



“UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES”

Facultad De Ciencias Jurídicas, Contables Y Sociales

Escuela Profesional De Contabilidad

“TESIS”

“INCIDENCIA DE LA DESCENTRALIZACIÓN ECONÓMICA FINANCIERA PARA LA OPERATIVIDAD FUNCIONAL EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS, CANCHIS ESPINAR”

Para optar al Título Profesional de

“Contador Público”

AUTORES:

- **Bach. CHOQUE CASTILLO, Hermila**
- **Bach. HUALLPATAIPE CARPIO, Rocio**

ABANCAY – APURÍMAC – PERÚ

2017

TESIS

“Incidencia de la descentralización económica financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios de las entidades que conforman la red de servicios de salud Canas, Canchis Espinar”

ASESOR:

Docente CPCC. MARYLUZ ELGUERA HILARES

Dedicatoria

Dedico esta tesis a Dios porque gracias a sus bendiciones continuo mis metas trazadas, a mí madre Sofía Carpio el amor de mi vida porque siempre estuvo a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona, a mis hermanos y sobrinas(os) que son la bendición de mi vida y a mis amigos que son mi tesoro más valioso.

Huallpataipe Carpio, Rocio

Dedico esta Tesis, en primer lugar, a Dios, por ser mi fortaleza, a mi hijo Rodrigo quien es la fuente de inspiración de seguir adelante, a mi madre por su apoyo incondicional y a mi padre que en todo momento siempre me impulso a salir adelante, a mis hermanos que siempre me apoyaron y nunca me dejaron caer, a mi familia dedico mis triunfos.

Choque Castillo, Hermila

Agradecimiento

Agradecer a Dios por habernos dado voluntad y oportunidad de desarrollar estudios de Pre-Grado en la carrera profesional de Contabilidad.

Con mucha gratitud, con amor y cariño a nuestros padres por brindarnos su apoyo incondicional. Fueron las personas quienes supieron guiar, levantar y sostenernos.

A nuestra asesora principal, CPCC Maryluz Elguera Hilaes quien puso todo su empeño y entrega profesional, sus capacidades y conocimientos para el correcto desarrollo de la Tesis.

A nuestros docentes y compañeros, quienes, sin esperar a cambio, compartieron sus conocimientos, alegrías, tristezas.

A todas aquellas personas que, durante los años de estudio de Pre Grado, fueron apoyándonos y hasta alcanzar este sueño hecho realidad.

Choque Castillo, Hermila

Huallpataipe Carpio, Rocio

Autoría del trabajo de investigación

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación con el tema: “**INCIDENCIA DE LA DESCENTRALIZACIÓN ECONOMICA FINANCIERA PARA LA OPERATIVIDAD FUNCIONAL EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS, CANCHIS ESPINAR**”, le corresponde exclusivamente a las Bach. **CHOQUE CASTILLO, Hermila** y Bach. **HUALLPATAIPE CARPIO, Rocio**, así como al Asesor, **CPCC MARYLUZ ELGUERA HILARES**, Quien es Docente de la Escuela de Profesional de Contabilidad de la Universidad Tecnológica de los Andes.

Bach. CHOQUE CASTILLO, Hermila

DNI: 43015946

Bach. HUALLPATAIPE CARPIO, Rocio

DNI: 70218378

Derechos de autor

Autorizamos a la Universidad Tecnología de los Andes, para que el Informe de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación, según las normas de la Institución.

Cedemos los derechos del presente trabajo de investigación, con fines de difusión pública, además aprobamos la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

Bach. CHOQUE CASTILLO, Hermila

DNI: 43015946

Bach. HUALLPATAIPE CARPIO, Rocio

DNI: 70218378

Presentación

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS,
CONTABLES Y SOCIALES.

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE CONTABILIDAD
DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES.

DISTINGUIDOS MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:

En cumplimiento a los dispositivos legales del Reglamento de Grados de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Contables y Sociales de la Escuela de Profesional de Contabilidad, referente a la obtención del Grado Académico de “Contador Público”, ponemos a vuestra consideración el presente Informe de investigación **“Incidencia de la descentralización económica financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios de las entidades que conforman la red de servicios de salud de Canas, Canchis Espinar ”**, con la salvedad dicha en esta ocasión que, el título correcto alude solamente al Hospital de Espinar; puesto que, luego de aprobado el Proyecto con el título anterior, surgió la descentralización solamente del Hospital de Espinar; por consiguiente su autonomía administrativa y económico-financiera, debiendo tomar la decisión de desarrollar el trabajo de campo solamente en el indicado centro hospitalario, debido también a la novedad e interés de conocer los efectos de su nueva condición administrativa y económico-financiera.

El trabajo de investigación fue realizado conforme a los parámetros orientados por la Escuela Profesional de Contabilidad UTEA y en estricto cumplimiento de las normas de investigación científica establecidas.

El presente Informe constituye un aporte sobre la problemática de salud poco considerada sobre cómo repercuten las estrategias de descentralización económica y financiera asignadas para la operatividad funcional en la provisión del servicio de salud en el hospital de Espinar, que repercute en la calidad del servicio de una u otra forma.

- *Bach. CHOQUE CASTILLO, Hermila*

- *Bach. HUALLPATAIPE CARPIO, Rocio*

Introducción

La investigación titulada “Incidencia de la descentralización económica financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios de las entidades que conforman la red de salud de Canas, Canchis Espinar - 2016”, destaca la importancia de la descentralización económica financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios del Hospital de Espinar. Por razones de gestión de denominación, inicialmente se consideró el contexto de la Red aludida, pero en ese lapso sucede la autonomía administrativa del Hospital de Espinar, donde se hizo el trabajo de campo y se tomaron los datos que dan lugar a la información que se analiza en el presente informe.

Entendiendo que la descentralización es un sistema de organización como estrategia que permite a las instituciones públicas de la sociedad y del Estado puedan articularse respetando ámbitos de competencia. Teóricamente, permite también que la relación de los gobernantes de turno y la sociedad, sea más amplia, directa y fluida, de manera que la descentralización sea una forma de organización democrática, puesto que constituye una política permanente de liderazgo en el trabajo coordinado con otras instituciones y población organizada. Sin embargo, la investigación se propone demostrar hasta qué punto estas acciones teóricas tienen correspondencia práctica y efectiva en el contexto de investigación.

Por tales consideraciones, fue necesario realizar esta investigación y dar a conocer a la comunidad científica los resultados obtenidos,

particularmente a las personas de pensamiento e intereses puestos en ampliar y profundizar el conocimiento acerca de la realidad objeto de estudio.

El contenido del informe está organizado en cinco capítulos siguientes:

En el Capítulo I, se considera el planteamiento del problema de investigación, donde se plantea el enunciado central que evidencia la importancia de la descentralización económica financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios de la entidad de salud de la provincia de Espinar. De este planteamiento se desprenden los problemas de estudio, los objetivos y las hipótesis, junto con la justificación del caso en diferentes aspectos.

En el capítulo II, se describe un marco teórico-conceptual donde se consideran los antecedentes de estudio, las bases teórico-científicas a partir de fuentes bibliográficas que permitieron dar sustento a las variables.

El capítulo III define las hipótesis y variables tanto independiente como dependiente, además de la operacionalización de las mismas que pudieron hacer posible el recojo de información y su respectivo análisis.

El capítulo IV contiene el Marco metodológico del estudio y da cuenta sobre los métodos utilizados, tipo, nivel y diseño de estudio. De igual forma, describe la determinación de la población, muestra, muestreo, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas de análisis estadísticos y analíticos.

El capítulo V, el más importante desde el punto de vista de los resultados, contiene la interpretación de los mismos, su discusión, las conclusiones y las recomendaciones dadas. Se complementa el capítulo con la

citación de las referencias bibliográficas consultadas y los anexos correspondientes.

Descrito en forma concisa el contenido del presente informe, ratificamos nuestro compromiso con la producción de conocimientos en el campo de las Ciencias Contables y nuestra predisposición a sustentar los resultados hallados, para lo cual ponemos a vuestra consideración, opinión y dictamen dichos resultados.

Resumen

La investigación “INCIDENCIA DE LA DESCENTRALIZACIÓN ECONÓMICA FINANCIERA PARA LA OPERATIVIDAD FUNCIONAL EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS, CANCHIS ESPINAR” enfoca la importancia de la descentralización económica financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios. Se recurrió a una metodología cuantitativo-estadística en una muestra de personas entre administrativos y usuarios. Los resultados demuestran que los procesos de descentralización económica financiera para la operatividad funcional del Hospital de Espinar, donde se hizo el trabajo de campo, inciden con indicadores significativos en la calidad de provisión de servicios de salud para la sociedad civil. Principalmente, se demuestra que los procesos de descentralización económica financiera para la operatividad funcional del Hospital de Espinar, inciden en la calidad de provisión de servicios de salud que debiera beneficiar a la sociedad civil. El análisis evidencia que existe correlación significativa entre la variable ‘Descentralización económico-financiera’ y la ‘operatividad funcional’, lo cual se demuestra con el índice Tau b de Kendall ($r = 0,767$), que corresponde a una relación de 76,7% porcentual entre dichas variables. También se demuestra que existe un proceso de mejoramiento en la calidad con el proceso de descentralización y que los usuarios muestran su conformidad, al menos en un 70% de los mismos quienes califican la eficacia-eficiencia de los servicios entre los valores de ‘buena’ a ‘muy buena’.

Palabras clave: Descentralización, descentralización económica, descentralización financiera, operatividad funcional, provisión de servicios, red de salud.

Abstract

The research entitled "Incidence of financial economic decentralization for functional operability in the provision of services of the entities in the Espinar Hospital - 2016" focuses on the importance of financial economic decentralization for functional operability in the provision of services. A quantitative-statistical methodology was used in a sample of people between administrative and users. The results show that the processes of economic and financial decentralization for functional operation of the Hospital de Espinar, where the field work was done, have significant indicators in the quality of health services provision for civil society. Mainly, it is demonstrated that the processes of economic and financial decentralization for the operative functionality of the Hospital de Espinar, affect the quality of provision of health services that should benefit civil society. The analysis shows that there is a significant correlation between the variable 'Economic-financial decentralization' and 'functional operability', which is demonstrated by the Tau b index of Kendall ($r = 0.767$), which corresponds to a ratio of 76.7% percentage between these variables. It also shows that there is a process of improvement in quality with the decentralization process and that users show their agreement, at least in 70% of them who rate the effectiveness-efficiency of services among the values of 'good' a 'very good'.

Keywords: Decentralization, economic decentralization, financial decentralization, functional operability, provision of services, health network

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Autoría del trabajo de investigación	v
Derechos de autor	vi
Presentación	vii
Introducción	viii
Resumen	xi
Índice	xiii
Índice de tablas	xvi
Índice de gráficos	xix
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	21
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	26
Delimitación espacial	26
Delimitación social.....	27
Delimitación temporal	27
Delimitación conceptual.....	27
1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	28
Problema principal.....	28
Problemas secundarios	28
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
Objetivo general.....	29
Objetivos específicos	29
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	30
1.5.1 Justificación	30
1.5.2 Importancia del trabajo de investigación	32
1.6 LIMITACIONES.....	33
1.6.1 Limitación geográfica	33
1.6.2 Limitación temporal	33

1.6.3 Limitación social	34
1.6.4 Limitación conceptual	34
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	36
2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	36
2.1.1. Investigaciones a nivel internacional.....	36
2.1.2. Investigaciones a nivel nacional.....	38
2.1.3. Investigaciones a nivel local	40
2.2. BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS.....	42
2.2.1. La descentralización como un mecanismo de participación	42
2.2.2 Proceso de descentralización del sector salud	45
2.2.3 La Descentralización del Sector Salud propiamente dicha	49
2.2.4 Democracia y desarrollo	50
2.2.5 Conflictos en las organizaciones	54
2.2.6 Análisis de la relación entre la centralización y el conflicto.....	59
2.2.7 Desconcentración de funciones.....	65
2.2.8 Descentralización y desconcentración	66
2.2.9 Incentivos y mecanismos de control en el manejo presupuestal	72
2.2.10 Estados financieros.....	74
b) Estado de resultados.....	77
c) Estado de cambios en el patrimonio (superávit).....	77
2.3 DEFINICIÓN DE TEMINOS BASICOS.....	79
CAPITULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	84
3.1. HIPÓTESIS GENERAL	84
3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	84
3.3. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.	85
3.3.1. Definición conceptual.....	85
3.3.2. Definición operacional	87
CAPITULO IV. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	89
4.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	89
4.1.1. Tipo de investigación.	89
4.1.2. Nivel de investigación.	89
4.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	90
4.2.1. Método	90
4.2.2. Diseño	90

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	91
4.3.1. Población	91
4.3.2. Muestra	91
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	92
4.4.1. Técnicas.....	92
4.4.2. Instrumentos.....	92
4.4.3 Prueba de confiabilidad.....	93
4.4.5. Análisis e interpretación de datos.....	95
5.1 Resultados de Estados Financieros	97
5.1.1 Aplicación práctica 1-ESF	98
5.2 Resultados en la VARIABLE 1: Descentralización económico-financiera .	109
5.2.1 Resultados en la dimensión 1: Factores de descentralización económico-financiera.....	109
5.2.2 Resultados en la dimensión 2: Operatividad funcional	121
5.3 Resultados en la VARIABLE 2: Servicio público de salud.....	132
5.4 Prueba de hipótesis.....	154
5.5 Discusión de resultados.....	158
CONCLUSIONES	161
RECOMENDACIONES	163
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165
ANEXOS	168

Índice de tablas

Tabla 1. Resumen del procesamiento de los casos	94
Tabla 2. Resumen del procesamiento de los casos	94
Tabla 3. Nota 3: Efectivo y equivalente de efectivo	98
Tabla 4. Nota 7: inventarios (neto)	98
Tabla 5. Nota 8: servicios y otros pagos por anticipado	99
Tabla 6. Nota 9: otras cuentas del activo	99
Tabla 7. Nota 14 propiedades, planta y equipo (neto)	100
Tabla 8. Nota 17: cuentas por pagar a proveedores	101
Tabla 9. Nota 18: impuestos, contribuciones y otros	101
Tabla 10. Nota 23: otras cuentas del pasivo	102
Tabla 11. Nota 26: beneficios sociales	102
Tabla 12. Nota 29: otras cuentas del pasivo	103
Tabla 13. Nota 31: hacienda nacional	103
Tabla 14. Nota 31: resultados acumulados	104
Tabla 15. Nota 35: cuentas de orden	104
Tabla 16. Evolución del Presupuesto 2014-2017	105
Tabla 17. Calificación del efecto producido por la descentralización económico financiera	109
Tabla 18. Eficiencia de los procesos de descentralización financiera	110
Tabla 19. Eficacia de los procesos de descentralización financiera	112
Tabla 20. Grado de óptimo del manejo financiero	113
Tabla 21. Valoración de la autonomía administrativa en el Hospital de Espinar	114
Tabla 22. Eficiencia en la contratación de personal	115
Tabla 23. Eficiencia del personal contratado en el Hospital de Espinar	116
Tabla 24. Eficacia-eficiencia del comportamiento del personal administrativo	117
Tabla 25. Eficacia-eficiencia del desempeño en el personal administrativo ...	118
Tabla 26. Eficiencia del mantenimiento y reparación de equipos	119
Tabla 27. Valoración actualizada de la descentralización económico-financiera	120
Tabla 28. Eficiencia de los estados de ejecución del presupuesto	121
Tabla 29. Eficiencia en el manejo de los estados financieros del Hospital	122

Tabla 30. Eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de ingresos.....	123
Tabla 31. Eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de gastos.....	124
Tabla 32. Eficiencia en la atención brindada en el Hospital de Espinar	125
Tabla 33. Efectividad en la provisión oportuna de bienes y servicios	126
Tabla 34. Eficiencia en los mecanismos de promoción del personal en el Hospital	127
Tabla 35. Eficacia de los procesos de promoción de la salud.....	128
Tabla 36. Eficacia en los procesos de Capacitación al personal administrativo	129
Tabla 37. Eficiencia de los procesos asistenciales	130
Tabla 38. Valoración general a la operatividad funcional en el Hospital de Espinar.....	131
Tabla 39. ¿Cómo califica el liderazgo del personal que labora en el centro de salud?.....	132
Tabla 40. ¿Cómo califica el liderazgo de los médicos en el Hospital de Espinar?	134
Tabla 41. ¿Cómo califica el liderazgo enfermeras y técnicos que laboran en Hospital de Espinar?	135
Tabla 42. ¿Cuánta promoción de salud percibe que se realiza en el Hospital de Espinar?	136
Tabla 43. ¿Cómo valora los programas de prevención de salud?	137
Tabla 44. ¿Cómo valora la efectividad de los programas de prevención de salud?.....	138
Tabla 45. ¿Qué opina sobre el sistema de vigilancia?	139
Tabla 46. ¿Qué opina sobre el sistema de control de riesgos?	140
Tabla 47. ¿Cuán eficiente es la vigilancia de daños asociados a enfermedades?	141
Tabla 48. ¿Cuán eficiente es el control de daños asociados a enfermedades?	142
Tabla 49. ¿Cómo valora el nivel de atención adecuada?.....	143
Tabla 50. ¿Cómo valora el nivel de atención oportuna?	144

Tabla 51. ¿Cuánto califica la sensación de calidad en el Hospital de Espinar?	145
Tabla 52. ¿Cuánto califica la sensación de calidez (trato humano) en el Hospital de Espinar?	146
Tabla 53. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal administrativo?	147
Tabla 54. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal de servicio?	148
Tabla 55. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal médico?	149
Tabla 56. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal asistente (enfermeras, técnicos)?	150
Tabla 57. ¿Cuán eficaz es la atención en cuanto a horarios y predisposición?	151
Tabla 58. ¿Cómo valora la comunicación adecuada en el hospital?	152
Tabla 59. ¿Cuál es su valoración respecto a la satisfacción del paciente?	153
Tabla 60. Correlaciones variable 1 y dimensión 2.....	154
Tabla 61. Correlaciones variable 1 y dimensión 1.....	156
Tabla 62. Correlaciones entre dimensión 1 y dimensión 2.....	157

Índice de gráficos

Grafico 1. Evolución de Presupuesto 2014-2017 para el Hospital de Espinar.....	107
Grafico 2. Evolución del presupuesto total entre el 2014 al 2017 para el Hospital de Espinar.	108
Grafico 3. Calificación del efecto producido por la descentralización económico-financiera.....	110
Grafico 4. Eficiencia de los procesos de descentralización financiera.....	111
Grafico 5. Eficacia de los procesos de descentralización financiera	112
Grafico 6. Grado de óptimo del manejo financiero	113
Grafico 7. Valoración de la autonomía administrativa	114
Grafico 8. Eficiencia en la contratación de personal	115
Grafico 9. Eficiencia del personal contratado.....	116
Grafico 10. Eficacia-eficiencia del comportamiento del personal administrativo.....	117
Grafico 11. Eficacia-eficiencia del desempeño en el personal administrativo.....	118
Grafico 12. Eficiencia del mantenimiento y reparación de equipos	119
Grafico 13. Valoración actualizada de la descentralización económico-financiera ...	120
Grafico 14. Eficiencia de los estados de ejecución del presupuesto	121
Grafico 15. Eficiencia en el manejo de los estados financieros.....	122
Grafico 16. Eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de ingresos.....	123
Grafico 17. Eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de gastos	124
Grafico 18. Eficiencia en la atención brindada	125
Grafico 19. Efectividad en la provisión oportuna de bienes y servicios	126
Grafico 20. Eficiencia en los mecanismos de promoción del personal	127
Grafico 21. Eficacia de los procesos de promoción de la salud	128
Grafico 22. Eficacia en los procesos de Capacitación al Personal.....	129

Grafico 23. Eficiencia de los procesos asistenciales.....	130
Grafico 24. Valoración general a la operatividad funcional	131
Grafico 25. Calificación del liderazgo al personal que labora	132
Grafico 26. Calificación al liderazgo del personal médico	134
Grafico 27. Calificación al liderazgo de enfermeras y técnicos/as.....	135
Grafico 28. Promoción de salud.....	136
Grafico 29. Valoración de los programas de prevención.....	137
Grafico 30. Valoración de la efectividad de los programas de prevención	138
Grafico 31. Opinión sobre el sistema de vigilancia.....	139
Grafico 32. Opinión sobre el sistema de control de riesgos	140
Grafico 33. Eficiencia de la vigilancia de daños asociados a enfermedades.....	141
Grafico 34. Eficiencia del control de daños asociados a enfermedades.....	142
Grafico 35. Nivel de atención adecuada	143
Grafico 36. Valoración del nivel de atención oportuna	144
Grafico 37. Calificación sobre la sensación de calidad en el hospital.....	145
Grafico 38. Calificación a la sensación de calidez (trato humano)	146
Grafico 39. Valoración del profesionalismo del personal administrativo	147
Grafico 40. Valoración del profesionalismo del personal de servicio.....	148
Grafico 41. Valoración del profesionalismo del personal médico	149
Grafico 42. Valoración del profesionalismo del personal asistente	150
Grafico 43. Eficacia en la atención (horario, predisposición).....	151
Grafico 44. Valoración de la comunicación adecuada en el hospital.....	152
Grafico 45. Valoración respecto a la satisfacción del paciente.....	153

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Un mecanismo o estrategia de implementación de las unidades ejecutoras en el marco del proceso de descentralización es un hecho necesario y urgente. Desde los años 80, se verifica que los temas de centralización y reforma del Estado, son factores fundamentales en la agenda política y social a nivel nacional. Las leyes de reforma del Estado y de emergencia económica, ambas aprobadas en dicha década y los años 90 posteriores, redefinen el rol del Estado estableciendo los nuevos límites entre lo público y lo privado. Con mayor razón en materia educativa y de salud, que son los dos puntos más delicados de la estructura del Estado.

Desde los años 90, el Ministerio de Salud ha venido desarrollando esfuerzos orientados a mejorar la calidad de los servicios de salud y entre las estrategias básicas de intervención ha ido impulsando la acreditación y categorización de los establecimientos de salud, auditorías en salud, presupuesto por resultados, así como la conformación de equipos de calidad para la formulación e implementación de proyectos de mejora de la calidad.

El año 2001 el Ministerio de Salud aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) en el cual se establecen los objetivos, principios y las bases conceptuales de calidad. Dicho sistema (SGC) incluye cuatro componentes importantes: planificación, organización, garantía - mejoramiento e información

para la calidad. En el componente de información para la calidad, se definen las estrategias, instrumentos, metodologías y procedimientos para conocer los niveles de satisfacción de los usuarios externos.

Como parte de esta reforma, la política de salud en el Perú, a partir de los 90, está orientada a la reorganización del sistema sanitario y sus recursos, basándose en el principio de la descentralización como uno de sus ejes fundamentales.

Por tanto, es una problemática no entender que una descentralización es una transferencia de responsabilidades, capacidades y recursos desde un nivel superior a otro de menor jerarquía, en contraposición de la centralización. Sin embargo, las principales estrategias de descentralización en el sector salud, impulsadas desde el Estado, están condicionadas por la transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las regiones y provincias; y por la promoción de la figura del servicio de Salud y Hospitales Públicos de Autogestión.

El presente trabajo pretende abordar y analizar la incidencia de la descentralización económica financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios de las entidades que conforman la Red de servicios de Salud Canas, Canchis Espinar, a partir de las políticas de descentralización impulsada desde el Estado peruano, en línea de los objetivos de las leyes y normas consiguientes basadas en la búsqueda de mayor transparencia y eficiencia en la administración de los servicios de salud pública, a través de la transferencia efectiva de funciones administrativas, manejo presupuestario y capacidad de decisión sobre la asignación de recursos.

Inicialmente, hicimos referencia a las incidencias de la descentralización económica financiera para la operatividad funcional a nivel de las entidades que conforman la Red de Servicios de Salud de las provincias de Canas, Canchis y Espinar, además de su relación con la calidad de provisión de servicios a partir de la década del 90 en adelante, asociados a la Reforma del Estado en el sector salud. En este caso, nos concentramos en el Hospital de Espinar, donde fue necesario observar la relación existente entre la propuesta de descentralización impulsada desde el Estado, las iniciativas y desarrollo de estrategias de atención y la repercusión en los pacientes (activos o potenciales).

De antemano existen serias dificultades en la política de descentralización, con altos grados de ineficacia en el momento de su puesta en funcionamiento para los servicios de salud: hospitales, redes de salud, puestos de salud y postas médicas. Estas deficiencias, a nivel de la Red y, antes de lograr su autonomía el Hospital de Espinar, afectaban en ese momento a una población de 67 803 habitantes en la provincia de Espinar y sus 8 distritos (Yauri, Coporaque, Pichigua, Alto Pichigua, Pallpata, Occoruro, Condorama y Suykutambo), además de sus 68 comunidades campesinas, lo que demandaba una desconcentración de acciones para la toma decisiones inmediatas, llámese acciones técnico administrativas a acciones operativas que ocasionan demoras por la atomización de funciones que existen en la U.E. (Unidad Ejecutora) 401-Red de salud de Canas, Canchis y Espinar. De dicha unidad ejecutora dependen aun 06 micro-redes de servicios de salud tales como: Techo Obrero, Comba Pata, Pampaphalla, Yanaoca, El Descanso, Yauri y sus 54 Establecimientos de salud.

En ese instante se llegaron a las siguientes pre-conclusiones:

- En la mayoría de las Micro Redes Operativas que dependen de la Red de Salud Canas-Canchis-Espinar, se originan demoras sustanciales y contraproducentes en la adquisición de bienes y servicios que se traducen en el retraso en la atención de los pacientes, causando inadecuado servicio a la población y usuarios de los servicios de salud. Por depender de la unidad ejecutora.
- Demora en los trámites administrativos de diversas acciones de personal y otros por la complejidad y excesiva concentración de funciones de la U.E.401 Red de Salud Canchis Espinar (con 6 Micro redes y 54 Establecimientos de Salud), ocasionando demora en la toma de decisiones que limita la fluidez y el dinamismo que se requiere en el trabajo del equipo administrativo del Hospital.
- Equipamiento Médico, con insuficiente mantenimiento preventivo y limitaciones de procesos para mantenimiento correctivo de los equipos médicos y biomédicos, sumándose como uno de los factores de las deficiencias del sistema de referencias y contra-referencias el traslado de pacientes en forma oportuna hasta la ciudad del Cusco, en vista que el Hospital de Sicuani tiene la misma categoría que el hospital de Espinar. Suma a dicho problema la demora en el traslado de los pacientes por las coordinaciones previas de disponibilidad de camas en estos hospitales de la Región; o finalmente, concretizar esta referencia hasta la ciudad de Arequipa donde si tienen mayor capacidad.
- Incompleto servicio al usuario que se atienden en el Hospital, estos por grupos de edad y ciclos de vida. Se sabía que las atenciones realizadas

durante el año 2010 fueron al grupo etario de 30 a 59 años, con 4 122 atenciones, de las cuales se concretizaron solamente 2 038; y en segundo lugar, los niños entre 0 a 11 años con 5 676 atenciones, de las cuales se atendieron 2 016 casos. Como es de notar, las diferencias entre el nivel de solicitud de atenciones y atendidos efectivos, es notoria en ambos casos. Este problema comienza desde el triaje al no contar con balanzas que puedan ayudar en el control en 'Niño Sano' y en consultorios, al no poder adquirir bienes duraderos sin aprobación de la RSCCE (Red de Salud Canas, Canchis Espinar), lo que no permite el uso adecuado y oportuno de los recursos económicos captados por RDR (Recursos Directamente Recaudados) del Hospital Espinar.

- Centralización de los procesos administrativos y de gestión por parte de la Red de Salud Canas-Canchis-Espinar, creándose una frondosa burocracia.
- Inadecuada distribución de materiales, insumos médicos, implementación de las estrategias sanitarias así como de insumos quirúrgicos para el caso para las operaciones a través de laparoscopia, etc., los laboratorios odontológicos e instrumental para la atención al usuario.
- Apatía por reforzar las actividades de vigilancia epidemiológica y entomológica en zonas de riesgo. Se podrían presentar enfermedades como la tuberculosis, siendo el del más alto índice de portadores a nivel de la RSCCE; así mismo por tratarse de un hospital a nivel de toda la provincia de Espinar. Este hospital no se abastece por no contar con

disponibilidad de recursos e insumos en laboratorio para el descarte de dicha enfermedad, que viene en progresión en el contexto de Espinar.

