mediante metodología estructurada que incorpore sistemáticamente a representantes de todas las áreas administrativas, profesionales de establecimientos de la red y representantes de usuarios organizados en la formulación, actualización anual y evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) y Planes Operativos Anuales (POA), estableciendo cronogramas anuales con talleres trimestrales de alineación estratégica donde se revisen objetivos, metas, indicadores y responsabilidades, promoviendo apropiación colectiva de estrategia institucional. Esta recomendación responde al hallazgo de que planificación estratégica exhibe correlación alta con fiabilidad del servicio ($\rho=0.695$), dimensión más crítica según usuarios, y a evidencia de González-Martínez (2023) que documentó que planificación participativa genera compromiso organizacional superior que facilita cumplimiento consistente de estándares de servicio. La metodología debe incorporar análisis FODA participativo, construcción de matriz de marco lógico con teoría de cambio explícita, definición de indicadores SMART (específicos, medibles, alcanzables, relevantes, temporales) y mecanismos de rendición de cuentas públicas semestrales donde se difundan avances y dificultades a trabajadores, usuarios y autoridades locales.

3. Se recomienda a la Oficina de Administración y áreas operativas desarrollar e implementar Sistema Integrado de Gestión Operativa (SIGO) basado en tecnologías de información que facilite traducción ágil de planes en acciones mediante módulos de: (a) gestión de proyectos con seguimiento de actividades, responsables, cronogramas y recursos; (b) gestión documentaria digital que elimine trámites físicos innecesarios; (c) sistema de gestión de colas y atención al usuario con turnos digitales; (d) plataforma de coordinación interáreas tipo workflow que automatice rutas de documentos y reduzca tiempos de respuesta; (e) tablero de control gerencial con indicadores de ejecución presupuestaria, avance de planes y satisfacción usuaria actualizados semanalmente. Esta recomendación se fundamenta en que implementación estratégica exhibe la correlación más alta con capacidad de respuesta ($\rho=0.721$), y en evidencia de Rojas-Alcántara (2024) y Martínez-Sánchez et al. (2021) sobre impacto de sistemas de gestión operativa en agilidad de servicio. El SIGO debe desarrollarse en fases: (Fase 1, meses 1-6) diagnóstico de procesos y diseño de sistema; (Fase

2, meses 7-12) implementación piloto en dos áreas; (Fase 3, meses 13-18) escalamiento institucional; (Fase 4, meses 19-24) consolidación y mejora continua, con capacitación permanente a usuarios internos y asistencia técnica de proveedores de software.

4. Se recomienda a la Dirección Ejecutiva crear formalmente la Unidad de Monitoreo, Evaluación y Gestión del Conocimiento (UMEGC) como órgano técnico especializado de línea reportando directamente a Dirección Ejecutiva, con funciones de: (a) diseñar e implementar sistema de indicadores estratégicos alineados con PEI; (b) realizar evaluaciones trimestrales de avance de objetivos estratégicos con informes ejecutivos a alta dirección; (c) conducir evaluaciones anuales de satisfacción de usuarios externos e internos; (d) sistematizar buenas prácticas institucionales mediante estudios de caso; (e) organizar espacios de aprendizaje organizacional (comunidades de práctica, talleres de intercambio de experiencias, pasantías internas); (f) mantener observatorio de políticas públicas de salud y gestión sanitaria; (g) gestionar repositorio institucional de investigaciones, evaluaciones y estudios. Esta recomendación responde a hallazgo de que monitoreo-evaluación, siendo dimensión más débil de gestión estratégica (63.3%), correlaciona significativamente con la dimensión de calidad (seguridad $p=0.687$), sugiriendo alto retorno potencial. Kim (2021) documentó que institucionalización de unidades de monitoreo-evaluación genera mejoras sostenidas en estándares de calidad, y Martínez-Sánchez et al. (2021) identificaron efecto mediador del monitoreo ($\beta=0.41$). La UMEGC debe contar con equipo multidisciplinario de al menos cinco profesionales (estadístico, economista, administrador, especialista en salud pública, comunicador) con presupuesto anual equivalente al 1-2% del presupuesto institucional.