- La Red de Salud de Canas-Canchis-Espinar RSSCCE, no respetaba el CAP (Cuadro de Asignación de Personal) del hospital de Espinar, esto generaba que los procesos de contrata de personal profesional y técnico se efectúe sin participación del mismo, quitando oportunidades de personal para desplazarse a otros establecimientos.
- Alto riesgo de enfermedades inmuno-prevenibles en niños y niñas, que hasta el año pasado, fueron aplicadas vacunas en las diferentes etapas de vida, pese a que en los últimos años se han mantenido con coberturas menores o iguales al 60%; lo que no garantiza la no presencia de enfermedades inmuno prevenibles.
- Existe un número considerable de personas que tienen necesidades de salud que requieren la prestación de servicios de salud. Así también personas con necesidades de diagnóstico de apoyo, para lo cual se cuenta con una demanda incrementada de población beneficiaria que accede a los servicios de salud.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación espacial

La provincia área de investigación, comprende la provincia de Espinar, antes conformante de la Red de Salud de Canas, Canchis, Espinar; cuya población estimada al año 2015 fue de 69146 Según el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática).

Delimitación social

El estudio comprende a los directores, funcionarios, trabajadores administrativos del área de programación, planificación y administración de la Red de Servicios de Salud de Espinar, Región Cusco.

Delimitación temporal

Se ha considerado el desarrollo del presente estudio, desde la elaboración del proyecto hasta la consolidación de la misma, considerando como rango desde el mes de diciembre del 2015 hasta mes de abril del 2017, comprendido como el horizonte temporal de la investigación.

Delimitación conceptual

El estudio considera los siguientes conceptos fundamentales: centralización, procesos de descentralización económica y financiera, operatividad funcional y estrategias de Estado y de gobierno, calidad de la prestación de servicios de Salud, las atribuciones o roles de acuerdo a los instrumentos de gestión.

1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Problema principal

¿En qué medida la descentralización económica financiera para la operatividad funcional, incide en la provisión de servicios de las entidades que conforman la Red de Servicios de Salud Canas, Canchis Espinar?

Problemas secundarios

1. ¿Cuáles son los factores que determinan los procesos de descentralización económica financiera de las entidades que conforman la Red de Servicios de Salud Canas, Canchis Espinar?
2. ¿De qué manera se evidencian las repercusiones de la descentralización económico-financiera para la operatividad funcional en los servicios prestados de las entidades que conforman la Red de Servicios de Salud Canas, Canchis Espinar?
3. ¿Cuáles son los factores que determinan los procesos de operatividad funcional de las entidades que conforman la Red de Servicios de Salud Canas, Canchis Espinar?
4. ¿De qué manera se evidencian las repercusiones de la operatividad funcional en la atención prestada de las entidades que conforman la Red de Servicios de Salud Canas, Canchis Espinar?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Determinar en qué medida la descentralización económica financiera para la operatividad funcional, incide en la provisión de servicios de las entidades que conforman la Red de Servicios de Salud Canas, Canchis Espinar, 2016.

Objetivos específicos

1. Identificar los factores que determinan los procesos de descentralización económica financiera de las entidades que conforman la Red de Servicios de Salud Canas, Canchis Espinar.
2. Determinar de qué manera se evidencian las repercusiones de la descentralización económico-financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios de las entidades que conforman la Red de Servicios de Salud Canas, Canchis Espinar.
3. Identificar cuáles son los factores que determinan los procesos de operatividad funcional de las entidades que conforman la Red de Servicios de Salud Canas, Canchis Espinar.
4. Evidenciar las repercusiones que genera la operatividad funcional en la prestación de servicios de las entidades que conforman la Red de Servicios de Salud Canas, Canchis Espinar.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

1.5.1 Justificación

El presente estudio se justifica en el hecho de describir analíticamente de qué manera incide la descentralización económica financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios de las entidades que conforman la Red de Servicios de Salud Canas, Canchis Espinar 2016. En un primer momento, se definió como entidad de trabajo la Red de Servicios de Salud Canas-Canchis-Espinar, Región Cusco, periodo 2015 – 2016; sin embargo, en ese lapso se produjo la descentralización económica y el hospital de Espinar obtuvo su independencia. Esto ha generado un importante incremento en su capacidad de gestión económico-financiera que permitió plantear la presente investigación.

Con los resultados obtenidos, se busca beneficiar a los funcionarios y trabajadores administrativos comprometidos en las entidades que conforman la Red de Servicios, toda vez que estando reguladas las obligaciones administrativas desde el Ministerio de Salud, que en muchos casos suelen ser incumplidas, se pretende a través de este estudio generar mayor interés en la aplicación de la descentralización como una forma más eficaz de la administración pública en el ámbito de estudio pre citado.

Justificación teórica

Mediante el proceso de investigación se pretende mostrar la eficacia de los mecanismos de descentralización, reconociendo que este estudio de carácter descriptivo explicativo de la descentralización económica y financiera

incide en el concepto y formas de acción descentralizada a nivel de la operatividad funcional del Hospital de Espinar. La justificación teórica alcanza la intención de aportar con conocimientos y datos que sean lo suficientemente útiles para permitir la toma de las mejores decisiones y el desarrollo de acciones de prestación de servicios en beneficio de la sociedad civil. Estos mecanismos servirán de manera eficaz para superar de las dificultades funcionales que se suscitan en los procesos administrativos.

Justificación práctica

Se justifica el estudio desde este enfoque porque se pretende aportar con más ideas y sugerencia en la construcción de una verdadera estrategia de aplicación de los procesos de descentralización administrativa en la prestación del servicio público, a través de lineamientos técnicos apropiados que pretendan mejorar la prestación. El propósito es describir las deficiencias y limitaciones del actual proceso administrativo, a nivel de concentración de facultades en las macro redes conocidas como Red de Servicios de Salud para propiciar razonamientos y propuestas de solución al interior del Hospital.

Los resultados permitirán mejorar la prestación del servicio de salud y de información verdaderamente necesaria, tanto para la toma de decisiones, así como para la administración pública. De igual modo, se busca hacer eficiente la marcha operacional del Hospital de Espinar, en beneficio directo de la sociedad de su influencia y de la sociedad en su conjunto, lo que constituye un aporte social.

Justificación Metodológica

Para poder corroborar los postulados planteados en la intención del presente trabajo, en el proceso de investigación se realizaron a través de entrevistas tanto a trabajadores administrativos, así como a los usuarios directos de los servicios de salud del Hospital de Espinar. Entre las inquietudes más importantes a la población consultada fue indagar sobre las ventajas y desventajas que tiene la aplicación de la descentralización entre otros asuntos de observación y reflexión crítica.

1.5.2 Importancia del trabajo de investigación

La importancia del presente estudio, radica en el aporte científico, la sugerencia de aplicación de la descentralización a través de un Sistema de Administración más eficaz, lo cual es fundamental para desarrollar de manera eficiente la labor administrativa a nivel de los procesos de descentralización económica y financiera, además de constituirse en un mecanismo adecuado a través de la utilización de estrategias de atención de servicio público.

La gestión administrativa en estas entidades públicas, constituye uno de los aspectos de mayor importancia en la administración general, lo cual debería incidir en la intención eficiente y sostenida de gestión, en coherencia con los procesos de descentralización previstos de forma teórica y normativa. En la práctica, se observa que este proceso se percibe como una composición de sus activos susceptibles a manipulaciones, limitada aplicación de los procesos de administración en la atención de la salud pública con serias consecuencias en los resultados, pérdidas no justificadas de recursos, atrasos

en las operaciones normales de organización, entre otros defectos, razones suficientes que exigen una atención más urgente y especial.

Una buena y sana administración depende, en gran medida, del éxito en la administración. Es por eso que, al realizar el estudio previo se verificó que no existen aplicaciones adecuadas de los procesos administrativos en la atención del servicio de salud pública y para la eficiencia administrativa en el Hospital de Espinar, contexto de observación en el presente trabajo de investigación. La importancia se simplifica en la intención de hacer lo necesario para lograr el objetivo de mejorar la aplicación de los procesos de descentralización en los servicios de salud pública.

1.6 LIMITACIONES

1.6.1 Limitación geográfica

La provincia considerada como 'área de investigación', comprendía hasta hace poco la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar. También abarcaba el cercado de la Región Cusco, lugar donde opera el Ministerio de Salud. Esta amplitud de espacio requería mayores desplazamientos con algunas limitaciones de carácter espacial y geográfico. Finalmente, el estudio quedó limitado a la provincia de Espinar.

1.6.2 Limitación temporal

Se ha considerado en el presente trabajo de investigación, un rango temporal que abarca desde la elaboración del proyecto de indagación, el periodo de desarrollo del estudio, hasta la conclusión del informe de estudio.

Este rango considera las fechas que van desde su inicio en el mes de diciembre del año 2015 hasta el mes de diciembre del 2017, como el horizonte temporal previsto. Este horizonte temporal considera el inicio de las primeras acciones en el planteamiento del estudio, hasta la gestión y sustento de resultados hallados.

1.6.3 Limitación social

El estudio comprende a los trabajadores administrativos del área de programación, planificación y ejecución del Hospital de Espinar, Región Cusco. También se consideró los usuarios del servicio de salud, pacientes potenciales y activos, para la aplicación de instrumentos cuyas opiniones han contribuido significativamente para la comprensión y proyección de la situación real del Hospital.

1.6.4 Limitación conceptual

El estudio considera los siguientes conceptos fundamentales: centralización, procesos de descentralización económica y financiera, operatividad funcional, prestación de servicios de Salud, atribuciones o roles de acuerdo a los instrumentos de gestión.

No ha sido posible tomar en cuenta otros enfoques teóricos que no sean los restringidos al tema de estudio, en el entendido de que los conceptos y enfoques de trabajo, hoy por hoy, constituyen redes intelectivas exigentes en relaciones interactivas, pero que, por la profusión y abundancia de los mismos, obligan una necesaria limitación o recorte de conceptos, los cuales inciden de alguna forma en la comprensión holística de los problemas de investigación

planteados. Sin embargo, como tesisistas consideramos importante referir estas limitaciones para su consideración analítica.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

En la indagación llevada a cabo para efectos de la presente investigación a nivel de las Facultades de Ciencias Contables, Económicas y Financieras, así como en las escuelas de Pre Grado de las Universidades, se ha encontrado que no existen estudios que hayan tratado específicamente la problemática en referencia; sin embargo, se han consultado tesis cuyo objeto de estudio se relaciona, dentro de su propia independencia, con las variables de estudio materia del presente informe.

2.1.1. Investigaciones a nivel internacional

Dice Tuesca (2005) que, a partir de los años setenta del siglo pasado surgen los índices de calidad de vida a través de la prestación de servicios de salud de calidad, y su mayor desarrollo fue en los años ochenta, aunque su concepción data de las civilizaciones griegas, romana, egipcia y hebrea; y su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan enfoques y permiten un abordaje de forma multidimensional.

En España, la Universidad Pública y el Gobierno de Navarra (2005) realizaron un Estudio sobre Salud, Bienestar y Calidad de Vida de la Comunidad Universitaria, fruto del Acuerdo marco de cooperación, suscrito en 2005 entre la Universidad citada y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra para la elaboración y puesta en marcha de un 'Plan de Universidad Saludable'.

Esta iniciativa enlaza con la preocupación por el entorno físico y social que la Universidad Pública de Navarra ha tenido a lo largo de su historia, y que se ha plasmado en la puesta en marcha de diferentes proyectos, servicios y actividades para mejorar la salud de su comunidad universitaria, y se enmarca en los planteamientos, propuestas y experiencias de las Escuelas Promotoras de Salud y Universidades Saludables, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Comisión de la Unión Europea y Consejo de Europa. (Universidad Nacional de Gamarra, 2005)

Como resultados, en relación al conocimiento, uso y valoración de servicios y otros aspectos universitarios relacionados con la calidad de vida y la promoción de salud del personal docente e investigador, se reportó que los servicios de la Universidad son conocidos y usados de forma desigual por el Proyecto de Desarrollo Institucional, el “campus virtual” o “Info General”. Además de muy conocidos, eran usados por gran parte del Proyecto de Desarrollo Institucional. Otros servicios como el de cooperación al desarrollo, la oferta de menús cardio-saludables o bajos en colesterol, la unidad de acción social y la oferta de actividades de ejercicio físico o deportivas son los menos conocidos y/o usados.

En general, los servicios propuestos son bien valorados por el Proyecto de Desarrollo Institucional que los usa y/o conoce. Los servicios menos valorados son la Fundación Universidad-Sociedad y la oferta de menús cardio-saludables y bajos en colesterol (el 21,6% y el 25% los valoran mal). (UPNA, 2005)

El correo electrónico universitario, los aparcamientos y la biblioteca general son otros servicios de la UPNA usados por más del 90% del Proyecto de Desarrollo Institucional. Otros servicios como cafeterías, fotocopiadoras, zonas verdes y peatonales, máquinas de café, fondos bibliográficos y recursos documentales, comedores y cajeros automáticos son también usados por más del 50% del colectivo.

En el lado opuesto, otros servicios propuestos como la oferta de comidas, transporte público, cursos de nuevas metodologías docentes, de informática y de idiomas, biblioteca del Departamento y otros servicios bancarios, no alcanzan a ser usados por la mitad del colectivo. Las zonas verdes y peatonales, y el correo electrónico universitario son servicios valorados positivamente por más del 90% de sus usuarios y usuarias del PDI. Los servicios relacionados con la alimentación (cafeterías, máquinas de café o aperitivos, comedores y oferta de comidas) son los menos valorados. (UPNA, 2005).

2.1.2. Investigaciones a nivel nacional

Se consultó la investigación “Análisis del proceso de descentralización fiscal en el Perú”, del autor Jorge Vega Castro, trabajo cumplido para la Pontificia Universidad Católica del Perú Departamento de Economía, cuyo objetivo general fue presentar un análisis del proceso de descentralización fiscal que se viene desarrollando en el Perú, especialmente a partir del año 2002, cuando se reformó el Título IV sobre Descentralización de la Constitución Política del país, y se empezaron a dar diversas Leyes y Decretos que

definieron la estructura actual, competencias y recursos de los gobiernos regionales y los gobiernos municipales del país.

Las conclusiones del estudio reportaron que, después de varios intentos de descentralización política y económica ensayados en el Perú a lo largo de nuestra historia, parece que por fin se ha encontrado una senda adecuada para llegar a este objetivo. El actual proceso de descentralización, iniciado con el retorno de la democracia al país entre los años 2001 y 2002, fue transformando rápidamente la institucionalidad pública, devolviendo poderes y recursos a los gobiernos sub-nacionales. La reforma constitucional de marzo de 2002 y las subsiguientes leyes y normas dadas a partir de entonces, como la Ley de Elecciones Regionales, la Ley de Bases de la Descentralización, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, la Ley Orgánica de Municipalidades, la Ley de Incentivos para la Integración y Conformación de Regiones y Ley de Descentralización Fiscal, entre otras, han convertido velozmente al Perú en uno de los países más descentralizados de América Latina, al menos en lo teórico-normativo. En la práctica, casi nada en realidad.

En lo político, las principales autoridades públicas nacionales, regionales y locales son ahora elegidas por votación secreta y universal. Periódicamente, se eligen en el país 12 591 cargos políticos: el Presidente de la República con dos Vicepresidentes, 120 Congresistas, 50 Presidentes y Vicepresidentes Regionales, 228 Consejeros Regionales, 1.832 Alcaldes y 10.358 Regidores Municipales. En lo económico, los presupuestos fiscales de los gobiernos regionales y municipales equivalen hoy al 30,1% del presupuesto del gobierno nacional, casi el doble de lo que era antes de 2002. Asimismo, la mitad de los trabajadores del sector público pertenece a los gobiernos sub-

nacionales, mientras que la inversión pública a cargo de estos gobiernos equivale al 55% de la inversión pública nacional. En el contexto sudamericano, comparando la importancia de los presupuestos de los gobiernos sub-nacionales con el presupuesto del sector público total, el Perú se sitúa entre los primeros países de la región.

También se concluyó que los recursos fiscales de los gobiernos sub-nacionales en el Perú son de dos tipos: a) los recaudados directamente por dichos gobiernos y, b) aquellos recaudados por el gobierno nacional y que son luego transferidos hacia los gobiernos sub-nacionales. Estos últimos a su vez se subdividen en dos categorías: i) los provenientes de los impuestos destinados a favor de dichos gobiernos (como el canon proveniente de los recursos naturales o el impuesto de promoción municipal, por ejemplo), que pueden o no ser compartidos con el gobierno nacional y, ii) los que provienen de los recursos ordinarios del tesoro público.

2.1.3. Investigaciones a nivel local

Zárate, (2012), realizó un estudio sobre la descentralización de los servicios de salud en el Perú, este trabajo analiza las características y retos de los sistemas de salud y las experiencias de descentralización como parte de la reforma del Estado. Se discuten las motivaciones económicas ideológicas de estos procesos. Se introduce los conceptos de Valores y de Cultura y Medicina como elementos a ser tomados en cuenta en las políticas de descentralización de los servicios de salud.

Se discuten las secuencias de los procesos de descentralización de los servicios de salud. Se concluye que la descentralización es un proceso

histórico no uniforme, necesario para incorporar el acceso, la participación y la equidad en el sector salud. La descentralización es dependiente de las elites locales, sus economías y las transferencias fiscales del nivel central. Se concluye que las transferencias económicas financieras aún son incipientes y no contribuyen de manera eficiente en los servicios de atención al usuario.

Vela , (2010), realizó la investigación titulado: Condiciones para la descentralización en salud, Arequipa Perú. La investigación realizada en la década pasada contiene información que aún está vigente a pesar que habría finalizado el proceso de descentralización en el Perú. Analiza las concepciones y actitudes hacia el proceso de descentralización en personajes claves de la gestión en salud de Arequipa Perú. El método fue cualitativo, con entrevistas a 89 personajes claves.

Los principales problemas generales de Arequipa identificados fueron: desempleo, medio ambiente y saneamiento ambiental, infraestructura y planeamiento urbano, violencia y seguridad, pobreza e inequidad. Los principales problemas de salud identificados fueron: enfermedades infectocontagiosas, desnutrición infantil, medio ambiente, presupuesto, cobertura e inequidad.

Definen correctamente al centralismo y la descentralización. Las expresiones del centralismo están en la burocracia, las limitaciones económicas e inequidad. Consideran que existen en la región, personas capacitadas y con experiencia en la gestión. Las estrategias que proponen para impulsar la descentralización son: la planificación local, el desarrollo de los recursos humanos, el liderazgo regional y sectorial y convocar a la comunidad.

Las debilidades que identifican fueron la gestión burocrática y la desmotivación del personal.

Mantienen relaciones de cooperación con los municipios, ONGs y el sector educación principalmente; y relaciones de conflicto con el personal de salud y sus gremios. Se concluye la inexistencia de condiciones subjetivas para la descentralización en salud en Arequipa. Se propone las estrategias: Constitución y liderazgo de actores sociales para la Descentralización, fortalecer la capacidad de gestión descentralista, proponer un Programa Descentralizado de Salud para Arequipa y fortalecimiento de la gestión de la Dirección Regional de Salud.

2.2. BASES TEÓRICO-CIENTIFICAS

2.2.1. La descentralización como un mecanismo de participación

En relación a la descentralización, López (2004) expresa que “la descentralización es una reforma sustantiva del Estado que comprende el traslado de atribuciones y responsabilidades del gobierno nacional a los gobiernos sub-nacionales constituidos, para favorecer el desarrollo territorial, la descentralización y la participación ciudadana, que resultan ser consustanciales” (p.19). Según el Grupo Propuesta (2004), “la actual descentralización, la novena en nuestra historia republicana, ha incorporado el componente participación ciudadana de manera significativa, generando diversas instancias participativas de cogestión pública y de control ciudadano entre los que se encuentran los Consejos de Coordinación Regional (CCR), los Consejos de Coordinación Local (CCL), así como provincial y distrital, y las audiencias públicas” (p.20).

Durante los últimos años, el Perú pasó de un gobierno centralista y autoritario como el que fue de Alberto Fujimori, al gobierno de transición de Valentín Paniagua. Después de una elección democrática para el gobierno de Alejandro Toledo, se publicó en Julio de 2002 la Ley de Bases de Descentralización con los otros instrumentos legales permitiendo la elección de autoridades regionales y locales (Grupo Propuesta, 2003), y otorgándose apertura legal a la participación ciudadana, como actor activo en las decisiones y soluciones a los diversos problemas que se dan dentro de su localidad. Este proceso de descentralización en el Perú y América Latina fue recibiendo positivos comentarios y sugerencias de los profesionales, las autoridades, los políticos y los representantes sociales.

El director del Programa de Ética y Desarrollo del Banco Interamericano de Desarrollo, Kliksberg (2002) expresó en ese entonces que, “la experiencia internacional muestra una clara correlación entre altos niveles de participación y grados de eficiencia en programas de salud, educación, vivienda, desarrollo rural, mejora de barrios, etcétera. Nadie sabe mejor cuales son las principales necesidades que los mismos pobladores” (p.113). Los programas diseñados para ayudar a los pobres tienen un mayor éxito cuando los destinatarios están involucrados en ellos.

En el mismo sentido, el Informe sobre La Democracia en América Latina, preparado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2004), supone la construcción de espacios para la participación equitativa tomando el interés principal de los más desfavorecidos de la sociedad (p.29). Su director Mark Brown lo expresa en términos más fuertes diciendo que “esto

significa que el poder en todos los niveles de gobierno se estructure y distribuya de tal forma que dé voz y participación real a los excluidos y provea los mecanismos por los cuales los poderosos estén obligados a rendir cuenta de sus acciones” (p.12). Cuando la gente sienta que el proyecto es suyo, entonces los mismos pobladores moverán sus esfuerzos y cumplirán con los compromisos y el seguimiento necesario para sostenerlo.

Un claro ejemplo de éxito en participación popular y la función de ésta en la gobernabilidad democrática para el desarrollo humano lo podemos encontrar en la ciudad brasileña de Porto Alegre donde se han establecido toda una serie de mecanismos para la participación popular en la gestión de los recursos públicos (Navarro, 2005).

En 2002, Galarza Lucich en su Ensayo Descentralización, Organización Económica de Territorio y Potencial de Recursos preparado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, concluyendo que “una condición esencial e insustituible es poner en marcha un efectivo proceso de descentralización política y económica en el país” (p.200). Para ella, una de las columnas básicas son los municipios que se encargan del desarrollo local y la formación del capital humano y social. López y Wiener señalan lo esencial del actual proceso de descentralización:

“Es una reforma sustantiva del Estado que comprende el traslado de atribuciones y responsabilidades del gobierno nacional, a los gobiernos sub nacionales es una reforma política que busca alterar significativamente la redistribución del poder en el país... mediante la apertura a espacios de toma de decisiones, acceso a información pública y establecimiento de mecanismos

de control de la gestión pública, descentralización y participación ciudadana... resultan consustanciales” (Grupo Propuesta, 2004 c, p. 19).

Asimismo, Remy (2005) en su libro “Los Múltiples Campos de la Participación Ciudadana en el Perú”, remarca que ahora los municipios regionales, provinciales, y distritales tienen que tomar en cuenta la participación ciudadana, porque está normada y es de carácter obligatorio según ley. La elección de los Consejos de Coordinación Locales y Regionales, las juntas de delegados vecinales comunales, la preparación del Plan de Desarrollo y del Presupuesto Participativo, son instancias reguladas por la ley y a lo que todos los alcaldes tienen que lograr la concertación (p.18). La Ley Orgánica de Municipalidades es un cambio histórico que limita la discrecionalidad del alcalde y sus regidores y los obliga a la concertación con los ciudadanos.

Aunque faltan reglamentos y clarificaciones en su aplicación, ya es parte de la ley y va a traer cambios importantes en la sociedad.

2.2.2 Proceso de descentralización del sector salud

Se dice en términos generales que los sistemas de salud en América Latina han estado marcados en su origen por una historia común de desarrollo desarticulado. En efecto, como afirma Zárate (2001), desde sus inicios, la organización de los sistemas de salud se ha caracterizado por la ausencia de planificación y el surgimiento de estructuras que reflejan respuestas de grupos específicos de la población a necesidades coyunturales de salud. Esto origina en una primera etapa sistemas relativamente poco articulados y muy heterogéneos.

Montoya (2001), ratifica que, en este marco se desarrollan los llamados programas nacionales de salud de carácter vertical.

En una segunda etapa, diversos países procedieron a unificar los sistemas de salud estableciendo sistemas nacionales de salud, fuertemente centralizados. Durante esta fase, los sistemas públicos de salud se transformaron en los principales referentes en el ámbito de provisión de los servicios de salud. La unificación de los sistemas de salud significó un avance en términos de reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, contribuyendo adicionalmente a racionalizar la asignación de los recursos y, en algunos casos, aprovechar la existencia de economías de escala.

La excesiva centralización que ha caracterizado al sistema de salud en Perú, no respeta las naturales diferencias territoriales, introduce rigidez en la gestión de los recursos, e impide que los programas nacionales de salud reflejen en forma efectiva las demandas locales.

Hasta antes del año 2000, para hacer frente a estas dificultades, las propuestas teóricas se han estado moviendo hacia esquemas descentralizados de provisión de la atención primaria de salud y descentralización hospitalaria a través de contratos de gestión para el financiamiento hospitalario que podrían sustituir al financiamiento por presupuestos históricos.

Pero, lo más importante, la economía política del proceso de implantación de un sistema de salud descentralizado cobra gran importancia y el éxito en ese proceso pasa a depender en una medida importante de la capacidad de generar los incentivos adecuados y la capacidad de administrar los conflictos que un proceso de este tipo genera.

Asimismo, sería interesante tomar en cuenta algo casi olvidado en el caso de Perú, el mapa de intereses de los protagonistas de este proceso que aún no concluye o es incipiente. Los intereses de los actores pueden tergiversar los objetivos iniciales por lo que para algunos autores. Es la compleja interacción de los intereses sectoriales lo que lleva a revisar los objetivos fundamentales de la reforma en pos de la viabilidad política. Para entender el papel relevante de los profesionales de la salud e incorporarlos en las innovaciones de gestión, es necesario comprender y conocer cómo se fue modelando su pensamiento actual, lo que nos llevaría a que la descentralización debe estar articulada a una reforma de la formación de los recursos humanos y un trabajo intersectorial.

Los procesos de descentralización del sector salud que han comenzado a implantar en América Latina se insertan en un manto de restricciones fiscales, que enfatizan la mantención de los equilibrios macroeconómicos, y de fuertes desigualdades territoriales en la distribución de recursos asociados a la provisión de los servicios de salud.

Hasta el 2010, los lineamientos de la reforma del sector, en el caso de Perú, asumieron como retos:

Mejorar los niveles de calidad y calidez de la atención que se brinda a los usuarios.

Ampliar la cobertura de los servicios.

Superar la mala distribución en la asignación de los recursos, los que privilegian el ámbito urbano y desatienden el ámbito rural.

La reforma en el sector contempla medidas tanto en el financiamiento como en los aspectos de la modernización de la gestión y hace una distinción entre la salud individual y la salud colectiva, entendida esta última como la que constituye un beneficio para toda la población.

Los problemas del sistema público de salud se derivan del fuerte deterioro de su infraestructura, la falta de recursos para financiar los gastos operacionales y una estructura de incentivos que no estimula una eficiente gestión de los recursos. El principal desafío que enfrenta el sistema de salud público se relaciona con el desarrollo de un sistema de gestión descentralizada y flexible que sea capaz de adaptarse a las demandas locales.

Otra característica del sistema de salud se refiere a su marcado grado de fragmentación y estratificación, observándose una ausencia de integración y coordinación en la prestación de servicios entre los diversos subsistemas. En general coexisten diversos subsectores (público, privado y seguridad social) que tienen una estructura y esquemas de funcionamiento no coincidentes.

En aquellos países que han implementado reformas dirigidas a ampliar el rol del sector privado en la provisión de los servicios de salud, el traslado masivo de cotizantes de altos ingresos al sistema privado, ha reducido en forma significativa los recursos del sistema público que pueden eventualmente ser utilizados para redistribuir los beneficios del sistema hacia los grupos de ingresos menores.

Por otra parte, las experiencias de privatización de los sistemas de salud ilustran con claridad los problemas de información y eficiencia que plantean la existencia de sistemas de seguros privados. Los problemas que caracterizan la situación actual de los sistemas de salud han estimulado una

serie de reformas del sector salud que persiguen mejorar la eficiencia y el impacto distributivo del gasto sectorial, con la finalidad de lograr una ampliación en la cobertura y el mejoramiento en la calidad de los servicios, sin mediar una expansión en el nivel de gasto.

2.2.3 La Descentralización del Sector Salud propiamente dicha

Descentralización implica la transferencia del poder político, económico y administrativo desde el gobierno central hacia los gobiernos locales con la finalidad de fortalecer el desarrollo local sostenido y autónomo. La descentralización implica una elite local con capacidad de administración y no se improvisa por una ley. Es un producto lento, de un proceso histórico.

Las reformas asociadas son la descentralización fiscal y la sectorial, las cuales se enmarcan dentro del contexto de reforma del Estado que busca transformar su papel de promotor de la creatividad política económica y modificar su gestión enfatizando la eficiencia y la equidad de la política económica. En ese proceso el Estado reduce su tamaño, concentra sus esfuerzos en los sectores sociales y en general, modifica la naturaleza de su intervención, así como los instrumentos de política para promover una gestión más eficiente y por ende se constituye un eje central de las reformas sociales en curso.

Para lograr una gestión eficiente, de los limitados recursos, se obliga a transferir lo más cerca posible de los usuarios el poder de planeamiento, la toma de decisiones y la administración del financiamiento. Al margen de decidir el nuevo nivel receptor de responsabilidades y de recursos deberá evitarse las intervenciones que no agreguen valor a los bienes o recursos transferidos.

Como quiera que la descentralización del sector se da sobre una realidad laboral este es un problema a considerar para el nuevo régimen de relación de dependencia de un nivel centralizado a un nivel local.

En el caso de los procesos de descentralización en el sector salud, cabe destacar que las experiencias señalan que estas han formado parte de procesos más amplios de descentralización política, administrativa y en algunos casos solamente sectorial. Mientras en unos casos, han formado parte de un proceso más amplio de reforma del sector salud, en otros no ha habido un marco global de referencia de reforma sectorial dentro del cual se pudiera enmarcar el proceso de descentralización del sector salud.

En el caso del Perú la propuesta de Reforma Sectorial no incorporo la estrategia de descentralización en forma oficial, sin embargo en la práctica el Programa Salud Básica Para Todos, avanzó algo.

A través de establecer un sistema de monitoreo regional de la administración con diversos indicadores (grado de avance de la ejecución y rendición de cuentas, productividad regional, oportunidad y flujo de la ejecución presupuestal, entre otros) a través de estas metas se incentivaba la competencia y se promueve la eficiencia en el trabajo.

2.2.4 Democracia y desarrollo

La participación ciudadana implica un gobierno democrático que dé prioridad a su población; un gobierno que brinde, escuche y respete el espacio legalmente ganado por la sociedad civil y responda a las necesidades de desarrollo humano y social.

Participación, democracia y desarrollo son los ejes principales para el funcionamiento de los procesos participativos.

En el Informe Democracia en América Latina de la PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), Martínez define la democracia en su sentido más elemental, y sustenta que “no es otra cosa que el gobierno del pueblo”. Significa que las decisiones que nos afectan a todos sean tomadas por todos. Un Estado de ciudadanas y ciudadanos plenos (PNUD, p.15). La democracia nos da la libertad de conversar, discutir, reunirse, actuar y compartir la vida en la sociedad; va, por tanto, más allá de lo estrictamente electoral.

La Comisión Andina de Juristas en su libro Poder Judicial y Participación Ciudadana dice que un estado democrático “se organiza bajo el esquema de derecho, la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad...el poder de sus autoridades tiene su fuente y su límite en la constitución y las leyes que son la expresión de la voluntad de la población...el respeto por los derechos humanos son rasgos fundamentales de esta forma de organización política” (p. 5). Afirma también que la democracia es un concepto legal y que vivimos a base de leyes que tienen su fuente en los derechos básicos de toda persona.

Añadimos a las definiciones anteriores la idea que la democracia es la doctrina política favorable a la intervención del pueblo en el gobierno y también al mejoramiento de la condición del pueblo. La democracia es un conjunto de reglas de conducta para la convivencia social y política. La democracia como estilo de vida es un modo de vivir basado en el respeto a la dignidad humana,

la libertad y los derechos de todos y cada uno de los miembros de la comunidad.

También se debe recordar La Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas que fue firmada en 1948 y es otra expresión de los derechos que pertenecen a todos los seres humanos. En su Artículo 21 proclama que la autoridad del poder público está basada en la voluntad del pueblo y que se expresa en los procesos electorales con la participación de la ciudadanía por voto secreto y universal (Naciones Unidas). Durante sus 58 años de existencia las Naciones Unidas ha sido constante en su tarea de fortalecer los gobiernos democráticos y los derechos de toda persona.

Respecto al concepto de desarrollo, un enfoque vinculado a la democracia ha sido planteado por Sen (2000) quien indica que “el desarrollo puede concebirse como un proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutaban los individuos” (p.18). Además, considera que “el desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad: la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas” (p. 19-20).

Los estudios de Sen lo llevaron a la conclusión de que las sociedades con gobiernos democráticos en países independientes, con elecciones regulares, partidos de oposición y que permite la libertad de prensa, no sufren hambrunas como los países dictatoriales o autoritarios. En América Latina, las ideas expresadas por Sen han sido reconocidas, incorporadas y son parte de la reflexión y análisis en los procesos de desarrollo y democracia (Brown, 2004; Kliksberg, 2002; Uribe, 2003).

También Stiglitz (2000) respalda la necesidad de fortalecer la calidad de las instituciones democráticas para lograr una mejor economía. El capital humano y social tiene que ser acompañado por el entorno institucional y los funcionarios públicos para promover el desarrollo de la población. Señala la importancia para los gobiernos de tener las capacidades para limitar la acción arbitraria y la corrupción. Los procesos de descentralización (presupuesto, programas sociales, planificación) deben estar acompañados por la participación de la población local para que ejerzan el control social y fortalezcan las instituciones locales del gobierno.

En cuanto a la democracia en relación con el desarrollo humano según el Informe Sobre Desarrollo Humano, Perú (2002), argumenta que “el desarrollo humano requiere, por definición, de un contexto democrático con mecanismos de participación y representación ciudadana” (PNUD, 2002, p.139). Según el informe para lograr el desarrollo humano y social, las personas necesitan la habilidad de ejercer todas sus libertades y derechos. En consecuencia, la democracia permite la creación de oportunidades iguales para todos y en todas partes.

En relación a esta relación democracia-desarrollo, Sagasti y otros (1999) afirman que “un régimen político abierto, transparente, descentralizado y participativo, es decir, una democracia en el sentido más amplio de la palabra, es más propicio para un tipo de comportamiento de los agentes productivos, de la sociedad civil y del Estado...” (p.93). En base a estudios del año 1993, proponen la participación popular, el diálogo y la formación de consensos para

el ejercicio eficiente y eficaz del poder político como medio para lograr el desarrollo económico y social.

Las reformas políticas y económicas no han producido los avances prometidos. Los datos sobre la pobreza muestran que la brecha entre los más ricos y los más pobres está aumentando. Cuando las democracias no responden a sus necesidades, las poblaciones cambian su apoyo a favor de los líderes autoritarios, o populistas que justifican las limitaciones a las libertades para lograr el crecimiento económico y desarrollo (Brown, 2004).

2.2.5 Conflictos en las organizaciones

Se hace referencia a la existencia de diferencias incompatibles percibidas entre dos o más partes, que son resultado de alguna forma de interferencia u oposición. Dentro de la literatura sobre conflicto destaca el consenso existente en concebir el mismo como un proceso dinámico (Molla Descals y Sánchez Pérez, 1997). Así, Pondy (1967) señala que el proceso consta de cinco etapas diferentes: latencia, percepción, sentimiento, manifestación y resultados.

La etapa de latencia hace referencia a las fuentes fundamentales del conflicto. Dicho estado se caracteriza por la existencia de condiciones que pueden dar lugar a la aparición de situaciones conflictivas. En cuanto a la percepción, es la fase en la que los planes perciben que existe conflicto pero sin que cedan las condiciones de la etapa anterior, por tanto se da cuando el conflicto es sólo una percepción y cuando no existe ninguna condición de conflicto latente.

Dentro de la literatura organizativa se hallan distintas aportaciones a la conceptualización o definición del conflicto. Por ejemplo, para Smith (1966) el conflicto es una situación en la cual las condiciones, prácticas u objetivos de los diferentes participantes son inherentemente incompatibles. De acuerdo con Rayen y Kruglanski (1970), el conflicto es la tensión entre dos o más entidades sociales (individuos, grupos o grandes organizaciones) que surge de la incompatibilidad de respuestas actuales o deseadas.

La distinción hecha por Rayen y Kruglanski (1970) entre respuestas actuales y deseadas proviene de la práctica común de separar el conflicto en dos o más categorías que representan una dimensión de comportamiento y una dimensión de actitud (Molla Descals y Sánchez Pérez, 1997). La primera de ellas se refiere al conflicto manifiesto, que significan acciones públicas y la dimensión de la actitud, al conflicto subyacente o fundamental que incluye atracciones, intereses y deseos interpersonales.

Por otro lado, Schmidt y Kochan (1972) definen el conflicto como el comportamiento abierto que surge de un proceso en el que una unidad busca mejorar sus intereses en sus relaciones con otras. Para Thomas (1976), el conflicto es el proceso que empieza cuando una parte percibe que la otra ha frustrado, o está a punto de frustrar, alguno de sus intereses.

El conflicto manifiesto es el concepto central del estudio de Barcklay (1991). Para él, el conflicto manifiesto es una interacción donde las acciones de un grupo tienden a impedir algún resultado contra la resistencia de otro grupo, esto es, su comportamiento. Para completar su explicación añade a continuación: “sí un ejemplo particular de conflicto se caracteriza por ser real o

imaginado (conflicto percibido), por diferencia de intereses (conflicto latente), por gran tensión (conflicto afectivo)... Estas son cuestiones apropiadas para entender el conflicto, pero no para definirlo. El conflicto es definido por el enfrentamiento de los actores” (Katz y Kahn, 1978: 613).

Como se dijo anteriormente, el nivel objeto de análisis es el conflicto interdepartamental u organizativo. Walton y otros (1969) señalan que las relaciones entre los departamentos en una organización formal se pueden caracterizar por el grado de respuesta de un departamento a las necesidades de otro departamento, la precisión del intercambio de información, y las actitudes de los miembros de un departamento hacia otro departamento o hacia sus miembros.

En un trabajo más reciente, Menon y otros (1997) siguen manteniendo la misma definición según la cual, el conflicto representa a menudo problemas serios para las organizaciones actuales (Fiaron, 1985). Thoínas y Schimdt (1926) muestran que los directivos profesionales invierten alrededor de un 20% de su tiempo en tratar con el conflicto y su impacto. Además, el conflicto persistente puede ejercer efectos negativos sobre el funcionamiento de la organización.

Esto no quiere decir, por supuesto, que el conflicto organizativo produce sólo resultados negativos. En algunos casos, puede originar beneficios de considerable valor. Así, el conflicto puede conducir a una consideración más cuidadosa de nuevas ideas y enfoques (fiaron, 1985). En el caso del Hospital de Espinar, por ejemplo, existe de alguna forma tensiones cotidianas entre el cuerpo médico, el personal de enfermería, el personal técnico en enfermería, la

administración y el personal de seguridad-servicio. De allí la importancia de insertar este tratamiento teórico.

A lo largo de la literatura organizativa, se han establecido tres teorías o enfoques diferentes sobre el conflicto en las organizaciones.

La primera teoría, que dominó en la literatura desde finales del siglo xix hasta finales de la década de los cuarenta, es el punto de vista tradicional del conflicto. Este argumenta que el conflicto debe evitarse, ya que indica mal funcionamiento de la organización porque tiene exclusivamente un efecto negativo. De acuerdo con esto, el papel de la dirección es deshacer los conflictos en la organización.

Una segunda teoría es el punto de vista de las relaciones humanas del conflicto, que plantea que el conflicto es un resultado natural e inevitable en cualquier organización y que no es malo en sí mismo, sino que puede influir de forma positiva en el funcionamiento de una empresa. Este enfoque acepta que el conflicto es inevitable por lo que aboga por su aceptación y considera que, incluso en algunas ocasiones, puede beneficiar a la empresa. Este enfoque dominó el pensamiento desde finales de los años cuarenta hasta mediados de los setenta.

La tercera y más reciente perspectiva, el punto de vista interaccionista del conflicto, propone no solamente que el conflicto puede ser positivo sino también, que algo de conflicto es absolutamente necesario para el funcionamiento eficaz de una organización o unidades dentro de ella. Mientras que el enfoque de relaciones humanas acepta el conflicto. El punto de vista

interaccionista lo estimula, sobre todo cuando señala que una organización armoniosa, apacible y tranquila es fácil que se vuelva estática, apática y sin capacidad para reaccionar a las necesidades de cambio e innovación. La principal contribución del enfoque interaccionista es que estimula a la dirección a mantener un nivel mínimo de conflicto.

Ahora bien, el punto de vista interaccionista no propone que todos los conflictos sean buenos. Algunos conflictos apoyan las metas de la Institución, éstos son los conflictos funcionales, mientras que otros evitan que una organización alcance sus objetivos, éstos son los conflictos disfuncionales.

La funcionalidad o disfuncionalidad del conflicto es una cuestión de criterio y de grado ya que un nivel de conflicto considerado por la dirección de una organización como positivo puede no serlo para otra. El límite entre uno y otro no está claro. La dirección debe estimular el conflicto para obtener todos los posibles beneficios de sus cualidades funcionales y reducirlo cuando su nivel se convierte en una fuerza que puede provocar efectos negativos.

Aunque gran parte de la literatura se ha centrado en el estudio del conflicto disfuncional, se acepta de forma general que el conflicto también tiene consecuencias positivas para una organización (Smith, 1966; Baron, 1985; Barcklay, 1991; Menonyotros, 1996). El conflicto disfuncional, se refiere a comportamientos poco saludables dentro de una organización tales como distorsión y retención de información para perjudicar a los que toman las decisiones, hostilidad y desconfianza durante la interacción (Thomas, 1990), y creación de obstáculos que impiden el proceso de toma de decisiones. El conflicto disfuncional también se refleja a través de comportamientos

oportunistas dentro de la organización tales como departamentos que exageran las necesidades para influir en otros (Barcklay, 1991) y retienen información (Jaworski y Kholi, 1993).

El conflicto funcional se refiere al desafío saludable y vigoroso de ideas, creencias y suposiciones (Baron, 1991). Recoge la forma constructiva del conflicto que Eisenhardt y Bourgeois (1988) han propuesto que existe en organizaciones innovadoras y con éxito.

Conviene destacar que algunos trabajos sobre conflicto organizativo utilizan una terminología diferente cuando hablan del conflicto funcional y del conflicto disfuncional. Así, concretamente el conflicto funcional es denominado conflicto cognitivo, mientras que el conflicto disfuncional, conflicto afectivo (Amason, 1996; Brockmann, 1996; Amason y Schweigen, 1994; Cosier y Dalton, 1990).

Con las distintas aportaciones, nosotras utilizaremos el término conflicto organizativo para referimos a la existencia de diferencias incompatibles entre dos o más departamentos, que se derivan de alguna forma de interferencia u oposición.

2.2.6 Análisis de la relación entre la centralización y el conflicto

La literatura sobre comportamiento organizativo desarrolla un fuerte argumento teórico (Smith, 1966; Thomas, 1976) y, en algunos casos, empírico (Dewar y Werbel, 1979; Thomas y otros, 1972) de que el conflicto interdepartamental es una consecuencia del contexto organizativo dentro del cual tiene lugar la toma de decisiones. Este contexto se refiere a la

organización como sistema social, la forma en que está estructurada, y el modo en que los subsistemas de la misma están interrelacionados. Katz y Kahn (1978: 628) mantienen que los factores contextuales son buenos predictores del conflicto.

Del mismo modo, Barkclay (1991) recurriendo a la teoría de comportamiento organizativo formula un modelo donde las características organizativas afectan al conflicto interdepartamental. Como resultado de su investigación encontró que el conflicto interdepartamental es una consecuencia del contexto organizativo en el que se produce la toma de decisiones. Este contexto incluye la organización como un sistema social, la forma en que la organización está estructurada y la forma en que los subsistemas de la organización están interrelacionados. Ahora bien, la principal aportación es integrar los factores organizativos clave que afectan tanto al conflicto funcional como al disfuncional.

Por otro lado, Menon y otros (1997) argumentan que el conflicto interdepartamental puede ser reducido mediante una cuidadosa estructuración de la organización. Esta idea es la que nos ha empujado a considerar sólo aquellos trabajos que relacionan dimensiones estructurales con el conflicto dentro de la organización.

Corwin (1969) define un conjunto de relaciones entre el conflicto organizativo y cinco variables organizativas adaptando su medida para una muestra formada por 28 organizaciones. Concretamente, considera la diferenciación estructural, la participación en el sistema de autoridad, los procedimientos de regulación, la heterogeneidad y estabilidad del personal y la

estructura interpersonal como factores representativos de la estructura organizativa. Los resultados de su trabajo muestran que las y-elaciones entre estas variables y el conflicto son diferentes dependiendo del contexto y del tipo de conflicto. De otro modo, Dewar y Werbel (1979), en su revisión de la vinculación entre satisfacción y conflicto, por un lado, y los estilos de estructura y control (orgánicas y mecánicas), por otro, seleccionan como dimensiones significativas de los tipos de estructura la centralización de las tareas de decisión y la formalización.

Barcklay (1991) estudia el efecto que sobre el conflicto manifiesto tienen un conjunto de factores de tres niveles diferentes: organizativo, departamental e interdepartamental. A nivel organizativo, considera que la estructura, los procesos y el clima de la organización son los factores más significativos que pueden tener influencia sobre el conflicto. Como en otros estudios similares, especialización, formalización y centralización de la autoridad son las dimensiones seleccionadas para representar la estructura, añadiendo además el tamaño de la organización.

Menon y otros (1996) ofrecen una revisión de los antecedentes y consecuencias del conflicto funcional y disfuncional en las relaciones intra-organizativas. Como características de diseño organizativo tienen en cuenta la formalización, la interconexión interdepartamental, las barreras de comunicación, el espíritu de equipo y la centralización.

Por último, Menon y otros (1997) examinan la vinculación entre las interacciones interdepartamentales y la calidad de los productos. Para ello, consideran dos conceptos específicos de las interacciones

interdepartamentales, la conexión y el conflicto, aspectos que relacionan con la estructura organizativa.

De nuevo, la centralización es considerada como dimensión relevante de la estructura organizativa, junto con la departamentalización y los niveles jerárquicos. Sin embargo, de entre todas las dimensiones estructurales analizadas por los distintos autores, nosotros hemos elegido la centralización como dimensión relevante, entendida ésta en su doble acepción de jerarquía de autoridad y participación en la toma de decisiones. En cuanto al conflicto, hemos considerado interesante estudiar tanto la cara positiva como la cara negativa del mismo.

Como se ha señalado anteriormente, Eisenhardt y Bourgeois (1988) indican que en organizaciones innovadoras y con éxito se da un conflicto de tipo constructivo. En dichas organizaciones, los departamentos individuales muestran un deseo de considerar nuevas ideas y cambios sugeridos por otros departamentos, además de proporcionar voluntariamente información e ideas para otros dentro de la organización. Menon y otros (1996) señalan que durante los conflictos funcionales ocurre una interacción consultiva entre los miembros de la organización, quienes expresan libremente sentimientos y opiniones.

Por ello, es lógico pensar que estas circunstancias sólo pueden darse en situaciones de menor centralización entendida como jerarquía de autoridad. Esto nos lleva a concluir que a medida que aumenta la descentralización, el nivel de conflicto funcional será mayor, o lo que es lo mismo, cuanto mayor sea

la centralización, entendida como jerarquía de autoridad, menor sería el nivel de conflicto funcional.

La misma relación se mantiene al considerar la centralización como menor participación en la toma de decisiones. De acuerdo con Corwin (1969), la participación en el sistema de autoridad es una variable que influye sobre el conflicto, aunque la relación sea diferente según el tipo de conflicto que se considere.

Respecto al conflicto funcional, la centralización puede reducir los ratios de conflicto ya que permite controlar sus efectos reduciendo la motivación para expresar abiertamente desacuerdos que podrían implicar consecuencias positivas para la organización. Aunque el estudio de esta relación no ha sido muy extenso en la literatura, la aportación de Corwin (1969) nos induce a considerar que es relevante. Por ello, asumimos que existirá una relación negativa entre centralización y conflicto funcional en una organización, es decir, cuanto mayor sea la descentralización, entendida como participación en la toma de decisiones, mayor será el nivel de conflicto funcional.

Según se ha definido la jerarquía de autoridad, ésta implica que en los niveles altos de la organización se toman un gran número de decisiones. Por ello, los departamentos pierden control sobre las actividades que desarrollan. Esta pérdida de control disminuye la satisfacción del departamento y aumenta la frustración que puede dirigirse contra los niveles altos de la organización y/o contra otros departamentos. Esta es la razón por la que distintos autores proponen una relación directa entre centralización de autoridad y conflicto

disfuncional (Dewar y Werbel, 1979; Barcklay, 1991; Menon y otros, 1996; Menon y otros, 1997).

En esta línea, Dewar y Werbel (1979) señalan que las organizaciones descentralizadas conducen a menores ratios de conflicto y mayores niveles de satisfacción, mientras que las centralizadas producen un efecto de alienación en los trabajadores lo que implica un clima de actitudes negativas hacia el trabajo y la organización. Esto puede desembocar en conflicto disfuncional. Además, la frustración del deseo de control que supone la centralización se traduce a menudo en respuestas agresivas, llevando a situaciones de suspicacia, desconfianza y falta de cooperación entre los participantes (Dewar y Werbel, 1979).

Por otro lado, la centralización reduce la flexibilidad, disminuye la autonomía, aumenta el aislamiento, inhibe el intercambio de ideas y críticas constructivas dentro de una organización y reduce la satisfacción en el trabajo, lo que incrementa el conflicto entre los departamentos. Este razonamiento es el que guió a Menon y otros (1996) a postular una senda entre la centralización y el conflicto disfuncional.

Por último, Menon y otros (1997) indican que la centralización tiende a crear un clima de tensión y conflicto. La toma de decisiones descentralizada aumenta la comunicación y la confianza entre los departamentos de una organización.

Respecto al segundo enfoque de centralización, ya se ha señalado anteriormente que la participación en el sistema de autoridad influye de forma

diferente según el tipo de conflicto (Corwin, 1969). Para el caso de conflicto disfuncional, cuando el nivel de centralización es mayor, es decir, los directivos de niveles superiores resuelven frecuentemente los desacuerdos y, por tanto, la participación en la toma de decisiones es menor para los niveles inferiores, existen dos razones por las que los ratios de conflicto, considerado como bloqueo, aumentarán.

En primer lugar, el hecho de que los superiores tomen decisiones para resolver diferentes aspectos y que el resto de los miembros no participen en su resolución, puede llevar a un aumento de la tensión. Esto origina un clima propicio para que surjan y/o se desarrollen formas de conflicto disfuncional. En segundo lugar, aquellos aspectos resueltos por los superiores sin la participación de los subordinados, pero que éstos pueden arreglar fácilmente por ellos mismos, pueden generarles tal frustración que provoque conflicto disfuncional.

Todo esto nos lleva a establecer que se dará una relación positiva entre la no participación en la toma de decisiones y el conflicto disfuncional, esto es, cuanto menor sea la descentralización, entendida como participación en la toma de decisiones, mayor será el nivel de conflicto disfuncional.

2.2.7 Desconcentración de funciones

La centralización y la desconcentración responden a la misma noción de organización administrativa centralizada. La desconcentración está dentro del cuadro de la centralización, que sólo se distingue por la forma periférica en que desarrolla sus funciones.

Los órganos desconcentrados son parte de la centralización administrativa cuyas atribuciones o competencia la ejercen en forma regional, fuera del centro geográfico en que tiene su sede el poder central. Luego pueden desconcentrarse las administraciones regional, provincial y distrital. La administración regional tiene como principales órganos desconcentrados con delegaciones políticas.

Es entonces, la desconcentración, la forma jurídico-administrativa en que la administración centralizada con organismos o dependencias propias, presta servicios o desarrolla acciones en distintas regiones del territorio del país. Su objeto es doble: acercar la prestación de servicios en el lugar o domicilio del usuario, con economía para éste, y descongestionar al poder central.

Para el jurista español, De la Vallina Velarde, la desconcentración es "aquel principio jurídico de organización administrativa en virtud del cual se confiere con carácter exclusivo una determinada competencia a uno de los órganos encuadrados dentro de la jerarquía administrativa, pero sin ocupar la cúspide de la misma"

2.2.8 Descentralización y desconcentración

Se distingue la descentralización de la desconcentración, ya que ésta (la desconcentración) consiste en atribuir facultades de decisión a algunos órganos de la administración que, a pesar de recibir tales facultades, siguen sometidos a los poderes jerárquicos de los superiores.

En cuanto al Sector Salud, la descentralización y la desconcentración son formas jurídicas en que se organiza la administración y en las dos el poder central transmite parte de sus funciones a determinados órganos u organismos. Existe la diferencia esencial en que los órganos de la primera están fuera de la relación jerárquica del poder central y los organismos de la segunda están sujetos al poder jerárquico.

La desconcentración aparece como un fenómeno desligado del concepto de sistema administrativo, ya sea de centralización o descentralización. En efecto, el análisis de la centralización y de la descentralización de salud, permitió observar que es imposible un tercer sistema de organización, y en consecuencia, la desconcentración no está en la misma línea conceptual.

En segundo lugar, no obstante referirse a problemas de organización administrativa de la salud, la desconcentración no aparece como un principio de técnica de organización de los servicios públicos, o si se quiere, de ciencia de la administración, sino que es un concepto esencialmente jurídico que se vincula a los problemas de la jerarquía y de la distribución de competencia.

En términos simples, desconcentrar significa desligar algo del centro. Desconcentración, la posición desviada de un centro dado.

La palabra concentración tiene como significado en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la reunión en un centro de modo que lo que no se reúne se desconcentra. Ahora, existe consenso general en la doctrina para estimar que el estudio teórico de la desconcentración se

encuentra poco tratado y que en dicho tema, no existiendo un estudio separado de la desconcentración misma, salvo el caso del ensayo del profesor Juan Luis de la Vallina Velarde: "La Desconcentración Administrativa".

El escaso tratamiento de la desconcentración administrativa se debe a que el concepto de la misma se encuentra confundido con otras instituciones. Así, por ejemplo, en Italia se estima que es una especie de descentralización administrativa, la que denominan descentralización burocrática o jerárquica y, por tanto, sus problemas se analizan dentro de la teoría general del "descentramiento". En Francia la desconcentración se estima como sinónimo de delegación de poderes a los agentes locales, y por ello, si bien la doctrina de dicho país ha usado esta terminología, no ha depurado técnicamente su concepción.

Aun dentro del enfoque general que se le da al tema, se parte de directrices diversas, ya que cierto sector de la doctrina supone que la desconcentración es un fenómeno de técnica administrativa, o sea, una proyección de la ciencia de la administración para mejorar la eficacia de los servicios públicos; en este caso, el Sector Salud, y en contra, existen autores que señalan que su problemática debe ser analizada bajo un prisma estrictamente jurídico o de derecho administrativo.

Los criterios de análisis, en este caso, son los siguientes:

a) Criterio de transición

La teoría de la transición conceptualiza la desconcentración como una etapa intermedia o de matices entre los sistemas antes

señalados. En opinión de Sayagüés Laso, sostiene la hipótesis según la cual, "este proceso de desplazamiento de poderes hacia los órganos subordinados es la primera etapa del proceso más amplio de descentralización administrativa, ha sido denominado desconcentrada".

Ahora bien, la desconcentración, estimada como etapa previa de la descentralización administrativa, carece de la fuerza suficiente para romper la vinculación de jerarquía, la que sólo se atenúa y únicamente se romperá en etapas o fenómenos sucesivos hacia la verdadera descentralización.

Concebida la desconcentración como un proceso es lógico que se la defina como "la etapa de mínima descentralización que se configura cuando a un órgano subordinado jerárquicamente se le confieren ciertos poderes de administración para que los ejerza a título de competencia propia bajo determinado contralor del órgano superior".

En otras palabras, se admite por esta corriente la procedencia del recurso de alzada o jerárquico, lo que consecuentemente debilita la competencia del órgano desconcentrado, que debe ser exclusiva según la unanimidad de la doctrina.

La tesis de que existe un proceso por etapas de la centralización a la descentralización sólo provoca soluciones artificiales que impiden observar el verdadero fenómeno de la desconcentración administrativa y, al mismo tiempo, obstaculiza la posibilidad de reunir los elementos

que la constituyen y ubicarla como institución propia en el campo del derecho administrativo.

b) Criterio de la limitación de la jerarquía

Otra posición doctrinaria sustentada principalmente por el profesor uruguayo Aparicio Méndez toma como índice de la conceptualización de la desconcentración administrativa el vínculo de jerarquía. El profesor Méndez estima, al analizar los caracteres de la desconcentración, que la atribución de competencia a un órgano jerarquizado trae como necesario efecto que "las potestades jerárquicas se detienen precisamente en el límite de la zona en que un órgano del sistema está facultado para obrar y decidir por sí".