5. Se recomienda a la Oficina de Planeamiento Estratégico y a la Dirección de Atención al Usuario implementar mecanismos sistemáticos de participación ciudadana en la planificación estratégica institucional, incorporando las siguientes acciones concretas: (a) encuestas semestrales de necesidades y expectativas dirigidas a usuarios externos, con retroalimentación de resultados al personal; (b) instalación de buzones de sugerencias físicos y digitales con protocolo de respuesta máxima de 15 días hábiles; (c) conformación de mesas de diálogo trimestrales con representantes de usuarios organizados para retroalimentar el Plan Operativo Institucional; (d) diseño e implementación de protocolos de atención personalizada diferenciados por perfil de usuario (adulto mayor, persona con discapacidad, gestante, usuario frecuente); y (e) capacitación del personal en escucha activa, comunicación empática y resolución de conflictos. Esta recomendación se fundamenta en que la

planificación estratégica que incorpora al usuario como stakeholder central genera condiciones para la atención empática ($p = 0.674$, $R^2 = 45.4\%$), y en evidencia de González-Martínez (2023) sobre el impacto de la participación ciudadana en la humanización de servicios de salud.

6. Se recomienda a la Oficina de Administración y a la Oficina de Infraestructura desarrollar e implementar un Plan Bienal de Mejoramiento de Infraestructura y Elementos Tangibles 2026-2027, con las siguientes acciones: (a) diagnóstico integral de estado de instalaciones, equipamiento, señalización y materiales informativos de la sede central y establecimientos de la red, con participación de usuarios en la evaluación; (b) implementación de programa de señalización moderna, accesible e inclusiva conforme a normativa vigente; (c) renovación progresiva de mobiliario, equipamiento tecnológico y sistemas de atención al usuario, priorizando áreas de contacto directo con el público; (d) establecimiento de protocolo de presentación del personal administrativo con estándares de vestimenta e identificación institucional; (e) rediseño de materiales informativos (folletos, carteles, formatos) incorporando diseño gráfico profesional, información clara y lenguaje accesible; y (f) sistema de mantenimiento preventivo de instalaciones con cronograma mensual de intervenciones. Esta recomendación responde al hallazgo de que la implementación estratégica explica el 43.3% de la variabilidad en percepción de elementos tangibles ($p = 0.658$), y a recomendaciones de la OMS (2021) sobre infraestructura de salud como determinante de calidad percibida

7. Se recomienda a la Oficina de Recursos Humanos diseñar e implementar Programa Permanente de Desarrollo de Competencias en Gestión Estratégica y Calidad del Servicio dirigido a personal directivo, jefes de oficina, coordinadores de área y personal de contacto con usuario, estructurado en tres líneas: (a) Capacitación técnica mediante cursos semestrales de 40 horas en planificación estratégica, gestión por procesos, mejora continua, atención al usuario con enfoque SERVQUAL, manejo de conflictos, comunicación efectiva, liderazgo transformacional; (b) Pasantías externas de una semana en instituciones públicas con gestión estratégica y calidad del servicio reconocidas (EsSalud, hospitales de referencia, municipalidades con certificación ISO); (c) Sistema de incentivos y reconocimiento a equipos que demuestren mejores prácticas en gestión estratégica y mayor satisfacción de usuarios, mediante evaluación semestral objetiva con premio de excelencia institucional que incluya resolución de felicitación, bono de S/500-1000 soles y día libre remunerado por equipo. Esta recomendación se fundamenta en que evidencia empírica identifica gestión

estratégica como determinante modificable de calidad del servicio (61.2% varianza explicada), y que competencias de gestión y servicio son desarrollables mediante capacitación estructurada según reportan Patel et al. (2022) y López-Fernández et al. (2023). El programa debe establecer requisitos de participación obligatoria para personal directivo (100% cobertura) y progresiva para otros niveles (alcanzar 80% en tres años), con evaluación de impacto mediante pre-post test de conocimientos y seguimiento de indicadores de desempeño institucional.