Subrayando otro de los elementos o caracteres de este fenómeno expresa que el órgano no puede cambiar de ubicación formal dentro del sistema de jerarquía, de este modo señala como tercer rasgo de la desconcentración "el no comprometer la posición institucional del órgano", agregando que "se trata de un fenómeno que se refleja en la vida íntima del ente y que repercute, dada la naturaleza del sistema jerárquico, sobre los poderes respectivos".

c) Criterio político-organizativo

Se estima que es un sistema técnico organizativo que permite la eficacia del servicio público tomada ésta noción en sentido técnico. Así, por ejemplo, para André Buttgenbach, la desconcentración es un sistema de organización administrativa en el cual el poder de decisión, la competencia de ejecutar actos jurídicos que comprometen a la persona

pública es atribuida a los agentes jerárquicamente subordinados en la autoridad central y suprema de ese servicio.

El análisis de Buttgenbach parte de los efectos de cierta desconcentración que se operó en Francia con la atribución de competencia a los prefectos. Esta atribución de competencia, si bien en técnica jurídica no es, como veremos, una desconcentración propiamente tal, busca una finalidad eminentemente práctica de la administración de ciertos cometidos que se proyectan en un ámbito regional o local.

d) Criterio jurídico de la distribución de competencias

Es indudablemente valiosa la conceptualización que nos entrega el profesor De la Vallina Velarde sobre la desconcentración. Para este autor español es necesario enfocar el problema desde un punto de vista estrictamente jurídico. De la Vallina Velarde sustenta que la desconcentración es "aquel principio jurídico en virtud del cual se confiere con carácter exclusivo una determinada competencia a uno de los órganos encuadrados dentro de la jerarquía administrativa, pero sin ocupar la cúspide de la misma".

Posteriormente desarrolla esta definición al expresar que para que exista desconcentración de la Administración Pública será necesaria la concurrencia de los siguientes supuestos:

- La atribución de una competencia en forma exclusiva;
- Esta atribución debe hacerse a un órgano que no ocupe la cúspide de la jerarquía, pero que esté encuadrada dentro de la misma, y

- Un ámbito territorial dentro del cual el órgano ejerza la competencia que le ha sido atribuida.

La concepción de De la Vallina, Velarde es total, por cuanto toma desconcentración administrativa como una institución jurídica que puede darse tanto en un régimen centralizado como descentralizado. Por consiguiente, si se procura delimitar el concepto de la desconcentración será menester determinar los elementos que la constituyen, a fin de diferenciarla de otros institutos que persiguen un fin análogo.

e) La provisión de servicios públicos

La provisión de servicios públicos en el país puede ser analizada desde el punto de vista de la clasificación del gasto presupuestal según función. Como se observa en diferentes escenarios, el interior y defensa es el que recibe una mayor participación del gasto presupuestal se sustenta teóricamente; sin embargo lo perciben otros sectores.

Luego le siguen casi en el mismo nivel los pagos de la deuda interna y externa, así como el gasto previsional del Estado. Salud y educación es la cuarta función en orden de importancia, Después de esta, vienen seguridad y transportes y comunicaciones.

2.2.9 Incentivos y mecanismos de control en el manejo presupuestal

Como señala el MEF (Ministerio de Economía y Finanzas), 2012, el problema de eficacia y calidad del gasto público se puede resumir en siete causas: (i) la falta de articulación del planeamiento con el presupuesto desde

una perspectiva de resultados; (ii) la abundancia e inconsistencia de normas que dificultan la gestión institucional y no promueven un enfoque por resultados; (iii) la debilidad en los sistemas de información, seguimiento y evaluación en los sectores e instituciones que den cuenta clara y oportuna de la situación de los resultados y productos; (iv) la poca capacidad de gestión de las instituciones orientada a resultados, medida tanto en términos de los recursos humanos como en términos de los mecanismos que promuevan la articulación de objetivos; (v) la escasa rendición social de cuentas y participación informada de la sociedad civil en el proceso de toma de decisiones; y (vi) un ordenamiento institucional y de funciones que no facilita el logro de resultados.

En relación al punto (iii), en el Perú junto con los esfuerzos recientes en materia de planeamiento estratégico y programación multianual, los cuales no han tenido resultados, se ha comenzado a trabajar en un sistema de indicadores de desempeño que se espera integrar plenamente al tema presupuestario.

Además, otros instrumentos de incentivos y control del gasto de mayor antigüedad en el Perú son los Convenios de Gestión, las evaluaciones de impacto de los programas, así como el Sistema Nacional de Inversión Pública. Indicador es de desempeño. Los indicadores de desempeño permiten tener una medición cuantitativa respecto al logro o resultado en la entrega de los productos generados por la institución, programa o proyecto; con el objeto de poder realizar comparaciones a lo largo del tiempo o entre instituciones respecto del desempeño de las mismas.

A partir del año 2009, la DNPP (Dirección Nacional de Economía y Finanzas) del MEF comenzó a trabajar en la creación de un Sistema de Seguimiento de Evaluación del Gasto Público. Así, inicialmente fueron los ejecutores del gasto, en coordinación con las oficinas de planeamiento de los organismos gubernamentales, las que propusieron indicadores de desempeño sobre las actividades y proyectos que realizaban, registrándose más de 1,300 indicadores. A mediados del 2008, la mitad de los órganos ejecutores del gasto habían registrado información sobre indicadores de desempeño, y en un trabajo conjunto de depuración con la DNPP, se había reducido el número de indicadores a casi 600.

En la documentos diferentes, se muestra el número de indicadores de desempeño al 2009 según la clasificación funcional del gasto y el principal órgano responsable de política relacionado o ejecutor, así como el gasto presupuestal ejecutado por función (excluyendo el pago de deuda y las obligaciones previsionales). Como se observa, es el sector salud donde el tema se encuentra más avanzado. Otros sectores donde también existe un elevado número de indicadores de desempeño son educación (básicamente universidades) y agro (proyectos e instituciones dependientes del ministerio).

2.2.10 Estados financieros

Los estados financieros básicos o estados contables básicos son un registro formal de las actividades financieras de una empresa, persona o entidad. Los estados financieros son un informe resumido que muestra cómo una entidad ha utilizado los fondos que le confían, y cuál es su situación financiera actual. Los tres estados financieros básicos son: (1) el balance, que

muestra los activos, pasivos y patrimonio de la empresa en una fecha establecida; (2) el estado de resultados, que muestra cómo se obtiene el ingreso neto de la entidad en un período determinado, y (3) el estado de flujo de efectivo que muestra las entradas y salidas de efectivo producidas durante el período.

Es una práctica estándar para las empresas o entidades del Estado presentar estados financieros que se adhieran a los principios de contabilidad generalmente aceptados para mantener la continuidad de la información y la presentación a través de las fronteras internacionales. Los estados financieros son a menudo auditados por entidades gubernamentales, contadores, firmas, etc. para asegurar la exactitud y para propósitos de impuestos, financiamiento o inversión.

En el caso de una empresa, los estados financieros básicos son toda la información financiera pertinente, presentada de una manera estructurada y en una forma fácil de entender. Por lo general, incluyen cuatro estados financieros básicos, acompañados de una explicación y análisis.

- Balance de situación. También se conoce como un balance general o balance contable, informa sobre los activos de una empresa, pasivos y patrimonio neto o fondos propios en un punto momento dado.
- Cuentas de resultados. También se le conoce como cuenta de pérdidas y ganancias e informa sobre los ingresos de una empresa, los gastos y las ganancias o pérdidas en un período de tiempo. Incluye por tanto las ventas y los diversos gastos en que ha incurrido para conseguirlas.

- El Estado de Cambios en el Patrimonio Neto. Explica los cambios en los fondos propios o patrimonio neto de la empresa durante el período que se examina.
- Estado de flujos de efectivo. Informa sobre los movimientos de flujos de efectivo de la empresa en contraposición con la cuenta de resultados que utiliza el criterio del devengo y no tiene en cuenta los movimientos ocasionados por la inversión y financiación.
- Informe de gestión. Consiste en una explicación y análisis de los datos más significativos de los estados anteriores y de las decisiones que han llevado a ellos, así como de las decisiones y expectativas de la organización para el futuro.

Para las grandes empresas o entidades, la declaración de los estados financieros básicos es compleja y por lo que incluyen un amplio conjunto de notas con la explicación de las políticas financieras y los distintos criterios que se han seguido. Las notas suelen describir cada elemento en el balance de situación, cuenta de resultados y el estado de flujos de efectivo con mayor detalle y son parte integrante de los estados financieros.

Los estados financieros básicos, son: el balance general, estado de resultados, estado de cambios en el patrimonio, estado de cambios en la situación financiera y estado de flujos de efectivo.

a) Estado de situación financiera o balance general

Es el documento contable que informa en una fecha determinada la situación financiera de la entidad, presentando en forma clara el valor de sus propiedades y derechos, sus obligaciones y su capital, valuados y elaborados de acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados.

En el balance solo aparecen las cuentas reales y sus valores deben corresponder exactamente a los saldos ajustados del libro mayor y libros auxiliares.

El balance general se debe elaborar por lo menos una vez al año y con fecha a 31 de diciembre, firmado por los responsables:

- Contador
- Revisor fiscal
- Gerente

Cuando se trate de sociedades, debe ser aprobado por la asamblea general.

b) Estado de resultados

Es un documento complementario donde se informa detallada y ordenadamente como se obtuvo la utilidad del ejercicio contable. El estado de resultados está compuesto por las cuentas nominales, transitorias o de resultados, o sea las cuentas de ingresos, gastos y costos. Los valores deben corresponder exactamente a los valores que aparecen en el libro mayor y sus auxiliares, o a los valores que aparecen en la sección de ganancias y pérdidas de la hoja de trabajo.

c) Estado de cambios en el patrimonio (superávit)

Es el estado financiero que muestra en forma detallada los aportes de los socios y la distribución de las utilidades obtenidas en un periodo, además de la aplicación de las ganancias retenidas en periodos anteriores. Esta muestra por separado el patrimonio de una empresa.

También muestra la diferencia entre el capital contable (patrimonio) y el capital social (aportes de los socios), determinando la diferencia entre el activo total y el pasivo total, incluyendo en el pasivo los aportes de los socios.

En resumen, los estados financieros son los documentos que debe preparar la empresa o la entidad al terminar el ejercicio contable, con el fin de conocer la situación financiera y los resultados económicos. La información presentada en los estados financieros interesa a:

- La administración, para la toma de decisiones.
- Los propietarios para conocer el progreso financiero del negocio y la rentabilidad de sus aportes.
- Los acreedores, para conocer la liquidez de la empresa y la garantía de cumplimiento de sus obligaciones.
- El estado, para determinar si el pago de los impuestos y contribuciones esta correctamente liquidado.

2.3 DEFINICIÓN DE TEMINOS BASICOS.

Descentralización. - La descentralización y la desconcentración son formas jurídicas en que se organiza la administración y en las dos el poder central transmite parte de sus funciones a determinados órganos u organismos. Existe la diferencia esencial en que los órganos de la primera están fuera de la relación jerárquica del poder central y los organismos de la segunda están sujetos al poder jerárquico.

Calidad de atención de salud: La calidad de la atención de salud es el grado en que los medios deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. El análisis de la calidad en servicios de salud se realiza a partir de la dimensión humana, técnico-científica y del entorno de la calidad.

Potencial humano: Categoría de vanguardia que implica superar la miope concepción tradicional de considerar a las personas como un recurso, para pasar a contemplar como generadora de valor y riqueza organizacional. También se concibe como Talento Humano o Capital Humano.

Competencia: Hace referencia a las características de personalidad, devenidas en comportamientos, que generan un desempeño exitoso en un puesto de trabajo. Cada puesto de trabajo tiene diferentes características que deben observarse al momento de ubicar o reubicar al colaborador.

Gestión: Concepto que engloba la aplicación particular de las funciones del Proceso Administrativo (Planeación, Dirección, Organización y Control) en la conducción de la organización.

Trabajador de salud: Es el colaborador que perteneciendo a una institución del sector salud, adquiere conocimientos, actitudes y destrezas para cumplir funciones de atención directa o indirecta de pacientes.

Competitividad: Capacidad de la organización de mantenerse vigente y activa; posicionamiento a nivel de la sociedad como una organización que ostenta el liderazgo en el sector, brindando servicios de calidad.

Satisfacción del usuario: Percepción del usuario sobre la calidad de la atención de los servicios de salud de la consulta externa.

Servicio de calidad: Variable dependiente que equivale a brindar un servicio de satisfacción plena del usuario. Ello implica, que la institución debe realizar en forma permanente su máximo esfuerzo, para diferenciarse de la competencia.

Organismo mundial de salud (OMS): Organismo especializado de las Naciones Unidas (ONU), encargada de estudiar y proponer los grandes lineamientos para conservar la salubridad mundial.

Ministerio de salud (MINSA): Sector del Estado Peruano encargada de hacer efectivo las políticas y los lineamientos en materia de salud poblacional en nuestro país.

Incidencia: La incidencia corresponde a la estimación estadística de un riesgo que tiene una persona o un grupo de personas de desarrollar la enfermedad para la cual estamos midiendo la incidencia. La incidencia es una rama de la epidemiología, ciencia que estudia la frecuencia, la repartición y los

factores de riesgo de las enfermedades. Concretamente, la incidencia permite determinar el número de individuos que podrían contraer una enfermedad estudiada sobre una muestra predeterminada y en un lapso de tiempo definido previamente.

Centralización: Es aquella forma de organización pública en la que una sola administración, la del estado, asumiría la responsabilidad de satisfacer todas las necesidades de interés general, y atribuyéndose todas las potestades y funciones públicas necesarias para ello.

Atribución: Se puede definir una atribución como la interpretación o explicación que se hace acerca de las causas, motivos y razones de algún suceso (incluyendo creencias, actitudes y comportamientos) ya sea en otros o en el individuo que la hace.¹ Una atribución puede ser correcta o no.

Servicio: Un servicio es un conjunto de actividades que buscan satisfacer las necesidades de un cliente. Los servicios incluyen una diversidad de actividades desempeñadas por un gran número de personas (funcionarios, empleados, empresarios) que trabajan para el estado (servicios públicos) o para empresas particulares (servicios privados)

Salud: Es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso.

Calidad: la calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume

conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades. Por tanto, debe definirse en el contexto que se esté considerando, por ejemplo, la calidad del servicio postal, del servicio dental, del producto, de vida, etc.

Provisión: Se conoce como provisiones a la acción y efecto de proveer. Provisiones es prevenir, reunir las cosas necesarias para un fin, por ejemplo: en los países que sufren catástrofes naturales o problemas políticos, los individuos poseen en sus hogares provisiones de alimentos y medicamentos. Se conoce como provisiones a la acción y efecto de proveer. Provisiones es prevenir, reunir las cosas necesarias para un fin, por ejemplo: en los países que sufren catástrofes naturales o problemas políticos, los individuos poseen en sus hogares provisiones de alimentos y medicamentos

Beneficio: significa dar o recibir algún bien, o sea aquello que satisface alguna necesidad. El beneficio aporta, adiciona, suma, y de él que se obtiene utilidad o provecho. Este beneficio puede ser económico o moral. En el primer caso sería cuando por ejemplo uno realiza una compra y se lo beneficia pudiendo pagarla en cuotas, al mismo precio que al contado, o cuando el Estado otorga una exención impositiva a ciertos sectores sociales vulnerables. En el segundo habría beneficio moral, cuando alguien recibe el amor de los niños desamparados a cambio de su cuidado. En este último sentido, es común que los artistas realicen espectáculos, cuya recaudación se destina a beneficio de instituciones de bien público.

Ámbito: Espacio comprendido dentro de límites determinados, Campo en que se realiza una actividad o una acción.

Administración: es la ciencia social que tiene por objeto el estudio de las organizaciones y la técnica encargada de la planificación, organización, dirección y control de los recursos (humanos, financieros, materiales, tecnológicos, del conocimiento, etc.) de una organización, con el fin de obtener eficiencia o máximo beneficio posible; este beneficio puede ser social, económico o estratégico, dependiendo de los fines perseguidos por dicha organización.

Presupuesto: Se llama presupuesto al cálculo y negociación anticipada de los ingresos y egresos de una actividad económica (personal, familiar, un negocio, una empresa, una oficina, un gobierno) durante un período, por lo general en forma anual.

Financiera: Las finanzas son aquella serie de actividades que se hayan asociadas al intercambio de bienes de capital, ya sea entre individuos, entre empresas, o bien con estados, y sin dudas es una de las ramas de la economía más importantes en todo el mundo.

Gestión: Se denomina gestión al correcto manejo de los recursos de los que dispone una determinada organización, como por ejemplo, empresas, organismos públicos, organismos no gubernamentales, etc. El término gestión puede abarcar una larga lista de actividades, pero siempre se enfoca en la utilización eficiente de estos recursos, en la medida en que debe maximizarse sus rendimientos.

Infraestructura: puede definirse como la base o fundación que sustenta, soporta o sostiene una organización.

CAPITULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. HIPÓTESIS GENERAL

La descentralización económica financiera para la operatividad funcional, incide significativamente en la provisión de servicios de las entidades que conforman la Red de Servicios de Salud Canas, Canchis Espinar, 2016.

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

1. Existen factores burocráticos y administrativos que determinan favorablemente los procesos de descentralización económica financiera en el Hospital de Espinar, región Cusco.
2. Se comprueban evidencias favorables en la repercusión de la descentralización económico-financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios en el Hospital de Espinar.
3. Se verifican factores burocráticos y administrativos como parte del proceso de descentralización que determinan favorablemente los procesos de operatividad funcional en el Hospital de Espinar.
4. Existen evidencias a partir de la opinión de los usuarios que demuestran las repercusiones positivas en la operatividad funcional y la provisión de servicios en el Hospital de Espinar.

3.3. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

3.3.1. Definición conceptual.

Variable de estudio X: Descentralización económico-financiera.

Se conoce a la descentralización económica financiera, a un tipo de práctica que busca desarrollar un estado, enfocándose en la distribución y transferencia de responsabilidades financieras para actuar de manera autónoma en la toma de decisiones del manejo económico y financiero en el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos de una institución (Zavala, 2014).

Las dimensiones para las variables en la presente investigación, son dos:

- Factores determinantes de la descentralización y la operatividad funcional.
- Evidencias de la descentralización y la operatividad funcional.

Variable de estudio Y: Provisión del servicio de salud.

El proceso de provisión en el servicio de salud, hace referencia a todos los recursos con que cuenta la institución para poder abastecer la prestación de servicios de manera eficiente y eficaz. También se dice que la provisión en el servicio de salud una forma de prever recursos como un gasto para estar preparados por si realmente se produjese el pago de una obligación que la empresa ya ha contraído con anterioridad. (Valdez, 2013).

La dimensión que se ha considerado para la variable de estudio:

- Factores de la provisión de servicios

En el sentido de la presente investigación, la operatividad funcional en la provisión de servicios se entendió como el proceso por el cual se registran

todas las operaciones de programación para dar cumplimiento a ciertas metas u objetivos en beneficio de la colectividad en el ámbito de intervención.

En el siguiente cuadro, la Operacionalización respectiva:

3.3.2. Definición operacional

Variable Independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Unidad	Escala de medición
Descentralización económico-financiera.	Se conoce a la descentralización económica financiera, a un tipo de práctica que busca desarrollar un estado, enfocándose en la distribución y transferencia de responsabilidades financieras para actuar de manera autónoma en la toma de decisiones del manejo económico y financiero en el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos de una institución (Zavala, 2014).	La operacionalización consiste en la aplicación de la encuesta acerca del proceso de la descentralización económica financiera para detectar la lógica del proceso con el que los gobiernos superiores encargan a los de jerarquía menor o inferiores, áreas de gestión e implementación de políticas. Se verifica el número de "casos" en la escala de Likert donde se valore la voluntad y calidad de este proceso según los funcionarios y administrativos.	Factores determinantes de la descentralización y la operatividad funcional. Evidencias de la descentralización y la operatividad funcional.	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de estado y gobierno. • Sociodemográfica • Económicas. • Territorialidad • Beneficio motivacional • Expectativas • Remuneración. • Brechas laborales. • Motivación y Reconocimiento • Incentivos motivacionales • Desempeño laboral • Compromiso. • Informes de hechos 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy Bueno - Bueno - Regular - Malo - Muy Malo 	<p>100 a 95% = Muy bueno</p> <p>95 a 85% = bueno</p> <p>85 a 65% = regular</p> <p>65 a 50 = malo</p> <p>Menos de 50 = muy malo, deficiente</p>

Variable Independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Unidad	Escala de medición
Provisión del servicio de salud.	El proceso de provisión en el servicio de salud, hace referencia a todos los recursos con que cuenta la institución para poder abastecer la prestación de servicios de manera eficiente y eficaz. También se dice que la provisión en el servicio de salud una forma de prever recursos como un gasto para estar preparados por si realmente se produjese el pago de una obligación que la empresa ya ha contraído con anterioridad. (Valdez, 2013).	Aplicación de una encuesta acerca del proceso de Capacitaciones al personal administrativo que efectúan los directivos y funcionarios en beneficio de la población, en aplicación al Manual de Organizaciones y Funciones y otras normas que regulan la administración y funcionamiento. El concepto de calidad de gestión hace referencia a la acción y al efecto de gestionar o de administrar. Prestar servicio de calidad es realizar diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera, captado y medido cuantitativamente con instrumentos.	Factores de la provisión de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de cumplimiento de estándares. • Satisfacción. • Cumplimiento de objetivos. • Cumplimiento de metas. • Condiciones favorables. • Incentivo Motivacional • Satisfacción en los procesos de prestación de servicio administrativo. • Percepción General del entorno • Área y Ambiente de Trabajo • Calidad del servicio administrativo. • Percepción del servicio administrativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy Bueno • Bueno • Regular • Malo • Muy Malo 	<p>100 a 95% = Muy bueno</p> <p>95 a 85% = bueno</p> <p>85 a 65% = regular</p> <p>65 a 50 = malo</p> <p>Menos de 50 = muy malo, deficiente</p>

CAPITULO IV. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

4.1.1. Tipo de investigación.

El presente Trabajo de Investigación es de tipo sustantivo, porque estudia la incidencia de las estrategias de descentralización económica y financiera en la Provisión de Servicios en el Hospital de Espinar, a partir de un conocimiento inductivo.

Sánchez Carlessi H. y Reyes Meza C. (2010), consideran que este tipo de investigación se define como aquella actividad orientada a la búsqueda de nuevos conocimientos y nuevos campos de investigación sin un fin práctico específico e inmediato su finalidad es crear un cuerpo de conocimiento teórico sobre los fenómenos educativos, sin preocuparse de su aplicación práctica.

4.1.2. Nivel de investigación.

El presente estudio corresponde al nivel correlacional causal (explicativo), porque busca establecer la relación entre las variables de estudio, en este caso, la descentralización económico-financiera para la operatividad funcional con la provisión de servicios de salud en beneficio de la sociedad civil de la provincia de Espinar Región Cusco, además buscando dar una explicación objetiva y real de la relación de estas variables de estudio.

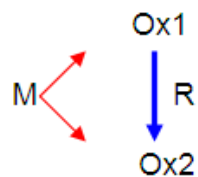
4.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1. Método

Considerando que los métodos son las formas en que se aborda o se enfrenta la investigación en relación a la postura o posición del investigador, en el presente estudio se asume el método hipotético deductivo, dentro de un enfoque cuantitativo un paradigma positivista, y como consecuencia de ello, generar un cuerpo de conocimientos que luego fue traducido en una teoría científica respecto a la realidad de cómo se presentan las dos variables de investigación.

4.2.2. Diseño

Corresponde al diseño transversal, de clase explicativo causal; ya que permite evaluar y determinar el grado de relación existente entre las variables (estrategias de descentralización económica y financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios de salud en el Hospital de Espinar). El esquema:



Dónde:

- M: Es la muestra de estudio.
- Ox1: Es el conjunto de datos y observaciones respecto al proceso de descentralización económico-financiera.
- Ox2: Es el conjunto de observaciones respecto a la provisión de servicios de salud en beneficio de los usuarios del hospital.

- R: La relación entre las dos variables de estudio.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. Población

La población escogida estuvo constituida por el total de personal administrativo encargado del Hospital de Espinar de la Región Cusco, y los pacientes (potenciales o activos) del mismo, que está constituido por un promedio potencial de 82 administrativos y 185 usuarios-pacientes promedio.

4.3.2. Muestra

Para realizar el cálculo de tamaño muestral se ha utilizado la fórmula probabilística con un 95% de nivel de confianza, 5% de margen de error y 50% de probabilidad de aceptación y rechazo:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Según este cálculo, se obtiene dos sub-muestras:

21 personas (personal administrativo, funcionarios, trabajadores en salud) del Hospital de Espinar

31 usuarios del servicio de salud en el Hospital De Espinar.

Dónde:

N: Tamaño de la población.

P=0.50: Probabilidad de éxito.

Valor de la tabla normal al 95% de confianza.

Z = Error del estudio.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1. Técnicas

Las técnicas de recojo de datos se refieren al conjunto de procedimientos y recursos de que se vale la ciencia para conseguir su fin. Un instrumento de recolección de datos es, en principio, cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información (Hernández y Otros, 2006).

- Se recurrió a la técnica Documental para indagar la realidad del objeto de investigación y obtener información clara y precisa acerca de los estados financieros y la operatividad funcional.
- Así mismo, se ha recurrido a la técnica de la Encuesta sirvió para evaluar de la incidencia de los procesos de descentralización económico-financiera así como la provisión de servicios en el Hospital.

4.4.2. Instrumentos

- El primer instrumento fue la Guía de revisión documental para los estados financieros del Hospital de Espinar.
- El segundo instrumento fue el Cuestionario con escala de Likert para los 21 administrativos (Cuestionario de OPINIÓN sobre Procesos de descentralización económica financiera para la operatividad funcional);

así como para los 31 usuarios-pacientes del Hospital (Cuestionario de OPINIÓN sobre la Calidad de provisión de servicios de salud).

4.4.3 Prueba de confiabilidad

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.

La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Según George y Mallery los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $>.9$ excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ pobre
- Coeficiente alfa $<.5$ inaceptable

A continuación se presentan las siguientes tablas según los resultados obtenidos del alfa de cronbach para este estudio.

1. Prueba de confiabilidad para el cuestionario de OPINIÓN sobre Procesos de descentralización económica financiera para la operatividad funcional.

Tabla 1. Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	21	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	21	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,898	22

Del cual obtenemos que el coeficiente de alfa resulto mayor a 0.898; lo que indica que tenemos una fiabilidad buena, equivalente a manifestar que se trata de una credibilidad del 89,8% sobre las respuestas.

2. Prueba de confiabilidad para el cuestionario de OPINIÓN sobre la Calidad de provisión de servicios de salud.

Tabla 2. Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	31	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	31	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,975	21

Del cual obtenemos que el coeficiente de alfa resulto mayor a 0.975; lo que indica que tenemos una fiabilidad excelente, equivalente a decir un 97.5% de credibilidad.

4.4.4 Procesamiento y presentación de datos

Se obtuvo información objetiva y relevante para el desarrollo mediante la aplicación de las técnicas e instrumentos antes indicados, recurriendo a los informantes o fuentes también ya citados, donde los datos fueron incorporados e ingresados al programa computarizado Word, Excel y SPSS-22. Con ellos se hicieron cuando menos los cruces que consideran las hipótesis, y con precisiones porcentuales, ordenamiento de mayor a menor y tal o cual indicador estadístico, los cuales fueron presentados como informaciones en forma de tablas y gráficos.

4.4.5. Análisis e interpretación de datos

Se procesaron los datos de la encuesta sobre la variable independiente (X) descentralización económico-financiera, y la dependiente (Y) Calidad de provisión de servicios al usuario, obteniéndose resultados parciales de las dimensiones investigadas. Los valores obtenidos entre variables, se colocaron en el Software Informático SPSS versión 22.

Se recurrió a la prueba de hipótesis mediante el índice Tau b de Kendall, también es llamado coeficiente de correlación de rangos de Kendall, que consiste en una estadística que se usa para medir la asociación entre dos cantidades medidas. Una prueba de tau es una prueba de hipótesis no paramétrica, necesaria en el caso de la presente investigación, conforme se demuestra en los resultados.