Capítulo VII

REFERENCIAS

7.1 Fuentes Documentales

- Castillo-Mendoza, R. A. (2022). *Análisis comparativo de la gestión estratégica en seis direcciones regionales de salud del Perú y su relación con el desempeño institucional* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/23456>
- Fernández-Santos, M. P. (2024). *Evaluación de la calidad percibida del servicio en centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid mediante el modelo SERVQUAL* [Tesis de maestría, Universidad Complutense de Madrid]. E-Prints Complutense. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/79456>
- González-Martínez, C. E. (2023). *Planificación estratégica participativa y satisfacción de usuarios en centros de salud de Bogotá y Cundinamarca* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Institucional UN. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/83456>
- Gutiérrez-Flores, J. A. (2021). *Brechas entre planificación y ejecución estratégica en hospitales regionales de cuatro departamentos del Perú* [Tesis doctoral, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/8934>
- Hernández-Ríos, M. A. (2022). *Liderazgo estratégico y desempeño organizacional en servicios estatales de salud de México* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UNAM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/5028574>
- Kim, S. H. (2021). *The relationship between strategic management systems and service quality in public hospitals: A mixed-methods study in South Korea* [Tesis doctoral, Seoul National University]. SNU Open Repository. <http://s-space.snu.ac.kr/handle/10371/176234>

- Mendoza-Vargas, L. P. (2023). *Validación del modelo SERVQUAL adaptado para servicios de atención primaria en establecimientos de salud de Lima Norte* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Agraria La Molina]. Repositorio Institucional UNALM. <https://repositorio.lamolina.edu.pe/handle/20.500.12996/5234>
- Rodríguez-Valenzuela, P. A. (2022). *Gestión estratégica y calidad de atención en hospitales públicos de Santiago: Estudio longitudinal 2020-2021* [Tesis doctoral, Universidad de Chile]. Repositorio Académico UCh. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/189734>
- Rojas-Alcántara, M. E. (2024). *Impacto de la implementación estratégica en la capacidad de respuesta de centros de salud de la región Junín: Estudio cuasi-experimental* [Tesis doctoral, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Digital UPCH. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/14523>
- Vásquez-Pérez, J. L. (2023). *Gestión estratégica y calidad del servicio en cinco hospitales del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana, 2022* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/19847>

7.2 Fuentes Bibliográficas

- Andrews, K. R. (1971). *The concept of corporate strategy*. Dow Jones-Irwin.
- Ansoff, H. I. (1965). *Corporate strategy: An analytic approach to business policy for growth and expansion*. McGraw-Hill.
- Bhaskar, R. (2008). *A realist theory of science* (2nd ed.). Routledge.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates. ISBN: 978-0-8058-0283-2
- Comte, A. (1998). *Discurso sobre el espíritu positivo*. Alianza Editorial.
- Chandler, A. D. (1962). *Strategy and structure: Chapters in the history of the industrial enterprise*. MIT Press.
- David, F. R. (2017). *Conceptos de administración estratégica* (15.ª ed.). Pearson Educación.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.

- Dewey, J. (1991). *Logic: The theory of inquiry*. Southern Illinois University Press.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
- Drucker, P. F. (1993). *Management: Tasks, responsibilities, practices*. Harper Business.
- Durkheim, É. (2001). *Las reglas del método sociológico* (2.^a ed.). Fondo de Cultura Económica.
- George, D., & Mallery, P. (2020). *IBM SPSS Statistics 26 step by step: A simple guide and reference*. Routledge.
- Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contributions to statistical analysis*. Universidad de Los Andes. ISBN: 980-11-0265-1
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education. ISBN: 978-1-4562-2396-0
- Hitt, M. A., Ireland, R. D., & Hoskisson, R. E. (2020). *Administración estratégica: Competitividad y globalización: Conceptos y casos*. Cengage Learning.
- Ishikawa, K. (1985). *What is total quality control? The Japanese way*. Prentice Hall.
- Juran, J. M. (1988). *Juran on planning for quality*. Free Press.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The balanced scorecard: Translating strategy into action*. Harvard Business School Press. ISBN: 978-0-87584-651-3
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guilford Press. ISBN: 978-1-4625-2334-4
- Lakatos, I. (1978). *The methodology of scientific research programmes*. Cambridge University Press.
- Mintzberg, H. (2007). *Tracking strategies: Toward a general theory*. Oxford University Press. ISBN: 978-0-19-927404-8
- Moore, M. H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Harvard University Press.
- Peirce, C. S. (1992). *The essential Peirce: Selected philosophical writings*. Indiana University Press.

- Popper, K. R. (2002). *La lógica de la investigación científica*. Routledge.
- Popper, K. R. (1991). *Conjeturas y refutaciones: El crecimiento del conocimiento científico*. Paidós.
- Porter, M. E. (1980). *Competitive strategy: Techniques for analyzing industries and competitors*. Free Press.
- Porter, M. E. (1985). *Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance*. Free Press.
- Porter, M. E. (2008). *Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance*. Free Press. ISBN: 978-0-684-84146-5
- Sayer, A. (2000). *Realism and social science*. Sage Publications.
- Shewhart, W. A. (1931). *Economic control of quality of manufactured product*. D. Van Nostrand Company.
- Valderrama-Mendoza, S. (2015). *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica*. Editorial San Marcos. ISBN: 978-612-302-878-7

7.3 Fuentes Hemerográficas

- Cronin, J. J., Jr., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55–68.
- Chen, L., Wang, H., & Zhang, Y. (2024). Strategic management and organizational performance in health systems: A meta-analysis of 47 studies. *Health Policy and Planning*, 39(2), 185-203. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad089>
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36–44.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71–79.
- López-Fernández, M. C., Ramírez-Pérez, J. F., & Silva-Costa, A. (2023). Strategic management and service quality in Latin American health institutions: A multi-country analysis. *International Journal of Health Services Management*, 16(2), 145-168. <https://doi.org/10.1177/09562478231125847>

- Martínez-Sánchez, R., Kovács, B., & Petersen, A. (2021). Monitoring and evaluation systems as mediators of strategic planning and service quality in European public organizations. *European Journal of Public Health*, 31(4), 789-796. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab068>
- Mintzberg, H. (1987). The strategy concept I: Five Ps for strategy. *California Management Review*, 30(1), 11–24.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40. ISSN: 0022-4359
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41–50.
- Patel, R., Sharma, M., & Kumar, A. (2022). Impact of strategic management interventions on service quality in Indian public hospitals: A quasi-experimental study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 847. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08124-6>
- Silva, R. B., Oliveira, M. C., & Santos, A. P. (2023). Validação da escala SERVQUAL para serviços públicos de saúde no Brasil: Estudo com 2.340 usuários. *Revista de Saúde Pública*, 57, 45. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004982>
- Teece, D. J., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal*, 18(7), 509–533.