CAPITULO V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La investigación: “Incidencia de la descentralización económica financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios del Hospital de Espinar, región Cusco”, se obtuvieron resultados que serán presentados en tablas estadísticas y gráficos respectivos para su interpretación y análisis correspondiente.

Los resultados se presentan siguiendo el orden que a continuación se menciona:

- Resultados de la incidencia de descentralización económica-financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios en la población y ámbito de estudio.
- La prueba de hipótesis. Aplicada especialmente para los casos de comprobar si existe relación entre las variables y las dimensiones que fueron evaluados con los instrumentos de recolección de datos.

5.1 Resultados de Estados Financieros

Los Estados Financieros muestran la situación financiera y los resultados económicos de la UE 408 HOSPITAL DE ESPINAR, y tiene como finalidad suministrar información valiosa para la toma de decisiones, tanto como para efectuar la rendición de cuentas por los recursos recibidos y ejecutados durante el año fiscal 2015 y 2016, en cumplimiento de la gestión.

Los principios y prácticas contables aplicadas para el registro de las operaciones y la preparación de Estados Financieros son los siguientes:

1. Los Estados Financieros han sido preparados de acuerdo a Principios de Contabilidad gubernamental aceptados que constituyen la base teórica sobre la cual se fundamenta el proceso contable gubernamental y es completado con Directivas y Resoluciones emitidas por el Consejo Normativo de Contabilidad y la Dirección Nacional de Contabilidad Pública, Órgano Rector del Sistema Nacional de Contabilidad.
2. Los Estados Financieros han sido preparados por el principio contable del Devengado, Conforme a las Normas Internacionales de Contabilidad.
3. Los Estados Financieros han sido preparados en base a los registros contables con aplicación del Nuevo Plan Contable Gubernamental aprobado según Resolución Directoral N° 010-2015-EF/51.01.
4. Los estados financieros han sido preparados teniendo en cuenta la Directiva N° 003-2016-EF/51.01 “Cierre Contable y Presentación de Información para la Elaboración de la Cuenta General de la República.”
5. La Unidad Monetaria para el registro contable de las operaciones, es el Nuevo Sol representado por el símbolo S/.

5.1.1 Aplicación práctica 1-ESF

Tabla 3. Nota 3: Efectivo y equivalente de efectivo

CODIGO	FUENTE DE	2016	2015	DIFERENCIA	
	FINANCIAMIENTO				
1101.0202	FONDOS DE CAJA CHICA	-	3,000.00	-3,000.00	-
1101.030102	RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	342,517.07	427,094.19	-84,577.12	124.7
1101.030106	TRANSFERENCIAS	208,085.46	245.98	207,839.48	0.1
1101.1201	RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS - CUT	268,235.92	72,897.74	195,338.18	27.2
TOTAL		818,838.45	503,237.91	315,600.54	61.5

En cuanto al efectivo y equivalente de efectivo entre los años 2015 y 2016, existen diferencias importantes como se puede verificar en el cuadro. En términos generales, existe una variación positiva de S/. 315,600.54 por concepto de Recursos Directamente Recaudados CUT y las transferencias del gobierno. A diferencia del año anterior 2015, en el 2016 fueron por un monto menor, por lo que se puede indicar que la U.E. 408 del HOSPITAL DE ESPINAR tuvo más ingresos en Recursos Directamente Recaudados y Transferencias durante el año 2016.

Tabla 4. Nota 7: inventarios (neto)

CODIGO	CONCEPTO	2016	2015	DIFERENCIA	
301	BIENES Y SUMINISTROS DE FUNCIONAMIENTO	970,588.96	791,291.90	179,297.06	81.5
302	VESTIARIOS Y TEXTILES	105,600.75	99,456.49	6,144.26	94.2
303	COMBUSTIBLES,CARBURANTES,LUBRICANTES Y AFINES	226,471.84	147,506.08	78,965.76	65.1
TOTAL		1,302,661.55	1,038,254.47	264,407.08	79.7

Respecto a Inventarios (neto), como se puede verificar en la tabla, existe una variación positiva de S/. 264,407.08 por concepto de Bienes y Suministros de Funcionamiento, Bienes para la Venta, Combustibles, Carburantes, Lubricantes y afines, a diferencia del año anterior 2015, que resultó disponer de un monto menor para todo el año 2016; por lo que se puede indicar que la U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR dispuso de más bienes y suministros de funcionamiento, bienes para la venta, combustibles, carburantes, lubricantes y afines durante el año 2016.

Tabla 5. Nota 8: servicios y otros pagos por anticipado

ODIGO	CONCEPTO	2016	2015	DIFERENCIA	
205	SERVICIOS Y OTROS CONTRATADOS POR ANTICIPADO	40,556.74	4,923.20	35,633.54	12.1
TOTAL		40,556.74	4,923.20	35,633.54	12.1

En la siguiente tabla, se puede verificar que existió una variación positiva de S/.35,633.54 para el año 2016 por concepto de viáticos y otras entregas a rendir, respecto al año anterior 2015 en el cual se disponía de un monto menor, por lo que se puede afirmar que la U.E. del HOSPITAL de ESPINAR tenía más servicios y otros contratados por anticipado para el año 2016, lo cual incrementa en la calidad de servicios prestados, en alguna forma.

Tabla 6. Nota 9: otras cuentas del activo

CODIGO	CONCEPTO	2016	2015	DIFERENCIA	
1206	Recursos - Tesoro Público	151,266.90	23,281.00	127,985.90	15.4
TOTAL		151,266.90	23,281.00	127,985.90	15.4

En relación a las otras cuentas del activo (nota 9), se puede verificar que existe una variación positiva de S/.127,985.90 por concepto de importes de los gastos devengados entre el año 2016-2015. Estos importes devengados se

financiaban con recursos ordinarios a diferencia del año anterior que, como se verifica en el cuadro, se constata un monto menor por cuya razón se puede indicar que la U.E 408 del HOSPITAL de ESPINAR tiene más gastos devengados que se financian con recursos ordinarios a partir del año 2016. Este indicador ayuda a entender un mejoramiento en la calidad de los servicios prestados a los pacientes.

Tabla 7. Nota 14 propiedades, planta y equipo (neto)

CODIGO	CONCEPTO	2016	2015	DIFERENCIA	%
1501	EDIFICIOS Y ESTRUCTURAS	5,385,842.22	5,143,881.44	241,960.78	95.5
1502	ACTIVOS NO PRODUCIDOS	777,600.00		777,600.00	-
1503	VEHÍCULOS, MAQUINARIAS Y OTROS	3,075,067.06	2,959,589.53	115,477.53	96.2
1508	DEPRECIACIÓN, AMORTIZACIÓN Y AGOTAMIENTO (CR)	-	-	-	78.2
	TOTAL	6,680,266.26	6,102,781.18	577,485.08	91.4

El siguiente cuadro tiene que ver con la nota 14, propiedades, planta y equipo (neto). En todo caso se verifica una variación positiva de S/.577,485.08 entre los años 2016 respecto al año 2015 y por concepto del valor de instalaciones médicas, terrenos urbanos-costos recibidos a título oneroso, vehículos, maquinarias, equipos, mobiliario, aseo, limpieza, seguridad para el uso de la entidad. Sin embargo esa misma diferencia no se percibe en el concepto de depreciación, amortización y agotamiento entre los dos periodos 2015 y 2016. Se puede concluir que la U.E. 408 del HOSPITAL de ESPINAR tiene la adquisición de un terreno urbano a título oneroso, vehículos, maquinarias y otros durante el año 2016.

Tabla 8. Nota 17: cuentas por pagar a proveedores

CODIGO	CONCEPTO	2016	2015	DIFERENCIA	
2103	BIENES Y SERVICIOS POR PAGAR	220,204.30	23,705.00	196,499.30	10.8
TOTAL		220,204.30	23,705.00	196,499.30	10.8

Como se puede comprobar en el cuadro correspondiente a la nota 17 (cuentas por pagar a proveedores) existe una variación positiva de S/.196,499.30 por concepto de Obligaciones por pagar (bienes, servicios y Activos no financieros por pagar) para el año 2016, a diferencia del año anterior 2015 cuyo monto fue ínfimo, por lo que se puede afirmar que la U.E, 408 del HOSPITAL de ESPINAR tiene más cuentas por pagar en bienes, servicios y activos no financieros para el año 2016.

Tabla 9. Nota 18: impuestos, contribuciones y otros

CODIGO	CONCEPTO	2016	2015	DIFERENCIA	%
2101	IMPUESTOS ,CONTRIBUCIONES Y OTROS	11,544.64	7,994.78	3,549.86	69.3
TOTAL		11,544.64	7,994.78	3,549.86	69.3

En cuanto a la nota 18 (impuestos, contribuciones y otros), se verifica una variación positiva de S/. 3,549.86 en el año 2016 respecto al año 2015. Estos conceptos tienen que ver con impuestos, contribuciones y otros. Esta situación igualmente permite concluir en esta parte que la U.E. 408 de HOSPITAL de ESPINAR tuvo más impuestos que honrar, contribuciones que cumplir y otros por pagar para el año 2016; lo cual es un indicador de crecimiento en su gestión financiera.

Tabla 10. Nota 23: otras cuentas del pasivo

CODIGO	CONCEPTO	2016	2015	DIFERENCIA	%
2103	CUENTAS POR PAGAR-OTRAS	6,990.00	-	6,990.00	-
TOTAL		6,990.00	-	6,990.00	-

Se observa en la nota 23 (otras cuentas del pasivo), la constatación de una variación positiva de S/. 6,990.00 a favor, por concepto de 'cuentas por pagar – otras' para el año 2016. Se puede ver que durante el año 2015 no hubo cuentas por este concepto y resulta ser un indicador importante de mejora o crecimiento para la siguiente gestión.

Tabla 11. Nota 26: beneficios sociales

CODIGO	CONCEPTO	2016	2015	DIFERENCIA	%
2102	REMUNERACIONES, PENSIONES Y BENEFICIOS POR PAGAR	13,112.61	5,237.62	7,874.99	39.9
TOTAL		13,112.61	5,237.62	7,874.99	39.9

En cuanto a la nota 26 (beneficios sociales) se puede comprobar que existe una variación positiva de S/. 7,874.99 por concepto de remuneraciones, pensiones y beneficios por pagar, a diferencia del año 2015. Una vez más, este indicador permite concluir que la U.E, 408 del HOSPITAL de ESPINAR tiene más remuneraciones por pagar durante el año 2016; lo cual es signo de crecimiento en el potencial humano que labora para dicha institución; por consiguiente, un indicador de mejora en la prestación de servicios para la sociedad civil.

Tabla 12. Nota 29: otras cuentas del pasivo

CODIGO	CONCEPTO	2016	2015	DIFERENCIA	%
2103	CUENTAS POR PAGAR	385,227.44	-	385,227.44	-
TOTAL		385,227.44	-	385,227.44	-

En cuanto a la nota 29 (otras cuentas del pasivo), se verifica que existe una variación positiva de S/. 385,227.44 por el concepto de 'cuentas por pagar' (sentencias laborales) para el año 2016 a diferencia de cero soles durante el año 2015, periodo en el cual no se ha tenido reporte de sentencias laborales. Se desea entender que esta diferencia y rubro es un indicador igualmente de progreso y mejora en la calidad del servicio prestado.

Tabla 13. Nota 31: hacienda nacional

CODIGO	CONCEPTO	2016	2015	DIFERENCIA	%
3101	HACIENDA NACIONAL	7,498,100.67	7,365,839.68	132,260.99	98.2
TOTAL		7,498,100.67	7,365,839.68	132,260.99	98.2

De igual forma, verificando la nota 31 (hacienda nacional) se puede observar que existe una variación positiva de S/. 132,260.99 por concepto de capitalización del saldo de hacienda nacional adicional, correspondiente al ejercicio 2016, que a diferencia del año anterior 2015, éste presentó un monto menor, lo cual permite de igual forma afirmar que en la U.E. 408 del HOSPITAL de ESPINAR, hizo más capitalización del saldo de hacienda nacional adicional durante el año 2016. Otro signo de progreso.

Tabla 14. Nota 31: resultados acumulados

CODIGO	CONCEPTO	2016	2015	DIFERENCIA	%
3401	RESULTADO ACUMULADO	858,410.22	137,439.69	720,970.53	16.0
TOTAL		858,410.22	137,439.69	720,970.53	16.0

Igualmente, verificando la nota 31 (resultados acumulados), se verifica una variación positiva de S/. 720,970.53 para el año 2016 y por concepto de Resultado acumulado, a diferencia del año anterior 2015, donde se constata un monto menor. Estas cifras permiten concluir que la U.E. 408 del HOSPITAL de ESPINAR, tiene Resultado positivo en cuanto al Estado de Gestión a ser capitalizable en el periodo 2016, que es el sub siguiente al generado en el año 2015. Otro indicador de mejoramiento de calidad.

Tabla 15. Nota 35: cuentas de orden

CODIGO	CONCEPTO	2016	2015	DIFERENCIA	%
9103	VALORES Y GARANTÍAS	938,873.48	1,080,709.16	141,835.68	115.1
9105	BIENES EN PRESTAMO, CUSTODIA Y NO DEPRECIABLES	94,222.42	92,479.02	1,743.40	98.1
TOTAL		1,033,095.90	1,173,188.18	140,092.28	113.6

Finalmente, se puede verificar en la nota 35 (cuentas de orden) una variación negativa de S/.140,092.28 que son valores y garantías que recibe la institución por concepto de cheques girados, cartas órdenes emitidas, bienes en préstamo, bienes en custodia y los bienes que no alcanzan el valor mínimo para ser considerado dentro de las cuentas del activo. Se puede ver que, el año 2015 fue un monto mayor por lo cual se puede concluir que la U.E. 408 del HOSPITAL de ESPINAR para el año 2016 tuvo menos valores y garantías por

concepto de cheques girados, cartas órdenes emitidas, bienes en préstamo y otros, bienes en custodia y bienes que no alcanzan el valor mínimo para ser considerado dentro de las cuentas del activo.

5.1.2 Sobre el presupuesto 2014, 2015, 2016, 2017

En el siguiente cuadro, se presentan los valores de presupuesto desde la gestión 2014 hasta el 2017, con lo cual se podrá analizar la evolución experimentada en este rubro para el Hospital de Espinar.

Tabla 16. Evolución del Presupuesto 2014-2017

AÑO	PRESUPUESTO	MONTO
2014	RECURSOS ORDINARIOS	S/. 4,022,527.00
	RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADO	S/. 414,797.00
	DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	S/. 419,732.00
TOTAL		S/. 4,857,056.00

AÑO	PRESUPUESTO	MONTO
2015	RECURSOS ORDINARIOS	S/. 6,851,759.00
	RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADO	S/. 671,622.00
	DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	S/. 712,680.00
TOTAL		S/. 8,236,061.00

AÑO	PRESUPUESTO	MONTO
2016	RECURSOS ORDINARIOS	S/. 7,081,053.00
	RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADO	S/. 720,166.00
	DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	S/. 658,021.00
TOTAL		S/. 8,459,240.00

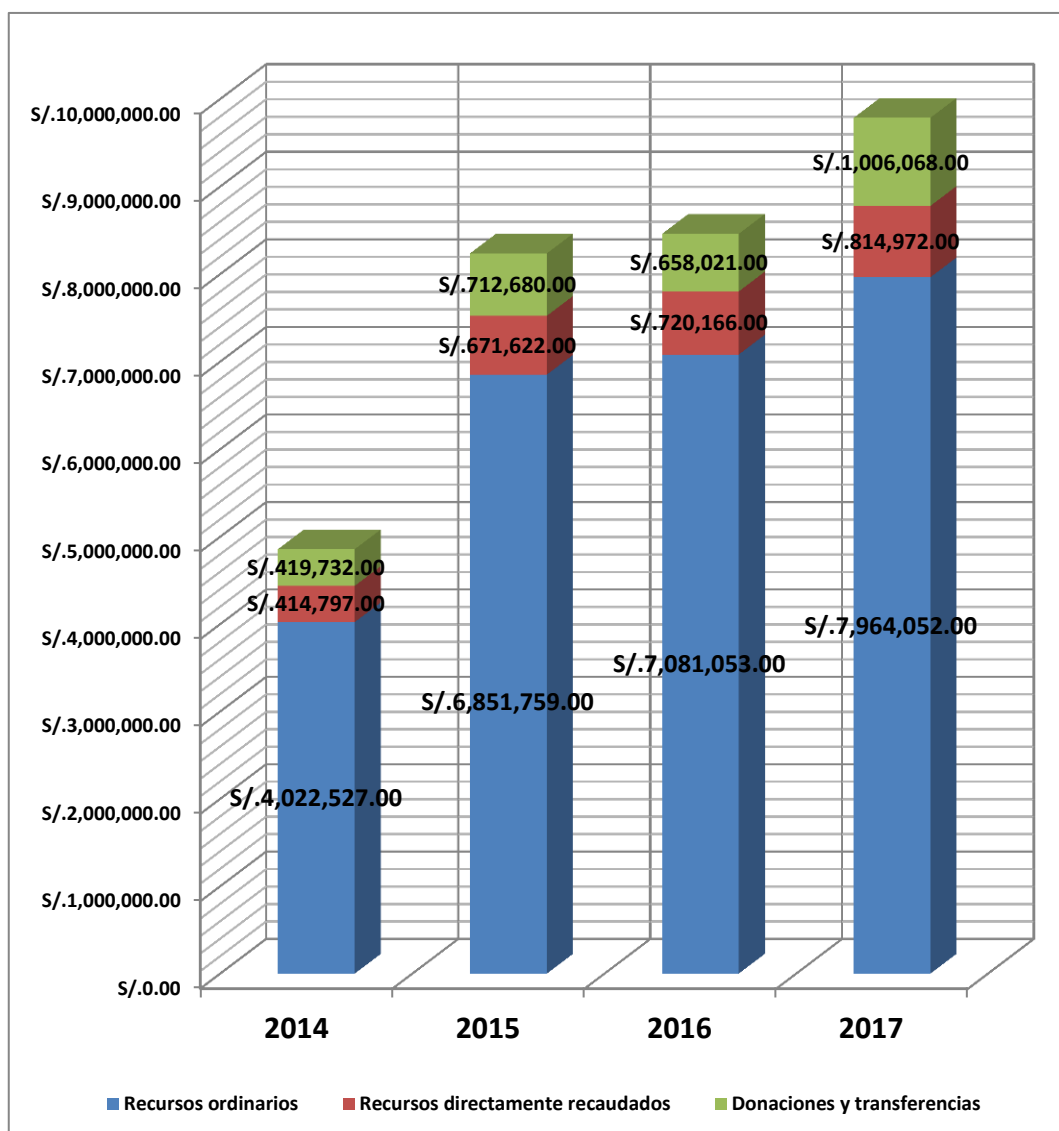
AÑO	PRESUPUESTO	MONTO
2017	RECURSOS ORDINARIOS	S/. 7,964,052.00
	RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADO	S/. 814,972.00
	DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	S/. 1,006,068.00
TOTAL		S/. 9,785,092.00

Fuente: Hospital de Espinar. Elaboración: propia.

Como se puede verificar, existe en cifras una evolución importante entre el año 2014 al 2017, con lo cual el Hospital de Espinar dispone de más recursos económicos para desarrollar sus actividades de servicio en salud.

Desde el año 2014, y a partir de una cantidad cercana a los cinco millones de soles, para los siguientes años dispone de una cantidad importante que llega casi a los 9 millones y medio. Esta evolución se explica mejor en la siguiente figura estadística:

Grafico 1. Evolución de Presupuesto 2014-2017 para el Hospital de Espinar



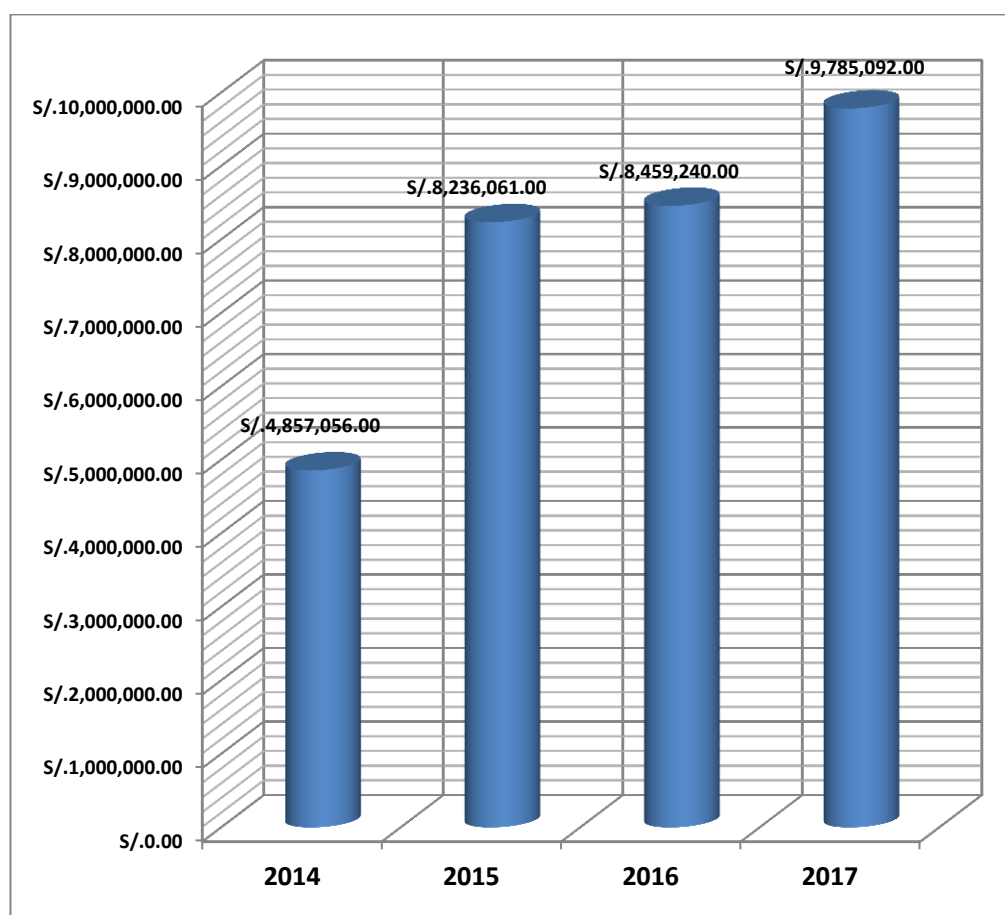
Fuente: Hospital de Espinar. Elaboración: propia.

En la figura se representa la importante evolución de los recursos ordinarios en el Hospital de Espinar. El 2014 fue de 4,02 millones; el 2015 de 6,85 millones; el 2016 de 7,08 millones y el 2017 (actualmente) es de 7,96 millones; es decir, casi 8 millones. En el rubro de recursos directamente recaudados, la evolución fue cerca de 415 mil soles el 2014; 672 mil el 2015; 720 mil el 2016 y 815 mil el año 2017 que todavía no concluye. En cuanto a

donaciones y trasferencias, el importe fue de 420 mil el 2014; 713 mil el año 2015; bajó a 658 mil soles el 2016 y subió hasta un poco más de un millón de soles.

Esta misma evolución en términos totales está representado por la siguiente figura estadística.

Grafico 2. Evolución del presupuesto total entre el 2014 al 2017 para el Hospital de Espinar.



Fuente: Hospital de Espinar. Elaboración: propia.

Se puede verificar en esta figura la importante evolución del presupuesto total en el Hospital de Espinar, considerando los tres rubros detallados en la figura anterior. De cerca de 4 millones 860 mil soles el año 2014, se pasó a 8 millones 237 mil el año 2015; luego, a 8 millones 460 mil el 2016 y; finalmente, a la cifra de 9 millones 786 mil soles el presente año 2017,

bordeando los 10 millones prácticamente. Se puede pensar que con estas cifras, es posible que la calidad del servicio también haya experimentado alguna mejora notoria para el paciente, quien tiene su propia opinión.

5.2 Resultados en la VARIABLE 1: Descentralización económico-financiera

Para la recolección se aplicó una encuesta al personal administrativo del Hospital. He aquí los resultados por dimensiones.

5.2.1 Resultados en la dimensión 1: Factores de descentralización económico-financiera

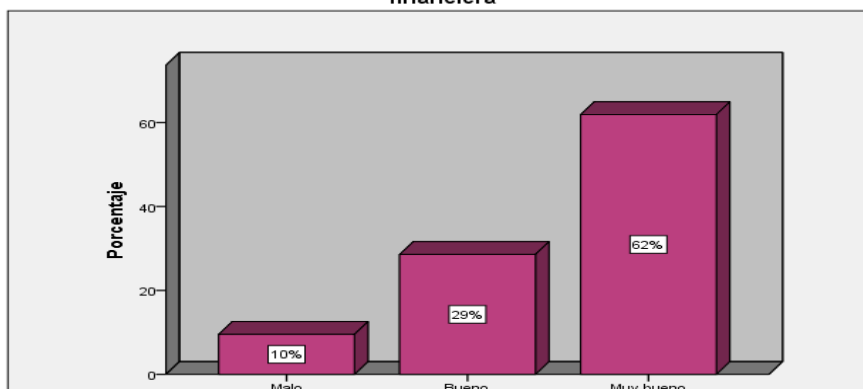
1. Calificación del efecto producido por la descentralización económico financiera

Tabla 17. Calificación del efecto producido por la descentralización económico financiera

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Malo	2	9,5	9,5	9,5
Bueno	6	28,6	28,6	38,1
Muy bueno	13	61,9	61,9	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Grafico 3. Calificación del efecto producido por la descentralización económico-financiera

1. Calificación del efecto producido por la descentralización económico financiera



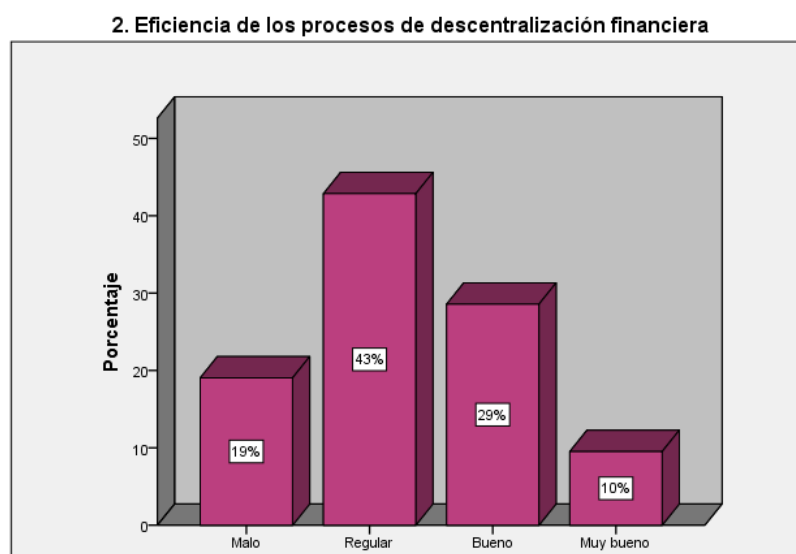
Los resultados grafican que, de las cinco escalas presentadas, tres fueron asumidas por los encuestados/as, de los cuales el valor predominante es la valoración 'muy bueno' con un 62% de las respuestas. En segundo lugar está la opción 'bueno' con un 29% de las respuestas, y finalmente está la opción 'malo' con el 10% de respuestas en los administrativos.

2. Eficiencia de los procesos de descentralización financiera

Tabla 18. Eficiencia de los procesos de descentralización financiera

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Malo	4	19,0	19,0	19,0
Regular	9	42,9	42,9	61,9
Bueno	6	28,6	28,6	90,5
Muy bueno	2	9,5	9,5	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Grafico 4. Eficiencia de los procesos de descentralización financiera



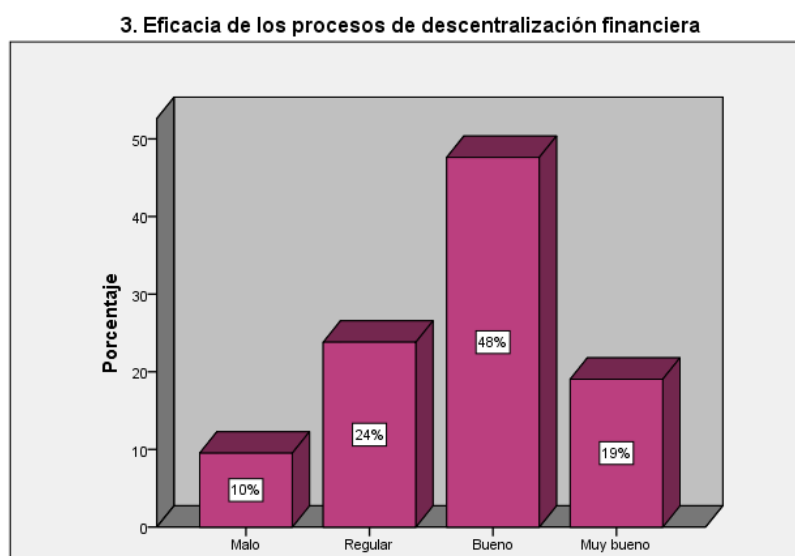
En cuanto a la eficiencia, fueron cuatro opciones citadas de las cinco posibles. En este caso, se verifica que la opción más resaltante en la muestra de estudio es el estado 'regular' de la eficiencia en los procesos de descentralización financiera con un 43%. La segunda opción más importante es el nivel 'bueno' con un 29% de manifestaciones.