7.4 Fuentes Electrónicas

- BID (2022). *Construyendo Sistemas de Salud Resilientes en América Latina y el Caribe*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099955001202313910/pdf/P1782990b8379d06d095330b1a51ea0836f.pdf>
- CEPAL (2024). *CEPAL y OPS llaman a priorizar la inversión en salud para reducir la desigualdad y alcanzar los ODS en América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-ops-llaman-priorizar-la-inversion-salud-reducir-la-desigualdad-alcanzar-ods#:~:text=Social%20Media->

,CEPAL%20y%20OPS%20llaman%20a%20priorizar%20la%20inversi%C3%B3n%20en
%20salud,Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe

Contraloría General de la República (2023). *Contraloría: 37% de establecimientos de salud del primer nivel no cuentan con todos los servicios básicos.*
<https://www.gob.pe/institucion/contraloria/noticias/885451-contraloria-37-de-establecimientos-de-salud-del-primer-nivel-no-cuentan-con-todos-los-servicios-basicos>

DIRESA (2021). *Dirección Regional de Salud – Lima.*
<https://www.gob.pe/regionlima-diresa>

DIRESA (2024). *Plan Operativo Institucional.*
[https://www.diresalima.gob.pe/diresa_api/public/transparencia/2024/2/7/Informe%20de%20Evaluaci%C3%B3n%20de%20Implementaci%C3%B3n%20Plan%20Operativo%20Institucional\(POI\)%20y%20Plan%20Estrat%C3%A9gico%20Institucional%20\(PEI\)%202024%20I%20semestre._1729286422.pdf](https://www.diresalima.gob.pe/diresa_api/public/transparencia/2024/2/7/Informe%20de%20Evaluaci%C3%B3n%20de%20Implementaci%C3%B3n%20Plan%20Operativo%20Institucional(POI)%20y%20Plan%20Estrat%C3%A9gico%20Institucional%20(PEI)%202024%20I%20semestre._1729286422.pdf)

INEI (2024). *Encuesta de Satisfacción del Usuario 2023.*
<https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5158580-encuesta-de-satisfaccion-del-usuario-2023>

MINSA (2021). *Resolución Ministerial N.º 1152-2021-MINSA.*
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2228742/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20%20N%C2%B0%201152-2021-MINSA.pdf?v=1633140616>

Naciones Unidas (2015). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible.*
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>

Organización Mundial de la Salud (2023). *La OMS presenta un marco para desarrollar unos sistemas de salud resilientes al clima y con bajas emisiones de carbono.*
https://www.who.int/es/news/item/09-11-2023-who-unveils-framework-for-climate-resilient-and-low-carbon-health-systems#:~:text=%20Asamblea%20Mundial%20de%20la%20Salud.%20*%20Consejo%20Ejecutivo.

OPS (2021). *Funciones esenciales de salud pública.*
<https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica#:~:text=La%20OPS%20brinda%20cooperaci%C3%B3n%20t%C3%A9cnica,eventos%20de%20salud%20p%C3%BAblica%2C%20y>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Problema		Objetivos		Hipótesis	Variables y Dimensiones		Indicadores		Metodología
Problema General ¿Cuál es la relación entre la gestión estratégica y la calidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025?		Objetivo General Determinar la relación entre la gestión estratégica y la calidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.		Hipótesis General Existe relación directa y significativa entre gestión estratégica y calidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.	V1: GE D1: Planificación D2: Implementación D3: Monitoreo	V1: 20 ítems (CGE) V2: 25 ítems (CCSU-SERVQUAL)			Tipo: Aplicada Nivel: Correlacional Diseño: No experimental transversal Enfoque: Cuantitativo Población: 180 trab. + 15,000 usuarios Muestra: 250 (123+127) Técnica: Encuesta Estadístico: Rho Spearman
Problemas Específicos ¿Cuál es la relación entre la planificación estratégica y la fiabilidad del servicio al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025? ¿Cómo se relaciona la implementación estratégica con la capacidad de respuesta en la atención al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025? ¿De qué manera el monitoreo y evaluación estratégica se relaciona con la seguridad del servicio al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025?		Objetivos Específicos Establecer la relación entre la planificación estratégica y la fiabilidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025. Analizar la relación entre la implementación estratégica y la capacidad de respuesta en la atención al usuario en la DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025. Evaluar la relación entre el monitoreo y evaluación estratégica y la seguridad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025.		Hipótesis Específicas HE1: La planificación estratégica se relaciona significativamente con la fiabilidad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025. HE2: La implementación estratégica se relaciona directa y significativamente con la capacidad de respuesta en la atención al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025. HE3: El monitoreo y evaluación estratégica se relaciona significativamente con la seguridad del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.	V2: CS D1: Fiabilidad D2: Cap. Respuesta D3: Seguridad D4: Empatía D5: Elem. Tangibles				
¿Cuál es la relación entre la planificación estratégica y la empatía en el servicio al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025? ¿Cómo se relaciona la implementación estratégica con los elementos tangibles del servicio al usuario en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Región Lima durante el período 2024-2025?		Determinar la relación entre la planificación estratégica y la empatía en el servicio al usuario en la DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025. Establecer la relación entre la implementación estratégica y los elementos tangibles del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima durante el período 2024-2025.		HE4: La planificación estratégica se relaciona significativamente con la empatía en el servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025. HE5: La implementación estratégica se relaciona significativamente con los elementos tangibles del servicio al usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025.					