3. Eficacia de los procesos de descentralización financiera

Tabla 19. Eficacia de los procesos de descentralización financiera

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	2	9,5	9,5
	Regular	5	23,8	33,3
	Bueno	10	47,6	81,0
	Muy bueno	4	19,0	100,0
	Total	21	100,0	100,0

Grafico 5. Eficacia de los procesos de descentralización financiera



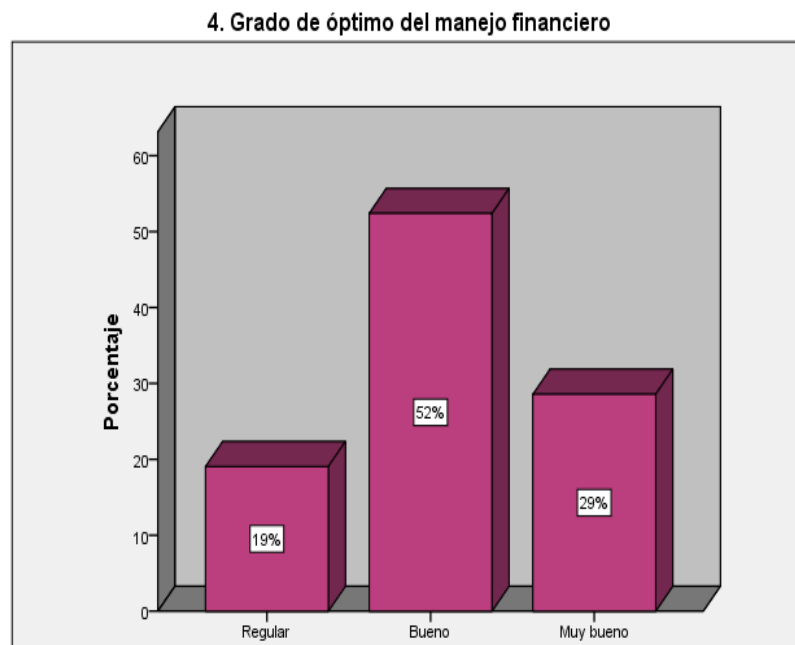
Aquí se puede observar que la respuesta más alta de acuerdo a la eficacia de los procesos de descentralización financiera, es de 48% perteneciente a la opción de “buena”, seguido del 24% como “regular” y el 19% como ‘muy bueno’, quedando al final el 10% de “malo”. Es decir, la apreciación sobre la eficacia de los procesos de descentralización en el personal administrativo es vista mayoritariamente de ‘buena’.

4. Grado de óptimo del manejo financiero

Tabla 20. Grado de óptimo del manejo financiero

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	4	19,0	19,0	19,0
	Bueno	11	52,4	52,4	71,4
	Muy bueno	6	28,6	28,6	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Gráfico 6. Grado de óptimo del manejo financiero



Para el grado óptimo del manejo financiero, se presentan tres alternativas preferidas y de acuerdo a los resultados se obtuvo que el 52% opinara por la opción de “buena” seguido del 29% con “muy buena” y el 19% como ‘regular’. Podemos acotar que no se encontró ninguna respuesta negativa.

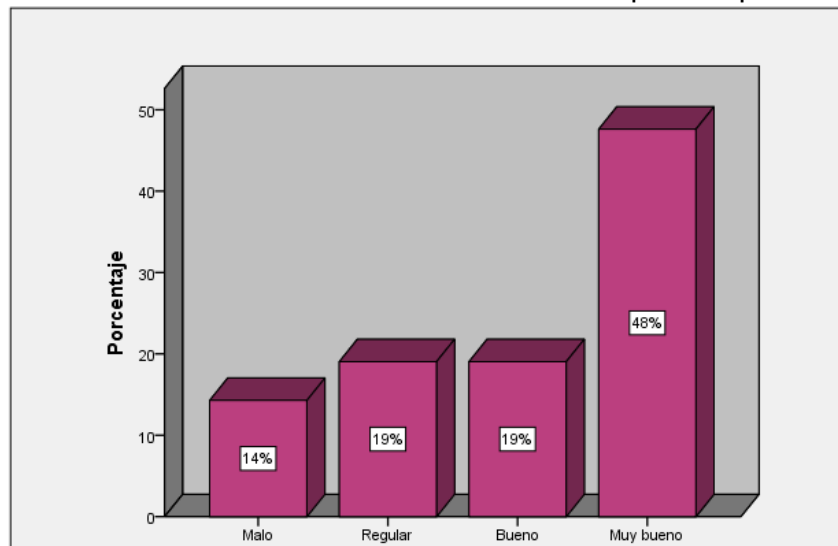
5. Valoración de la autonomía administrativa en el Hospital de Espinar

Tabla 21. Valoración de la autonomía administrativa en el Hospital de Espinar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	3	14,3	14,3	14,3
	Regular	4	19,0	19,0	33,3
	Bueno	4	19,0	19,0	52,4
	Muy bueno	10	47,6	47,6	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 7. Valoración de la autonomía administrativa

5. Valoración de la autonomía administrativa en el Hospital de Espinar



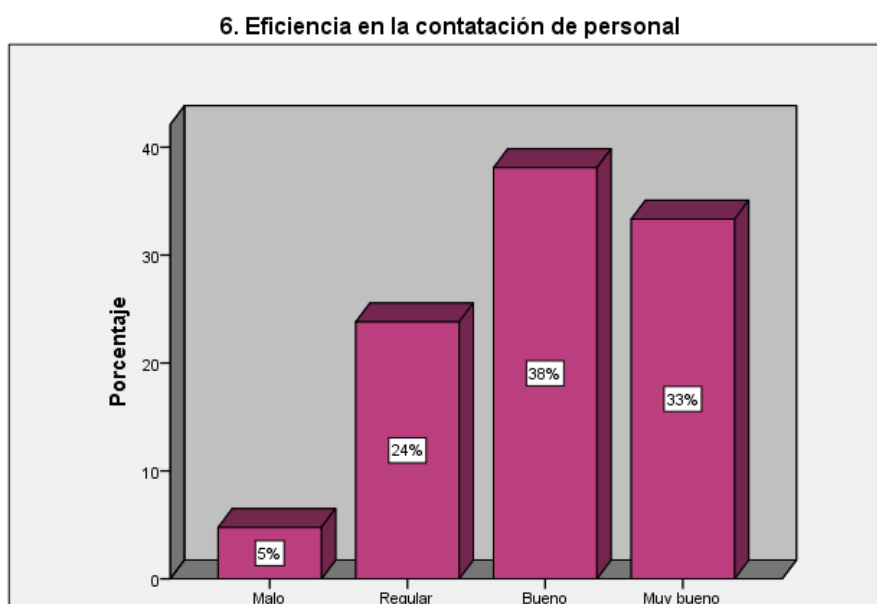
Se presentan cuatro alternativas referentes en la valoración de la autonomía administrativa en el Hospital de Espinar. Para la alternativa “muy buena” se tiene el porcentaje de 47%, también podemos apreciar que las demás opciones se encuentran por debajo del 20%.

6. Eficiencia en la contratación de personal

Tabla 22. Eficiencia en la contratación de personal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	1	4,8	4,8	4,8
	Regular	5	23,8	23,8	28,6
	Bueno	8	38,1	38,1	66,7
	Muy bueno	7	33,3	33,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 8. Eficiencia en la contratación de personal



En la eficiencia de la contratación de personal, el 38% se inclina por la respuesta referente a “bueno” seguido de unos porcentajes menos, es decir de 33% como “muy bueno”, para luego seguir con el 24% de “regular”, se resalta que la mayoría de las respuestas está predispuesto hacia lo positivo, solo el 5% afirma ser “malo” lo que equivale a una persona.

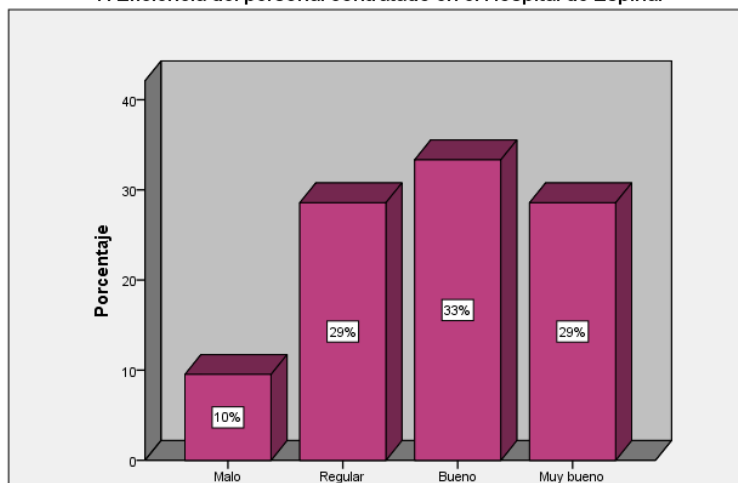
7. Eficiencia del personal contratado en el Hospital de Espinar

Tabla 23. Eficiencia del personal contratado en el Hospital de Espinar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	2	9,5	9,5	9,5
	Regular	6	28,6	28,6	38,1
	Bueno	7	33,3	33,3	71,4
	Muy bueno	6	28,6	28,6	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 9. Eficiencia del personal contratado

7. Eficiencia del personal contratado en el Hospital de Espinar



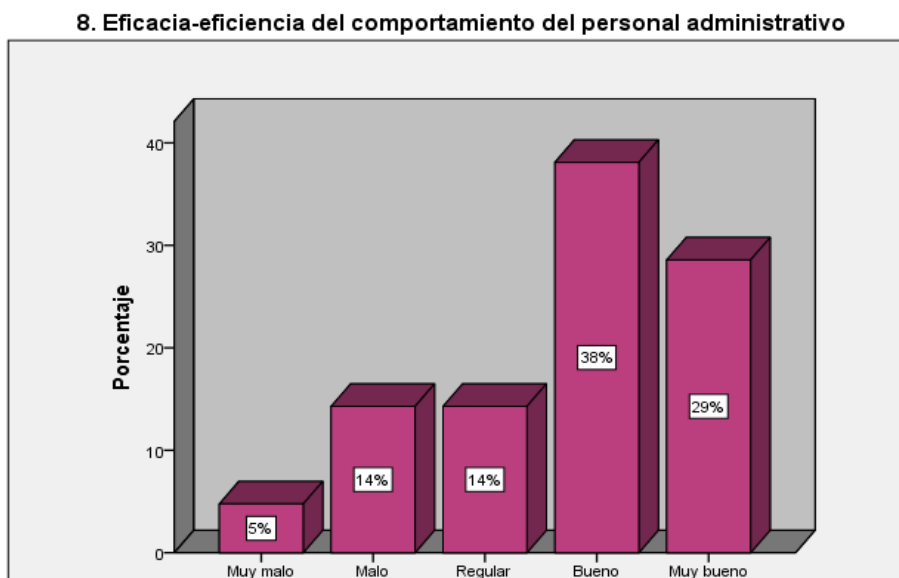
En la eficacia del personal contratado en el Hospital de Espinar, las cuatro alternativas presentadas en el cuadro, tres de ellas se encuentran casi en un mismo nivel, siendo el mayor con 33% de “bueno” y del 29% en “regular” y “muy bueno”, solo el 10% se inclina por la opción “malo”.

8. Eficacia-eficiencia del comportamiento del personal administrativo

Tabla 24. Eficacia-eficiencia del comportamiento del personal administrativo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy malo	1	4,8	4,8
	Malo	3	14,3	19,0
	Regular	3	14,3	33,3
	Bueno	8	38,1	71,4
	Muy bueno	6	28,6	100,0
	Total	21	100,0	

Grafico 10. Eficacia-eficiencia del comportamiento del personal administrativo



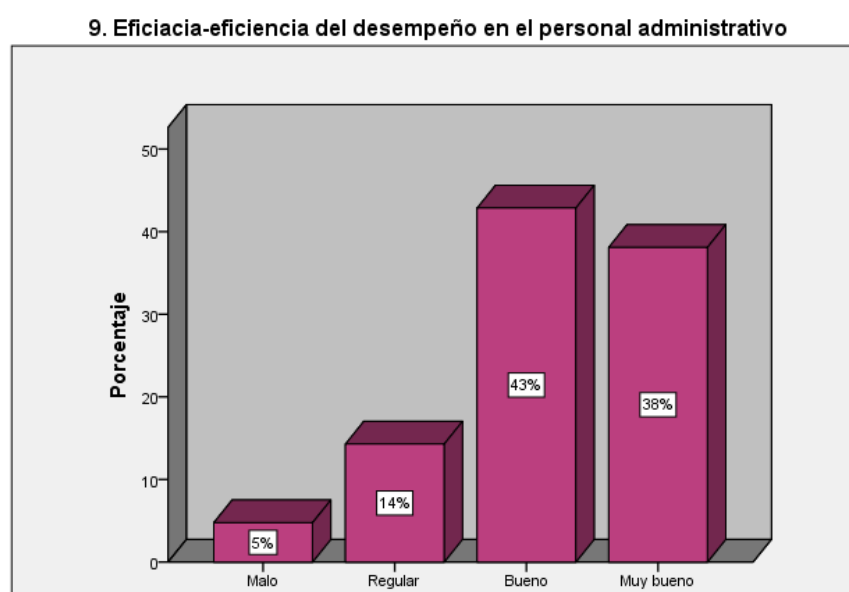
Para la eficiencia o eficacia del comportamiento del personal administrativo, se presentan cinco alternativas que van entre lo positivo y lo negativo, la opción más alta es la de “bueno” con el 38% seguido de “muy bueno” con el 29%, las otras tres opciones se encuentran por debajo del 20% y son las pertenecientes de lo regular a lo muy malo.

9. Eficacia-eficiencia del desempeño en el personal administrativo

Tabla 25. Eficacia-eficiencia del desempeño en el personal administrativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	1	4,8	4,8	4,8
	Regular	3	14,3	14,3	19,0
	Bueno	9	42,9	42,9	61,9
	Muy bueno	8	38,1	38,1	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 11. Eficacia-eficiencia del desempeño en el personal administrativo



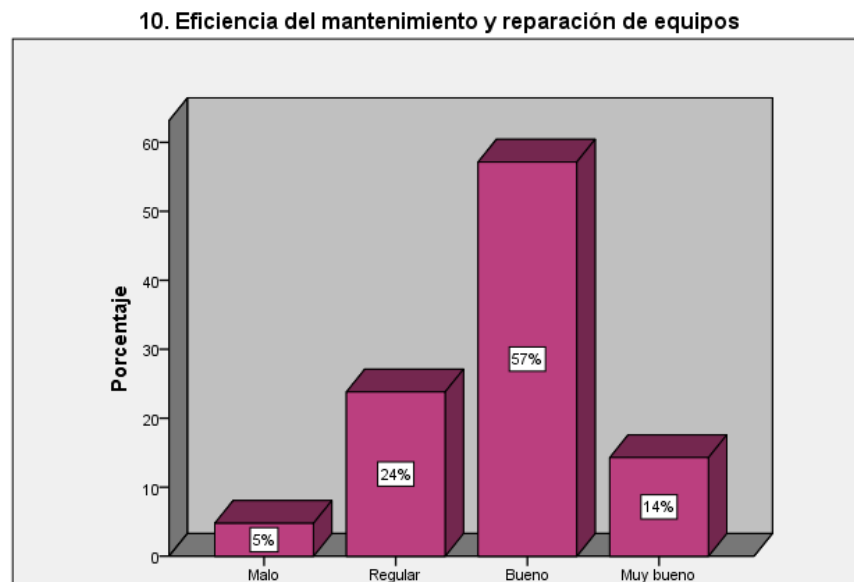
Se presentan cuatro opciones, para la eficiencia o eficacia del desempeño en el personal administrativo. Se presencia que el 43% es la más elevada correspondiente a “lo bueno”. Luego se presenta el 38% referente a “muy bueno”.

10. Eficiencia del mantenimiento y reparación de equipos

Tabla 26. Eficiencia del mantenimiento y reparación de equipos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	1	4,8	4,8	4,8
	Regular	5	23,8	23,8	28,6
	Bueno	12	57,1	57,1	85,7
	Muy bueno	3	14,3	14,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 12. Eficiencia del mantenimiento y reparación de equipos



En la eficiencia del mantenimiento y reparación de equipos, la respuesta que fue la más alta fue de 57% referente a lo bueno, mientras que las demás alternativas se mantienen por debajo del 30%. Por lo que podemos decir los encuestados tienen en consideración el trabajo que realiza la institución por conservar el equipo necesario.

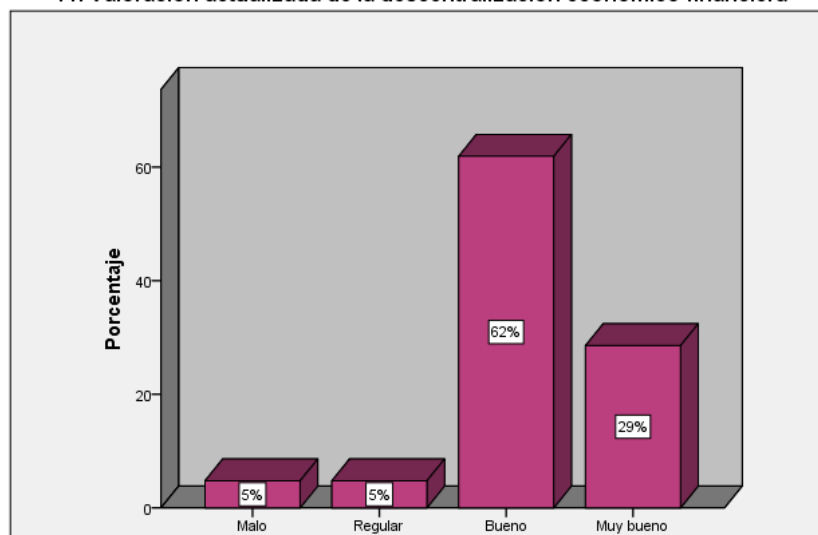
11. Valoración actualizada de la descentralización económico-financiera

Tabla 27. Valoración actualizada de la descentralización económico-financiera

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	1	4,8	4,8	4,8
	Regular	1	4,8	4,8	9,5
	Bueno	13	61,9	61,9	71,4
	Muy bueno	6	28,6	28,6	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 13. Valoración actualizada de la descentralización económico-financiera

11. Valoración actualizada de la descentralización económico-financiera



En éste gráfico se puede verificar que el 62% de los encuestados se refirieron a lo “bueno” de la valoración actualizada de la descentralización económica y financiera, en un rango más bajo se halla con el 29% la opción de “muy bueno”. También se puede observar que existen dos alternativas que se hallan en el 5%, lo que corresponde a una sola persona.

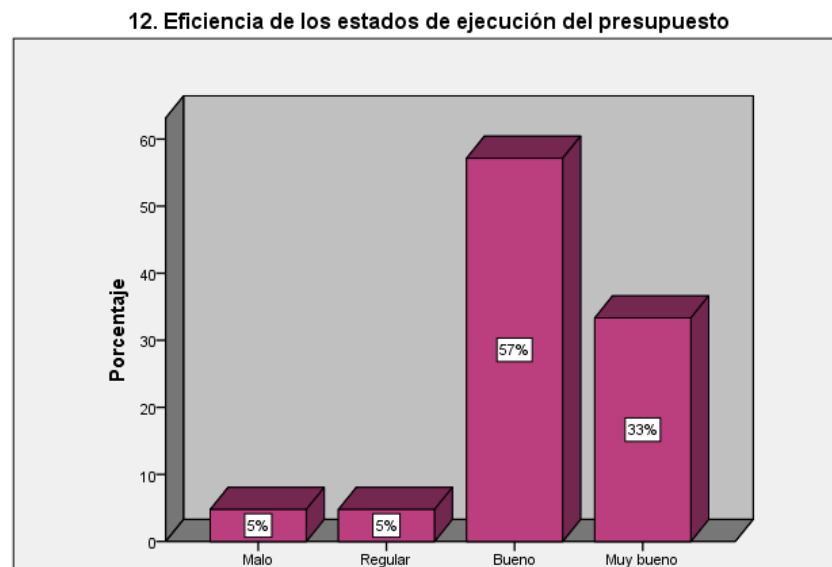
5.2.2 Resultados en la dimensión 2: Operatividad funcional

12. Eficiencia de los estados de ejecución del presupuesto

Tabla 28. Eficiencia de los estados de ejecución del presupuesto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	1	4,8	4,8	4,8
	Regular	1	4,8	4,8	9,5
	Bueno	12	57,1	57,1	66,7
	Muy bueno	7	33,3	33,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 14. Eficiencia de los estados de ejecución del presupuesto



Para la eficiencia de los estados de ejecución del presupuesto el 57% representa lo “bueno”, el 33% está orientado a lo “muy bueno”, las demás alternativas se hallan por el 5%, lo que nos dice que los encuestados consideran que la ejecución se está llevando a buen recaudo.

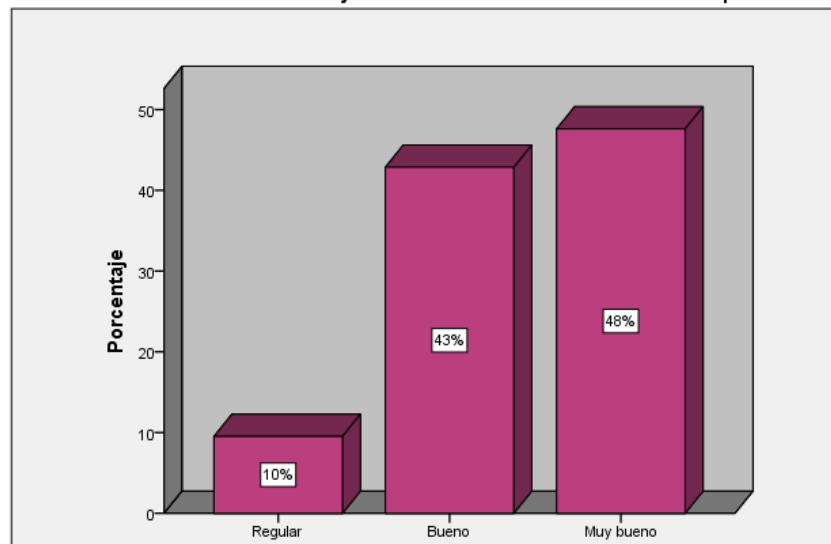
13. Eficiencia en el manejo de los estados financieros del Hospital

Tabla 29. Eficiencia en el manejo de los estados financieros del Hospital

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	2	9,5	9,5	9,5
	Bueno	9	42,9	42,9	52,4
	Muy bueno	10	47,6	47,6	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 15. Eficiencia en el manejo de los estados financieros

13. Eficiencia en el manejo de los estados financieros del Hospital



Aquí se presenta tres alternativas para la eficiencia en el manejo de los estados financieros del Hospital, el 48% equivalente a diez encuestados está referido a “muy bueno”, mientras que el 43% representa a lo “bueno”, mientras que solo el 10% está orientado a lo “regular”, entonces aquí también tenemos una respuesta favorable hacia la interrogante.

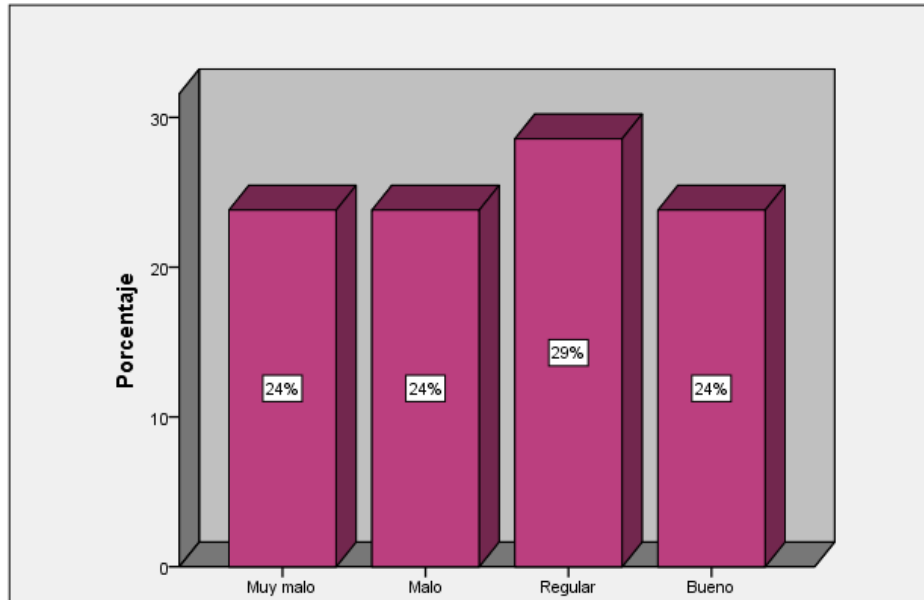
14. Eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de ingresos

Tabla 30. Eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de ingresos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Muy malo	5	23,8	23,8	23,8
Malo	5	23,8	23,8	47,6
Regular	6	28,6	28,6	76,2
Bueno	5	23,8	23,8	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Grafico 16. Eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de ingresos

14. Eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de ingresos



En el grafico tabla número 14, se identifican cuatro respuestas, las cuales se hallan casi equidistantes a excepción del 29% que corresponde a lo regular. Todo ello en relación a la eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de ingresos.

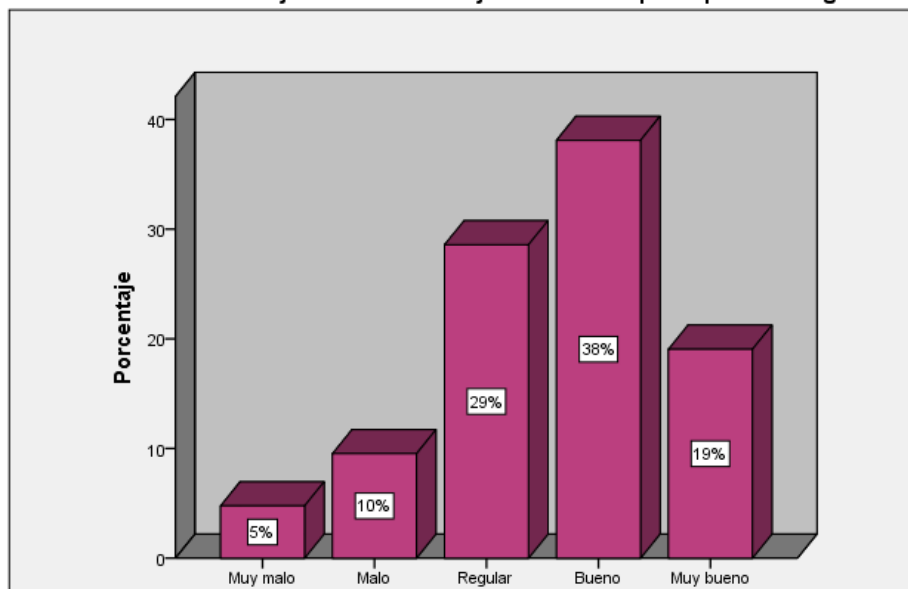
15. Eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de gastos

Tabla 31. Eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de gastos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy malo	1	4,8	4,8	4,8
	Malo	2	9,5	9,5	14,3
	Regular	6	28,6	28,6	42,9
	Bueno	8	38,1	38,1	81,0
	Muy bueno	4	19,0	19,0	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 17. Eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de gastos

15. Eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de gastos



Para la eficacia en el manejo del estado de ejecución en el presupuesto de gastos, se presentan cinco alternativas de las cuales la más alta pertenece al 38% que califica de “bueno”, seguido del 29% que califica de ‘regular’. Ya más alejado se halla el 19% de ‘muy bueno’ y el 10% de ‘malo’.

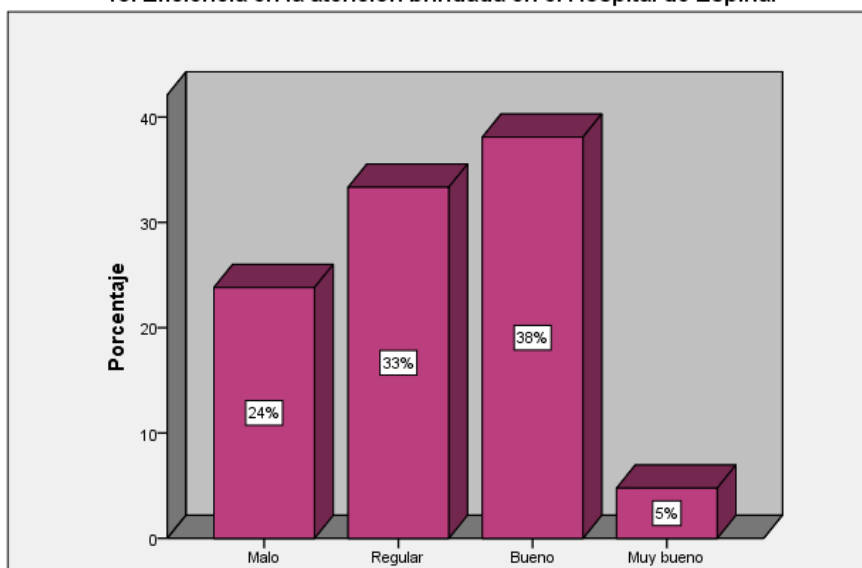
16. Eficiencia en la atención brindada en el Hospital de Espinar

Tabla 32. Eficiencia en la atención brindada en el Hospital de Espinar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	5	23,8	23,8
	Regular	7	33,3	57,1
	Bueno	8	38,1	95,2
	Muy bueno	1	4,8	100,0
	Total	21	100,0	

Grafico 18. Eficiencia en la atención brindada

16. Eficiencia en la atención brindada en el Hospital de Espinar



La eficiencia en la atención brindada en el hospital de Espinar, de acuerdo a los encuestados que son el propio personal administrativo, observa que el 38% considera que es 'buena', mientras un 33% afirma ser 'regular', y el 24% es 'malo'. Entonces aquí se identifica que la atención por parte de los centros de salud no es todavía la adecuada.

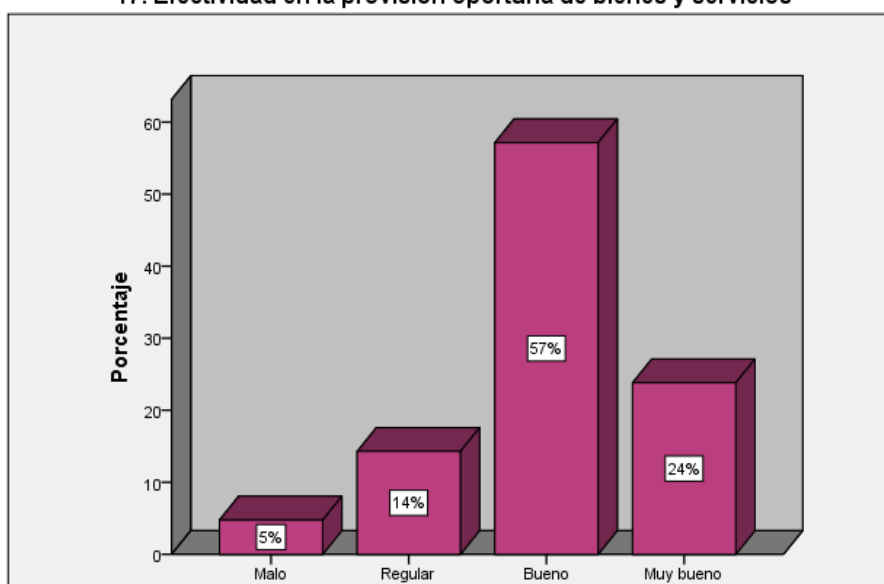
17. Efectividad en la provisión oportuna de bienes y servicios

Tabla 33. Efectividad en la provisión oportuna de bienes y servicios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	1	4,8	4,8	4,8
	Regular	3	14,3	14,3	19,0
	Bueno	12	57,1	57,1	76,2
	Muy bueno	5	23,8	23,8	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 19. Efectividad en la provisión oportuna de bienes y servicios

17. Efectividad en la provisión oportuna de bienes y servicios



Dentro de la efectividad en la provisión oportuna de bienes y servicios, el 57% dice ser esta actividad como 'buena', y un tanto más distanciado, el 24% considera que es 'muy buena'. El 14% opina que dicha efectividad solamente es 'regular', y solo un 5% ha calificado como 'mala'.

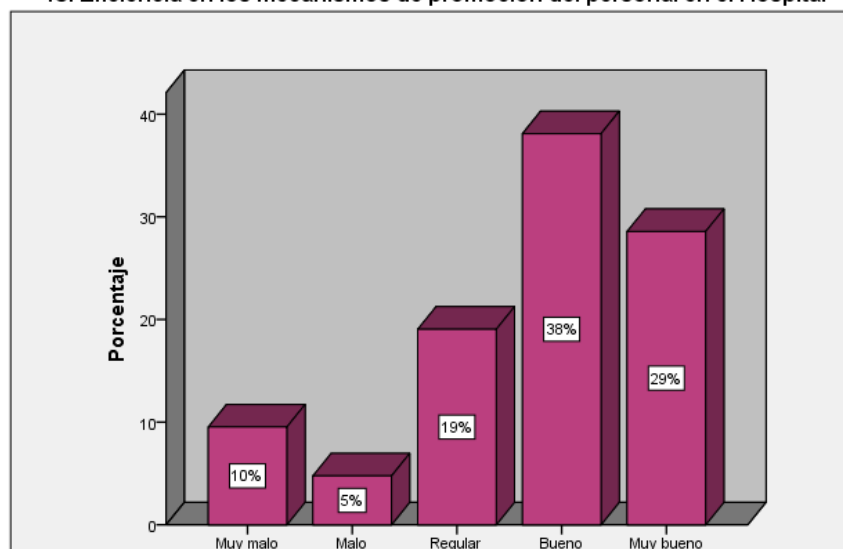
18. Eficiencia en los mecanismos de promoción del personal en el Hospital

Tabla 34. Eficiencia en los mecanismos de promoción del personal en el Hospital

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy malo	2	9,5	9,5	9,5
	Malo	1	4,8	4,8	14,3
	Regular	4	19,0	19,0	33,3
	Bueno	8	38,1	38,1	71,4
	Muy bueno	6	28,6	28,6	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 20. Eficiencia en los mecanismos de promoción del personal

18. Eficiencia en los mecanismos de promoción del personal en el Hospital



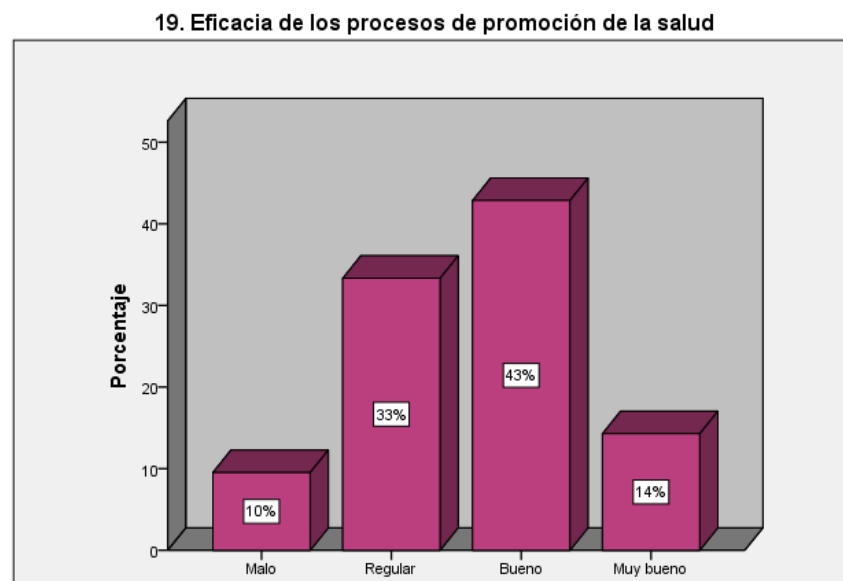
En el cuadro y gráfico número 18, correspondiente a la eficiencia en los mecanismos de promoción del personal del Hospital, el 38% de los encuestados, afirma ser 'buena', también el 29% dice ser 'muy buena' y solo el 19% afirma que la eficiencia es 'regular'. Las respuestas negativas se hallan por debajo del 10% entre las dos alternativas que quedan.

19. Eficacia de los procesos de promoción de la salud

Tabla 35. Eficacia de los procesos de promoción de la salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	2	9,5	9,5	9,5
	Regular	7	33,3	33,3	42,9
	Bueno	9	42,9	42,9	85,7
	Muy bueno	3	14,3	14,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 21. Eficacia de los procesos de promoción de la salud



Para la eficiencia de los procesos de promoción de la salud, y como resultado de la encuesta, se verifica que el 43% califica ser 'buena', y el 33% 'regular'. Un escaso 14% afirma que es 'muy buena' y solo el 10% califica de 'mala', lo que indica que la promoción de dicho hospital no se halla aun dentro del rango de calidad que se espera con el manejo de presupuesto como el que se analizó.

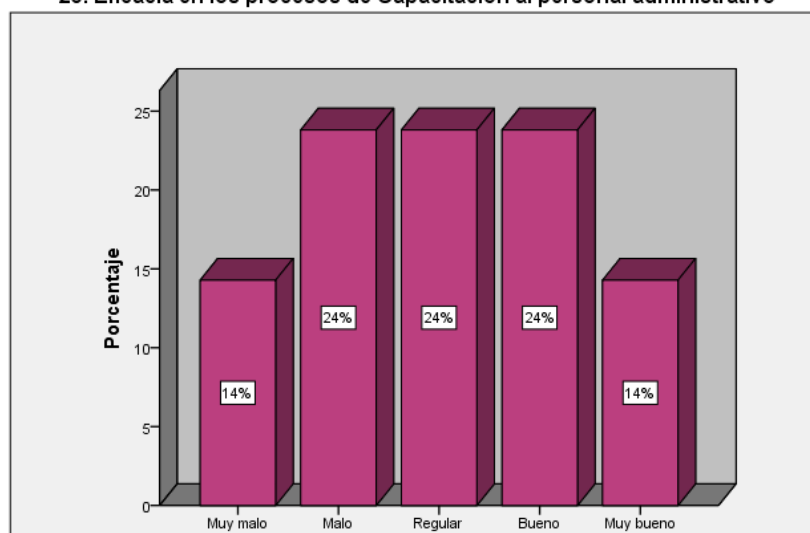
20. Eficacia en los procesos de Capacitación al personal administrativo

Tabla 36. Eficacia en los procesos de Capacitación al personal administrativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy malo	3	14,3	14,3	14,3
	Malo	5	23,8	23,8	38,1
	Regular	5	23,8	23,8	61,9
	Bueno	5	23,8	23,8	85,7
	Muy bueno	3	14,3	14,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 22. Eficacia en los procesos de Capacitación al Personal

20. Eficacia en los procesos de Capacitación al personal administrativo



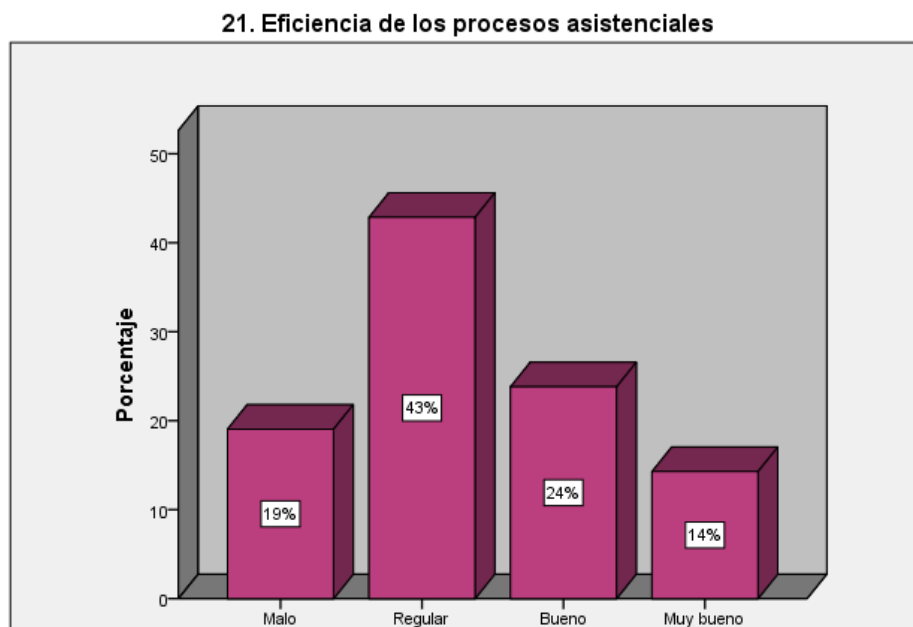
En el gráfico número 20, se puede apreciar cinco opciones para la interrogante referida a la eficiencia en los procesos de Capacitación al personal administrativo, de los cuales se puede apreciar que con el 24% se representan tres opciones que corresponden a “malo”, “regular” y “bueno”, también se halla con una misma igualdad las opciones “muy mala” y “muy buena” con el 14%.

21. Eficiencia de los procesos asistenciales

Tabla 37. Eficiencia de los procesos asistenciales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	4	19,0	19,0	19,0
	Regular	9	42,9	42,9	61,9
	Bueno	5	23,8	23,8	85,7
	Muy bueno	3	14,3	14,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 23. Eficiencia de los procesos asistenciales



Dentro de la eficiencia de los procesos asistenciales, se observa que el 43% de los encuestados dice ser de un modo regular, por otra parte el 24% afirma que es 'buena' y la opción negativa (mala) es de un 19%. Solamente el 14% orientó su opinión con el calificativo de "muy bueno".

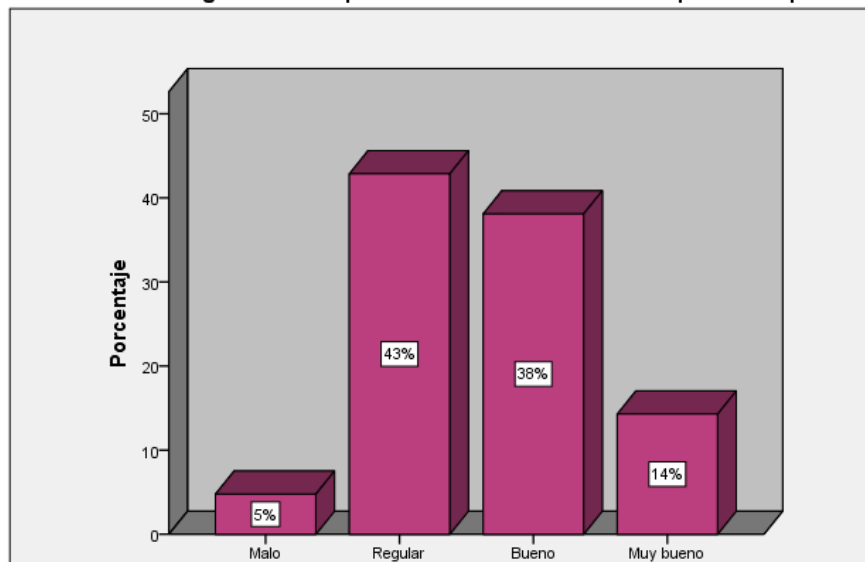
22. Valoración general a la operatividad funcional en el Hospital de Espinar

Tabla 38. Valoración general a la operatividad funcional en el Hospital de Espinar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	1	4,8	4,8	4,8
	Regular	9	42,9	42,9	47,6
	Bueno	8	38,1	38,1	85,7
	Muy bueno	3	14,3	14,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

Grafico 24. Valoración general a la operatividad funcional

22. Valoración general a la operatividad funcional en el Hospital de Espinar



La valoración general respecto a la operatividad funcional en el Hospital de Espinar, de acuerdo a los resultados obtenidos en la sub-muestra de trabajadores administrativos, se verifica un 43% que dice ser 'regular', el 38% afirma ser 'buena'. El 14% afirma que es 'muy buena' y solo el 5% califica de 'mala'.

5.3 Resultados en la VARIABLE 2: Servicio público de salud

Para lo cual se recurrió a una muestra de 31 pacientes, entre potenciales y activos.

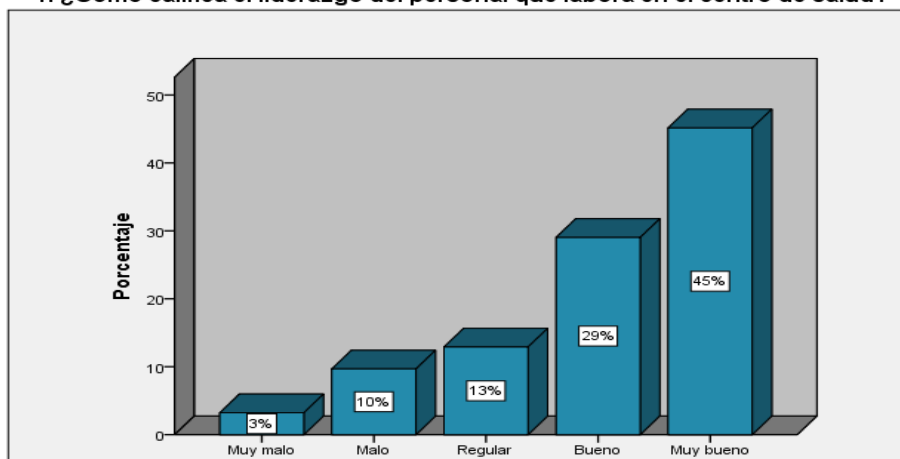
1. ¿Cómo califica el liderazgo del personal que labora en el centro de salud?

Tabla 39. ¿Cómo califica el liderazgo del personal que labora en el centro de salud?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Muy malo	1	3,2	3,2	3,2
Malo	3	9,7	9,7	12,9
Regular	4	12,9	12,9	25,8
Bueno	9	29,0	29,0	54,8
Muy bueno	14	45,2	45,2	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Grafico 25. Calificación del liderazgo al personal que labora

1. ¿Cómo califica el liderazgo del personal que labora en el centro de salud?



Para la interrogante planteada de como calificar el liderazgo del personal que labora en el centro de salud, los encuestados afirman con un 45% ser 'muy bueno', siendo la respuesta más alta de todas presentada en la tabla. Seguido a ello tenemos el 29% que corresponde a lo 'bueno', luego el 13% con

el calificativo 'regular' y así va descendiendo hasta llegar al 3% que representa lo 'muy malo'.

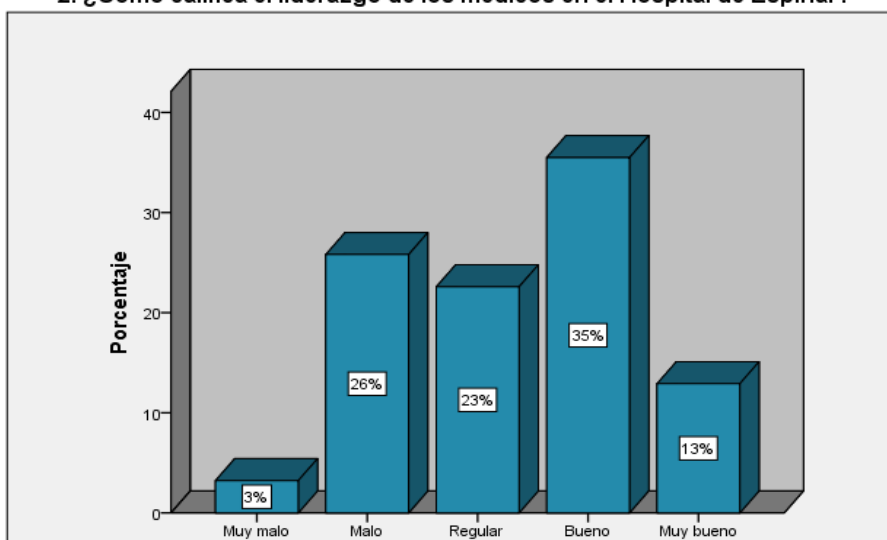
2. ¿Cómo califica el liderazgo de los médicos en el Hospital de Espinar?

Tabla 40. ¿Cómo califica el liderazgo de los médicos en el Hospital de Espinar?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Muy malo	1	3,2	3,2	3,2
Malo	8	25,8	25,8	29,0
Regular	7	22,6	22,6	51,6
Bueno	11	35,5	35,5	87,1
Muy bueno	4	12,9	12,9	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Grafico 26. Calificación al liderazgo del personal médico

2. ¿Cómo califica el liderazgo de los médicos en el Hospital de Espinar?



Para la calificación del liderazgo en cuanto a los médicos del Hospital de Espinar, los pacientes encuestados afirman con un 35% 'ser buena', mientras que el 26% dice ser 'malo'. Por otra parte el 23% es 'regular' y solo el 13% considera que dicho liderazgo es 'muy bueno'.

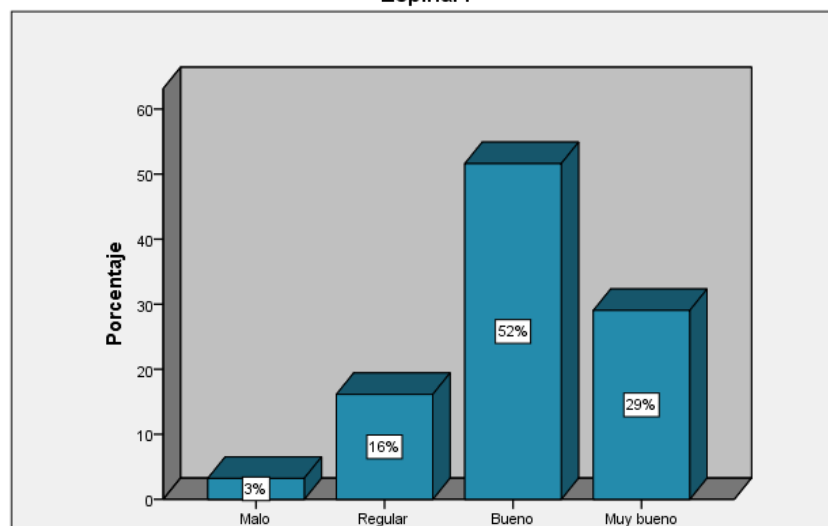
3. ¿Cómo califica el liderazgo enfermeras y técnicos que laboran en Hospital de Espinar?

Tabla 41. ¿Cómo califica el liderazgo enfermeras y técnicos que laboran en Hospital de Espinar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	1	3,2	3,2	3,2
	Regular	5	16,1	16,1	19,4
	Bueno	16	51,6	51,6	71,0
	Muy bueno	9	29,0	29,0	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Gráfico 27. Calificación al liderazgo de enfermeras y técnicos/as

3. ¿Cómo califica el liderazgo enfermeras y técnicos que laboran en Hospital de Espinar?



En el cuadro y gráfico se visualizan cuatro alternativas referentes a la interrogante de la calificación del liderazgo de las enfermeras y de los técnicos que laboran en el Hospital de Espinar, siendo la más alta, con el 52%, la opción de 'bueno', mientras que el 29% es de 'muy buena', las demás alternativas se encuentran por debajo del 20%. Este es un buen calificativo para este personal de parte de los pacientes.

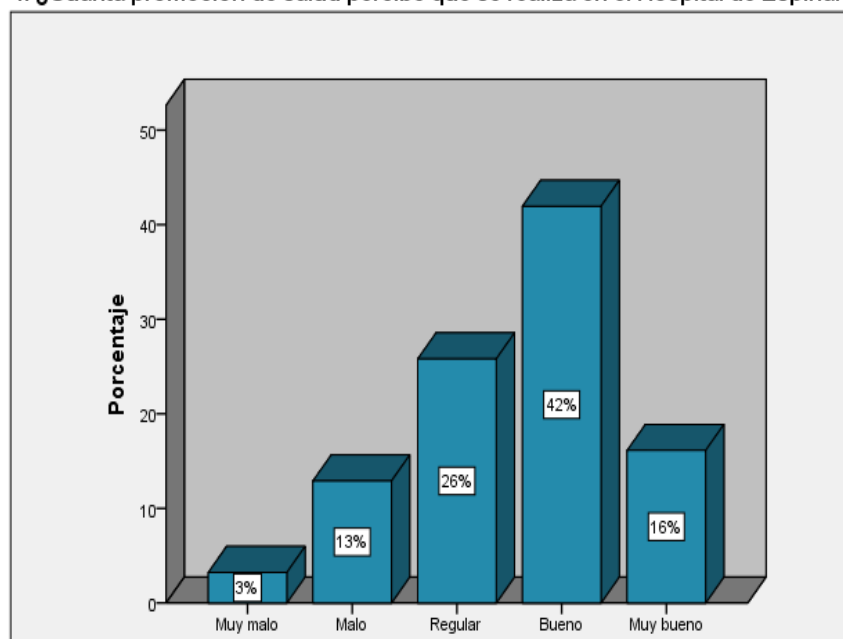
4. ¿Cuánta promoción de salud percibe que se realiza en el Hospital de Espinar?

Tabla 42. ¿Cuánta promoción de salud percibe que se realiza en el Hospital de Espinar?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy malo	1	3,2	3,2
	Malo	4	12,9	16,1
	Regular	8	25,8	41,9
	Bueno	13	41,9	83,9
	Muy bueno	5	16,1	100,0
	Total	31	100,0	100,0

Grafico 28. Promoción de salud

4. ¿Cuánta promoción de salud percibe que se realiza en el Hospital de Espinar?



De acuerdo a la promoción de salud que se efectúa en dicho hospital localizado en Espinar se identifica que el 42% dice ser bueno, y el 26% afirma ser regular, los demás se hallan por debajo del 20%, lo que nos indica que la promoción no es considerada aun como la más efectiva.

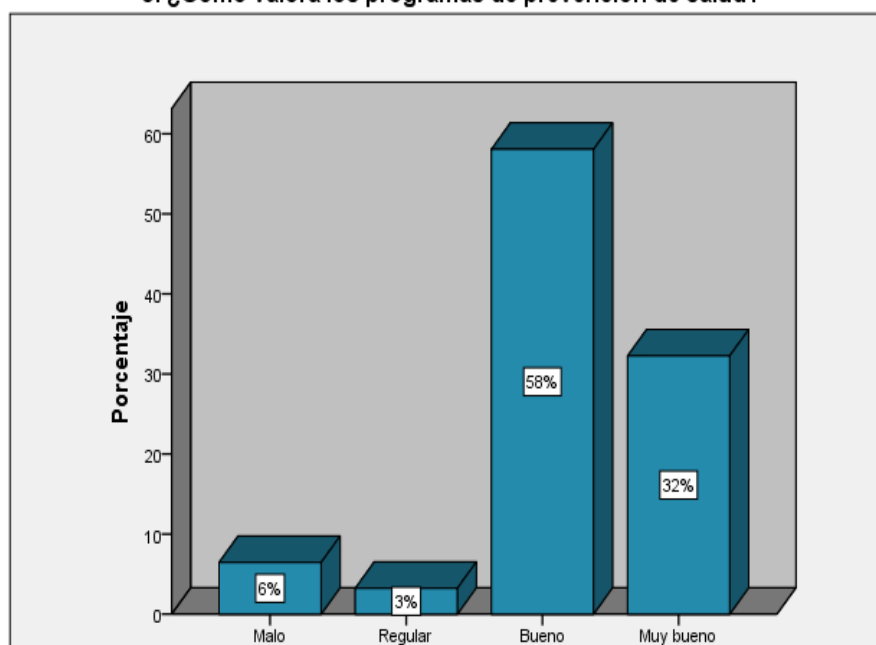
5. ¿Cómo valora los programas de prevención de salud?

Tabla 43. ¿Cómo valora los programas de prevención de salud?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Malo	2	6,5	6,5	6,5
Regular	1	3,2	3,2	9,7
Bueno	18	58,1	58,1	67,7
Muy bueno	10	32,3	32,3	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Grafico 29. Valoración de los programas de prevención

5. ¿Cómo valora los programas de prevención de salud?



Para la interrogante dirigida hacia la valorización de los programas de prevención de la salud, el 58% de los encuestados afirma que es buena y el 32% es muy bueno, las otras dos alternativas son menores al 10%. Entonces los programas referidos a la salud si son aceptados por el público encuestado.