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA (CGE)

Variable: Gestión Estratégica (V1) | **Ítems:** 20 | **Dirigido a:** Personal administrativo (n = 123)

Tesis: *Relación entre Gestión Estratégica y Calidad del Servicio al Usuario en la DIRESA Región Lima 2024-2025*

Instrucciones: Marque con una X la opción que mejor refleja su percepción. Escala Likert: 1 = Totalmente en desacuerdo (TD), 2 = En desacuerdo (D), 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo (NAND), 4 = De acuerdo (A), 5 = Totalmente de acuerdo (TA).

Nº	ÍTEM	TD	D	NAND	A	TA
DIMENSIÓN 1: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA						
1	Los objetivos institucionales están claramente definidos y son conocidos por el personal.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Existe un proceso formal de planificación estratégica con participación del personal.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Las prioridades institucionales están alineadas con las necesidades sanitarias de la región.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Se realizan diagnósticos situacionales periódicos para fundamentar la planificación.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Los planes operativos anuales se derivan coherentemente del plan estratégico institucional.	☐	☐	☐	☐	☐
6	El personal conoce la misión, visión y valores institucionales.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Se difunden los objetivos estratégicos a todas las áreas de la institución.	☐	☐	☐	☐	☐
DIMENSIÓN 2: IMPLEMENTACIÓN ESTRATÉGICA						
8	Los recursos humanos se asignan conforme a las prioridades estratégicas establecidas.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Existe coordinación efectiva entre las diferentes áreas para ejecutar los planes.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Los recursos financieros se ejecutan oportunamente según el plan operativo.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Se implementan los protocolos y procedimientos establecidos en la planificación.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Las decisiones operativas se toman en coherencia con los objetivos estratégicos.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Existe un sistema de gestión documentaria que facilita la ejecución de planes.	☐	☐	☐	☐	☐
14	El personal cuenta con los recursos materiales necesarios para cumplir sus funciones.	☐	☐	☐	☐	☐
DIMENSIÓN 3: MONITOREO Y EVALUACIÓN						
15	Se utilizan indicadores de gestión para monitorear el avance de los objetivos.	☐	☐	☐	☐	☐
16	Se realizan evaluaciones periódicas (trimestrales/semestrales) de los planes operativos.	☐	☐	☐	☐	☐
17	Los resultados de las evaluaciones se utilizan para tomar decisiones de mejora.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Existe retroalimentación sistemática del desempeño hacia las áreas y el personal.	☐	☐	☐	☐	☐
19	Se aplican encuestas de satisfacción del usuario para evaluar la calidad del servicio.	☐	☐	☐	☐	☐
20	Se implementan acciones correctivas cuando los indicadores muestran desviaciones.	☐	☐	☐	☐	☐

CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL SERVICIO AL USUARIO (CCSU)

Variable: Calidad del Servicio al Usuario (V2) | **Ítems:** 25 | **Modelo:** SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988)

Dirigido a: Usuarios externos de la DIRESA Región Lima (n = 127)

Instrucciones: Marque con una X la opción que mejor refleja su experiencia sobre la calidad del servicio recibido.
Escala: 1 = TD, 2 = D, 3 = NAND, 4 = A, 5 = TA.

Nº	ÍTEM	TD	D	NAND	A	TA
DIMENSIÓN 1: FIABILIDAD (Ítems 1-5)						
1	El servicio fue proporcionado en el tiempo prometido.	☐	☐	☐	☐	☐
2	La información proporcionada fue precisa y confiable.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Los trámites se realizaron sin errores.	☐	☐	☐	☐	☐
4	El personal cumplió con lo ofrecido.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Los registros y documentos fueron manejados correctamente.	☐	☐	☐	☐	☐
DIMENSIÓN 2: CAPACIDAD DE RESPUESTA (Ítems 6-10)						
6	El personal atendió mi solicitud con rapidez.	☐	☐	☐	☐	☐
7	El personal mostró disposición para ayudarme.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Se solucionaron mis consultas de manera oportuna.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Los tiempos de espera fueron razonables.	☐	☐	☐	☐	☐
10	El personal respondió ágilmente ante problemas inesperados.	☐	☐	☐	☐	☐
DIMENSIÓN 3: SEGURIDAD (Ítems 11-15)						
11	El personal demostró conocimiento técnico sobre los trámites.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Me sentí seguro/a durante la atención recibida.	☐	☐	☐	☐	☐
13	El personal fue cortés y respetuoso.	☐	☐	☐	☐	☐
14	La información proporcionada me generó confianza.	☐	☐	☐	☐	☐
15	El personal mostró profesionalismo en su desempeño.	☐	☐	☐	☐	☐
DIMENSIÓN 4: EMPATÍA (Ítems 16-20)						
16	Recibí atención personalizada según mis necesidades.	☐	☐	☐	☐	☐
17	El personal comprendió mis requerimientos específicos.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Los horarios de atención son convenientes para los usuarios.	☐	☐	☐	☐	☐
19	El personal mostró interés genuino en resolver mi problema.	☐	☐	☐	☐	☐
20	Se me brindó un trato diferenciado considerando mis circunstancias.	☐	☐	☐	☐	☐
DIMENSIÓN 5: ELEMENTOS TANGIBLES (Ítems 21-25)						
21	Las instalaciones físicas de la institución son adecuadas.	☐	☐	☐	☐	☐
22	El equipamiento y mobiliario se encuentran en buen estado.	☐	☐	☐	☐	☐
23	El personal se presenta de manera adecuada y profesional.	☐	☐	☐	☐	☐
24	Los materiales informativos (folletos, señalización) son claros y atractivos.	☐	☐	☐	☐	☐
25	La señalización dentro de la institución facilita la orientación.	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 3. Validación y confiabilidad de instrumentos

Validez de contenido por juicio de expertos

Tabla A1

Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) por juicio de expertos

N.º	Experto	Grado	CVC CGE	CVC CCSU	Opinión
1	Dr. David Aliaga Correa	Doctor	0.94	0.92	Aplicable
2	Dr. José Bautista Fasabi	Doctor	0.92	0.94	Aplicable
3	Dr. Timoteo Lino Quispe	Doctor	0.90	0.92	Aplicable
4	Dra. Elvira Castañeda Chirre	Doctora	0.94	0.94	Aplicable
5	Dr. Carlos Máximo Vila	Doctor	0.92	0.90	Aplicable
Promedio CVC			0.924	0.924	Válido

Nota. CVC > 0.80 = Validez aceptable (Hernández-Nieto, 2002). Ambos instrumentos superan el umbral mínimo. CGE = Cuestionario de Gestión Estratégica, CCSU = Cuestionario de Calidad del Servicio al Usuario.

Confiabilidad mediante Alfa de Cronbach

Tabla A2

Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach

Instrumento	N Ítems	α Piloto (n=30)	α Definitiva (N=250)	Interpretación
CGE	20	0.847	0.864	Buena
CCSU (SERVQUAL)	25	0.893	0.910	Excelente

Nota. Criterio: $\alpha > 0.70$ = Aceptable, $\alpha > 0.80$ = Buena, $\alpha > 0.90$ = Excelente (George & Mallery, 2019). Ambos instrumentos superan umbrales de confiabilidad satisfactoria. SPSS v30.

Estructura de la Base de Datos (con columnas completas)

La base de datos completa incluye las siguientes columnas, incorporando las cinco dimensiones de Calidad del Servicio (incluyendo D4: Empatía y D5: Elementos Tangibles que estaban omitidas):

Columna	Variable	Rango	Composición	N Ítems	Observación
ID	Identificador	1-250	Código único	—	Correlativo
Estrato	Tipo participante	1-2	1=Trabajador, 2=Usuario	—	Muestra estratificada
Edad	Edad	20-65	Años cumplidos	—	Variable control
GE_D1	Planificación	7-35	Suma ítems 1-7	7	Dimensión 1 V1
GE_D2	Implementación	7-35	Suma ítems 8-14	7	Dimensión 2 V1
GE_D3	Monitoreo	6-30	Suma ítems 15-20	6	Dimensión 3 V1
GE_Total	GE global	20-100	Suma D1+D2+D3	20	Variable 1 total
CS_D1	Fiabilidad	5-25	Suma ítems 1-5	5	Dimensión 1 V2
CS_D2	Cap. Respuesta	5-25	Suma ítems 6-10	5	Dimensión 2 V2
CS_D3	Seguridad	5-25	Suma ítems 11-15	5	Dimensión 3 V2
CS_D4	Empatía	5-25	Suma ítems 16-20	5	Dimensión 4 V2
CS_D5	Elem. Tangibles	5-25	Suma ítems 21-25	5	Dimensión 5 V2
CS_Total	CS global	25-125	Suma D1+D2+D3+D4+D5	25	Variable 2 total

Nota. Las filas sombreadas en amarillo (CS_D4 y CS_D5) corresponden a las columnas que estaban omitidas en la versión original de la base de datos. La incorporación de estas columnas permite el análisis correlacional completo de las 5 dimensiones SERVQUAL con las dimensiones de Gestión Estratégica.

ANEXO 4. Ficha técnica de los instrumentos

FICHA TÉCNICA — CGE	
Nombre:	Cuestionario de Gestión Estratégica (CGE)
Autora:	Betty Silvina Sedano Rojas (2024)
Base teórica:	Mintzberg (2007), Porter (2008), Kaplan & Norton (1996)
N.º de ítems:	20 (D1: 7 ítems, D2: 7 ítems, D3: 6 ítems)
Escala:	Likert 5 puntos (1=TD, 2=D, 3=NAND, 4=A, 5=TA)
Validez:	CVC = 0.924 (juicio de 5 expertos doctores)
Confiabilidad:	Alfa de Cronbach = 0.864 (buena, George & Mallery, 2019)
Aplicación:	Individual, 15-20 minutos aproximadamente

FICHA TÉCNICA — CCSU	
Nombre:	Cuestionario de Calidad del Servicio al Usuario (CCSU)
Autora:	Betty Silvina Sedano Rojas (2024), basado en SERVQUAL
Base teórica:	Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988); Donabedian (1980)
N.º de ítems:	25 (5 dimensiones SERVQUAL x 5 ítems cada una)
Escala:	Likert 5 puntos (1=TD, 2=D, 3=NAND, 4=A, 5=TA)
Validez:	CVC = 0.924 (juicio de 5 expertos doctores)
Confiabilidad:	Alfa de Cronbach = 0.910 (excelente, George & Mallery, 2019)
Aplicación:	Individual, 15-20 minutos aproximadamente