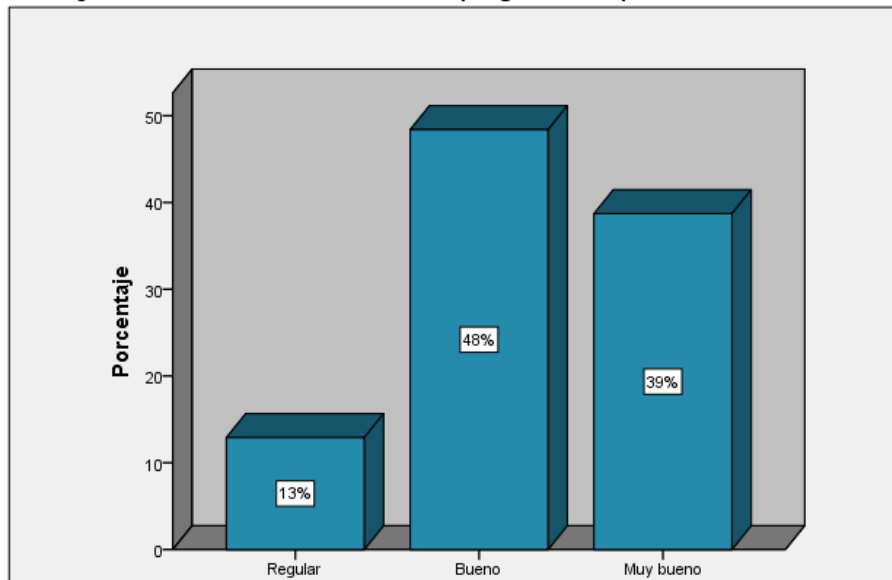
6. ¿Cómo valora la efectividad de los programas de prevención de salud?

Tabla 44. ¿Cómo valora la efectividad de los programas de prevención de salud?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Regular	4	12,9	12,9	12,9
Bueno	15	48,4	48,4	61,3
Muy bueno	12	38,7	38,7	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Grafico 30. Valoración de le efectividad de los programas de prevención

6. ¿Cómo valora la efectividad de los programas de prevención de salud?



En cuanto a la valoración de la efectividad de los programas de prevención de salud. Casi el 50% nuevamente da la respuesta de ser regular mientras que casi el 40%, es decir 10% de diferencia, dice ser muy bueno. Solo el 13% equivalente a 4 encuestados afirma que es percibido como regular.

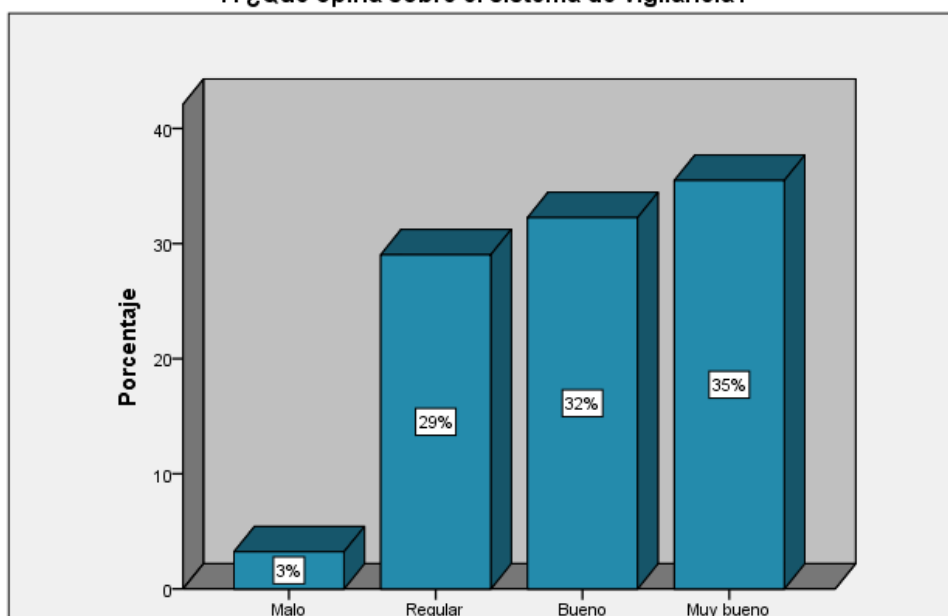
7. ¿Qué opina sobre el sistema de vigilancia?

Tabla 45. ¿Qué opina sobre el sistema de vigilancia?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	1	3,2	3,2	3,2
	Regular	9	29,0	29,0	32,3
	Bueno	10	32,3	32,3	64,5
	Muy bueno	11	35,5	35,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Grafico 31. Opinión sobre el sistema de vigilancia

7. ¿Qué opina sobre el sistema de vigilancia?



El sistema de vigilancia está valorizado en cuatro categorías, siendo la más alta la referida al 35% que representa a lo muy bueno, mientras que el 32% corresponde a lo bueno. Y solo el 29% dice ser de forma regular.

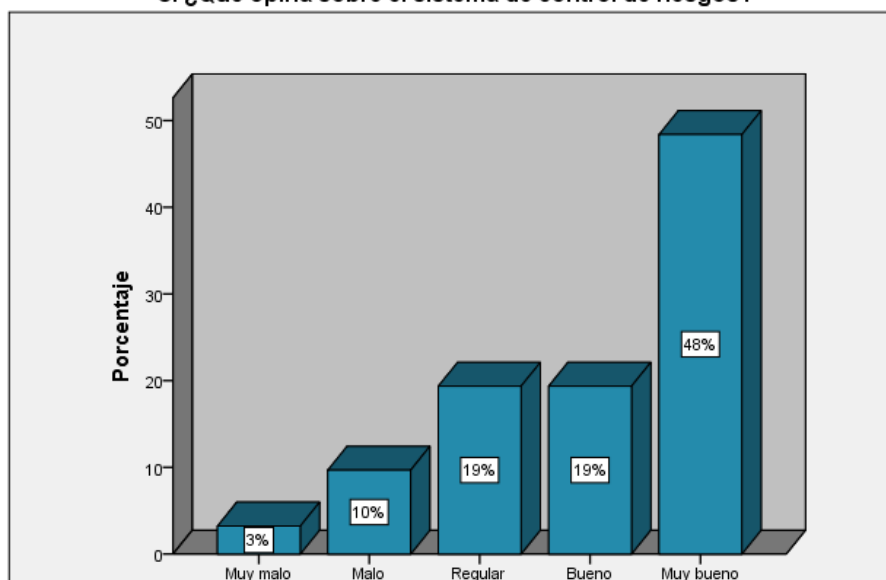
8. ¿Qué opina sobre el sistema de control de riesgos?

Tabla 46. ¿Qué opina sobre el sistema de control de riesgos?

		Fr ecuencia	Por centaje	Porce ntaje válido	Porce ntaje acumulado
Válido	Muy malo	1	3,2	3,2	3,2
	Malo	3	9,7	9,7	12,9
	Regular	6	19,4	19,4	32,3
	Bueno	6	19,4	19,4	51,6
	Muy bueno	15	48,4	48,4	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Gráfico 32. Opinión sobre el sistema de control de riesgos

8. ¿Qué opina sobre el sistema de control de riesgos?



De acuerdo a la pregunta sobre la opinión de los encuestados de acuerdo al sistema de control de riesgos, se presenta el 48% como la respuesta más alta y referente a la opción más alta también como es “muy bueno”, además podemos presenciar que las demás respuestas se hallan por debajo de un 20%

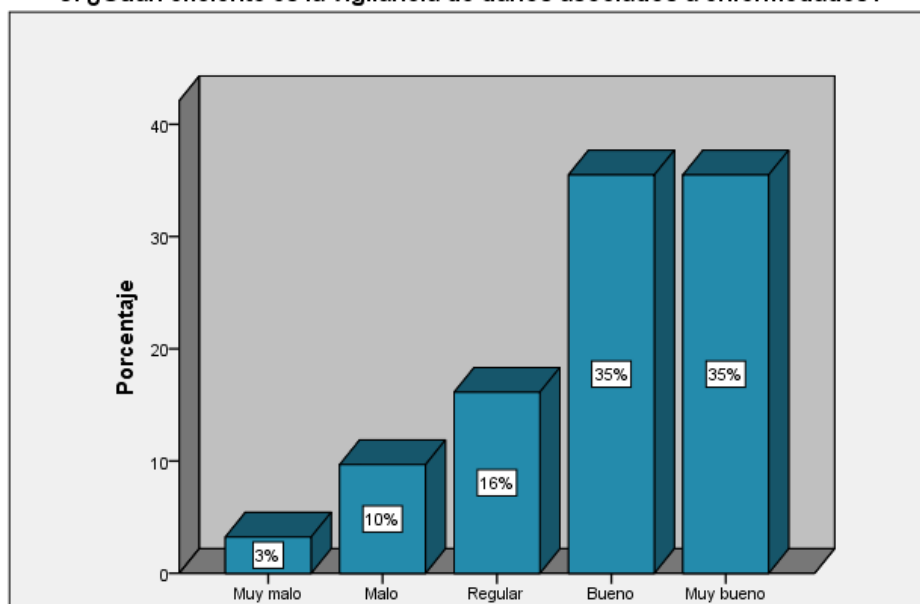
9. ¿Cuán eficiente es la vigilancia de daños asociados a enfermedades?

Tabla 47. ¿Cuán eficiente es la vigilancia de daños asociados a enfermedades?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy malo	1	3,2	3,2
	Malo	3	9,7	12,9
	Regular	5	16,1	29,0
	Bueno	11	35,5	64,5
	Muy bueno	11	35,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0

Gráfico 33. Eficiencia de la vigilancia de daños asociados a enfermedades

9. ¿Cuán eficiente es la vigilancia de daños asociados a enfermedades?



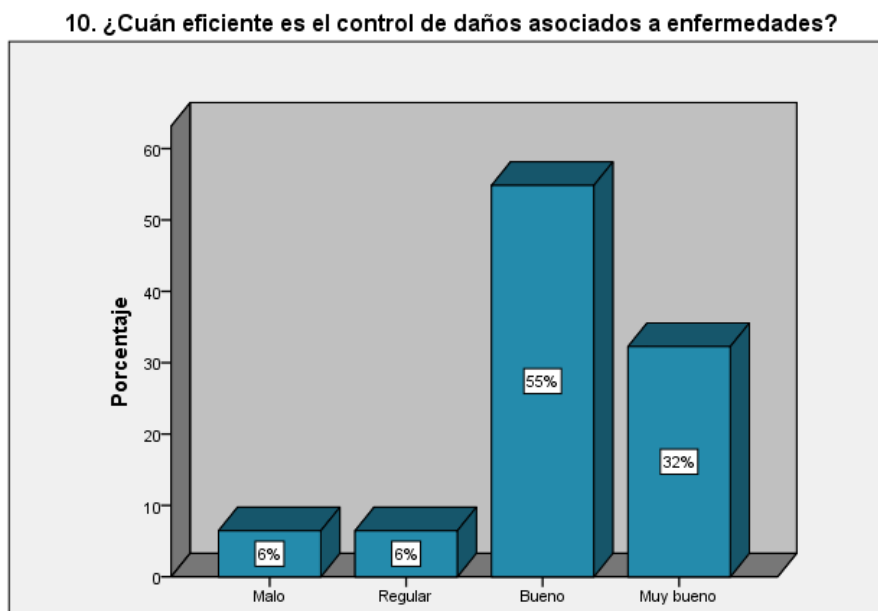
Para la eficiencia de la vigilancia de los daños asociados a las enfermedades, podemos observar en el gráfico que existen dos opciones como son los referidos a “bueno” y “muy bueno”, tienen el mismo porcentaje que corresponde al 35%, mientras que los demás nuevamente se encuentran por debajo del 20%, en donde se encuentra “regular”, “malo” y “muy malo”.

10. ¿Cuán eficiente es el control de daños asociados a enfermedades?

Tabla 48. ¿Cuán eficiente es el control de daños asociados a enfermedades?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	2	6,5	6,5	6,5
	Regular	2	6,5	6,5	12,9
	Bueno	17	54,8	54,8	67,7
	Muy bueno	10	32,3	32,3	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Grafico 34. Eficiencia del control de daños asociados a enfermedades



En cuanto al control de daños que se encuentran asociados a las enfermedades, el 55% de los encuestados afirma que es buena la eficiencia que se presenta de acuerdo a las circunstancias, mientras que solo el 32% dice ser muy buena. Por ultimo las dos opciones restantes corresponden a “regular” y “malo” son del 6%.

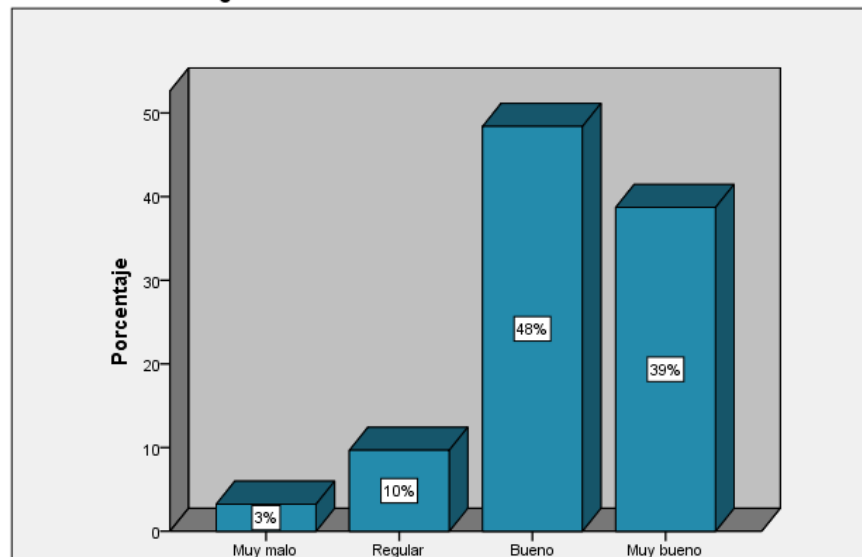
11. ¿Cómo valora el nivel de atención adecuada?

Tabla 49. ¿Cómo valora el nivel de atención adecuada?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy malo	1	3,2	3,2
	Regular	3	9,7	12,9
	Bueno	15	48,4	61,3
	Muy bueno	12	38,7	100,0
	Total	31	100,0	

Gráfico 35. Nivel de atención adecuada

11. ¿Cómo valora el nivel de atención adecuada?



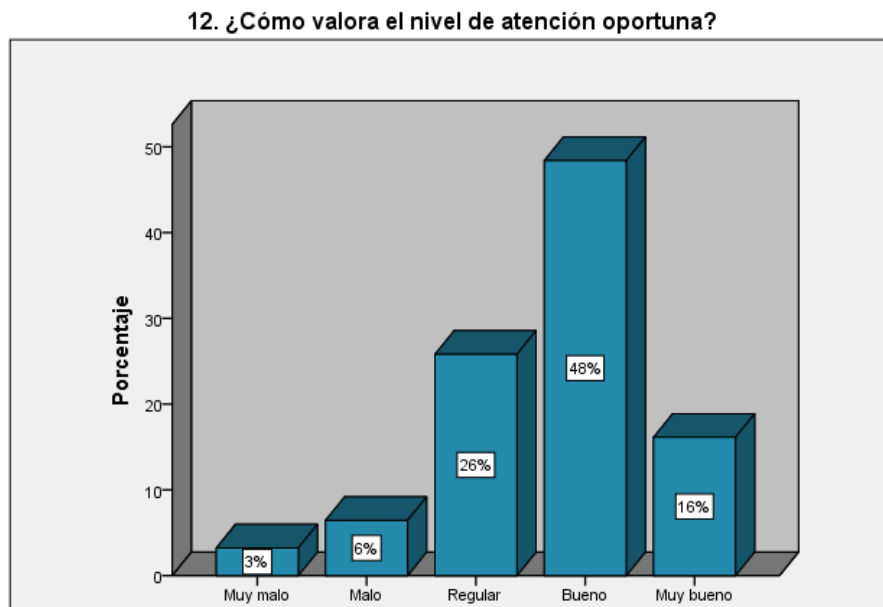
Para esta interrogante correspondiente a la valoración de la atención adecuada que brinda el hospital, se presencia que el 48%, es la respuesta más elevada de las presentadas y que corresponde a “bueno”. Mientras que el 39% se orienta a “muy bueno”, siendo ambas las más resaltantes a diferencia de las otras dos.

12. ¿Cómo valora el nivel de atención oportuna?

Tabla 50. ¿Cómo valora el nivel de atención oportuna?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy malo	1	3,2	3,2	3,2
	Malo	2	6,5	6,5	9,7
	Regular	8	25,8	25,8	35,5
	Bueno	15	48,4	48,4	83,9
	Muy bueno	5	16,1	16,1	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Gráfico 36. Valoración del nivel de atención oportuna



La atención oportuna que se valora de acuerdo a los encuestados, se divide en cinco alternativas, siendo la más solicitada con el 48% la respuesta de “bueno”, mucho más alejado se encuentra el 26% con la alternativa de “regular” y el 16% con “muy bueno”.

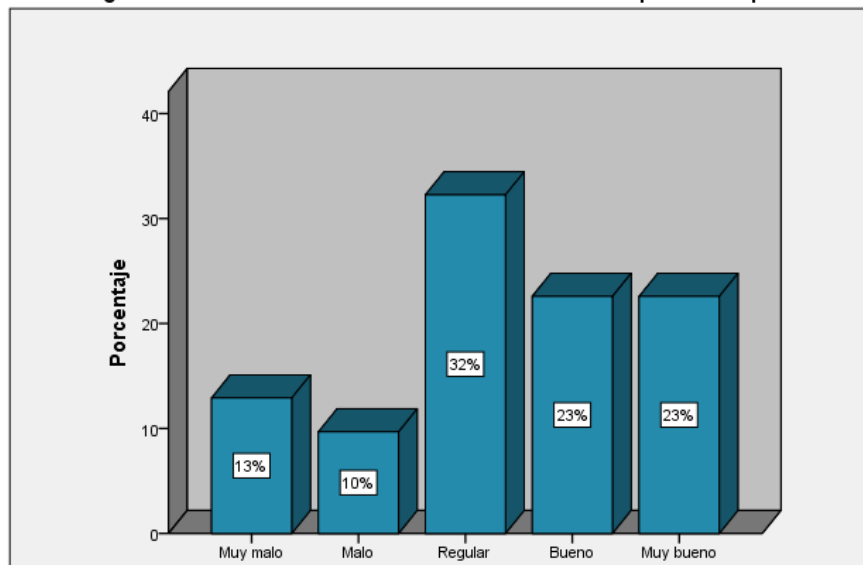
13. ¿Cuánto califica la sensación de calidad en el Hospital de Espinar?

Tabla 51. ¿Cuánto califica la sensación de calidad en el Hospital de Espinar?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy malo	4	12,9	12,9
	Malo	3	9,7	22,6
	Regular	10	32,3	54,8
	Bueno	7	22,6	77,4
	Muy bueno	7	22,6	100,0
	Total	31	100,0	

Gráfico 37. Calificación sobre la sensación de calidad en el hospital

13. ¿Cuánto califica la sensación de calidad en el Hospital de Espinar?



En cuanto a la calificación de la sensación de calidad en el hospital de Espinar, las respuestas se hallan un tanto equivalentes, pero aun así la de mayor respuesta fue de “regular” con el 32% mientras que las respuestas de “bueno” y “muy bueno” están igualadas con el 23% y solo el 13% y 10% se refieren a “muy malo” y “malo”, en el orden presentado.

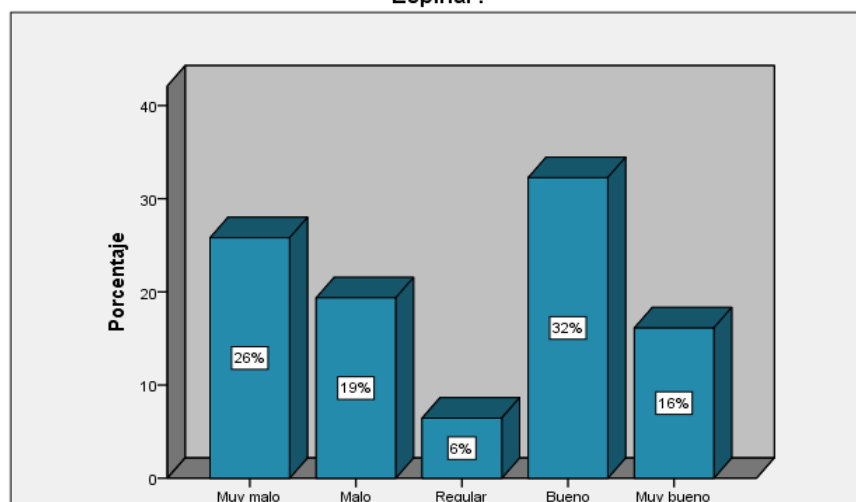
14. ¿Cuánto califica la sensación de calidez (trato humano) en el Hospital de Espinar?

Tabla 52. ¿Cuánto califica la sensación de calidez (trato humano) en el Hospital de Espinar?

		Fr ecuencia	Por centaje	Porce ntaje válido	Porce ntaje acumulado
Válido	Muy malo	8	25,8	25,8	25,8
	Malo	6	19,4	19,4	45,2
	Regular	2	6,5	6,5	51,6
	Bueno	10	32,3	32,3	83,9
	Muy bueno	5	16,1	16,1	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Grafico 38. Calificación a la sensación de calidez (trato humano)

14. ¿Cuánto califica la sensación de calidez (trato humano) en el Hospital de Espinar?



En este cuadro se puede apreciar cinco alternativas presentadas hacia los encuestados, las cuales varían de lo positivo a lo negativo, en ella se identifica que la alternativa más alta corresponde a la de “bueno” con un 32% seguido de “muy malo” con el 26% y “malo” con el 19%. Todo ello en relación a la sensación de calidez, es decir el trato humano dentro del centro de salud.

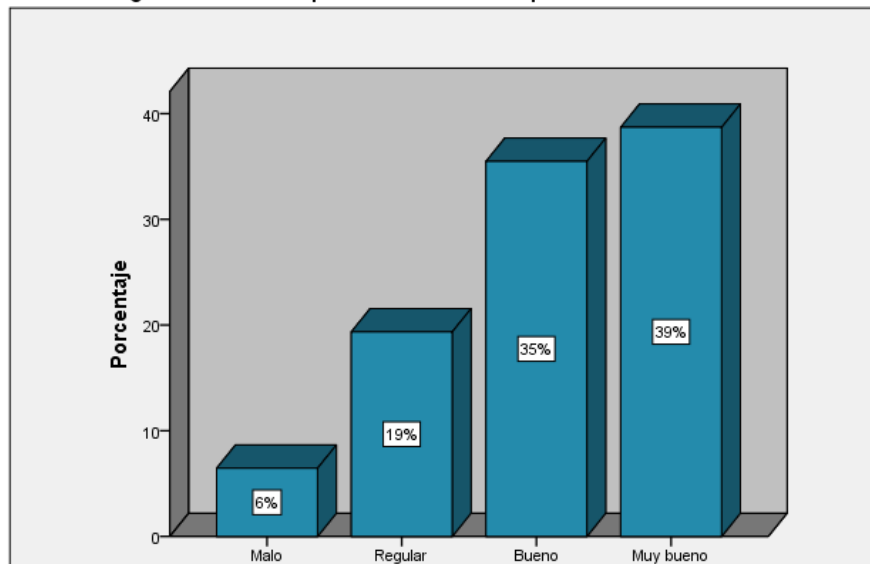
15. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal administrativo?

Tabla 53. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal administrativo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	2	6,5	6,5	6,5
	Regular	6	19,4	19,4	25,8
	Bueno	11	35,5	35,5	61,3
	Muy bueno	12	38,7	38,7	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Grafico 39. Valoración del profesionalismo del personal administrativo

15. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal administrativo?



La valoración hacia el profesionalismo del personal administrativo, está demostrado de acuerdo al siguiente grafico en donde se aprecia que casi el 40% afirma que es muy bueno, mientras que el 35% es bueno. Por otra parte el 19% es regular y el 6% es malo.

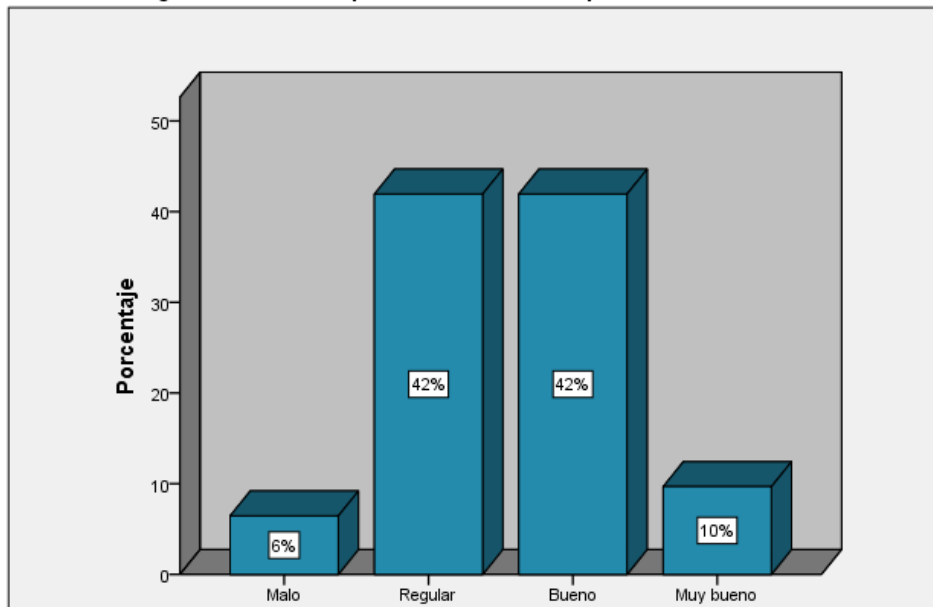
16. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal de servicio?

Tabla 54. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal de servicio?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	2	6,5	6,5	6,5
	Regular	13	41,9	41,9	48,4
	Bueno	13	41,9	41,9	90,3
	Muy bueno	3	9,7	9,7	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Gráfico 40. Valoración del profesionalismo del personal de servicio

16. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal de servicio?



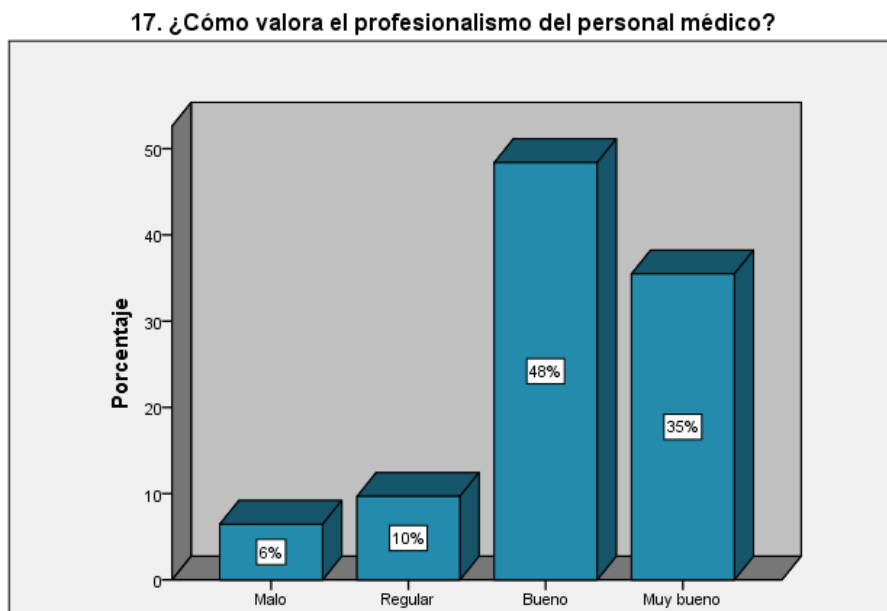
La valoración hacia el profesionalismo del personal de servicio se demuestra por una igualdad entre dos alternativas que se demuestran en el gráfico, en ellas se aprecia que el 42% corresponde a “regular” y “bueno”. Por otra parte el 10% es muy bueno y solo el 6% es malo.

17. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal médico?

Tabla 55. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal médico?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Malo	2	6,5	6,5	6,5
Regular	3	9,7	9,7	16,1
Bueno	15	48,4	48,4	64,5
Muy bueno	11	35,5	35,5	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Grafico 41. Valoración del profesionalismo del personal médico



Para saber el profesionalismo del personal médico en dicha institución, indica que el 48% corresponde a bueno, mientras que el 35% es referente a muy bueno, estas dos alternativas superan en demasía a las otras alternativas, entonces se puede afirmar que dicho personal si es competente.

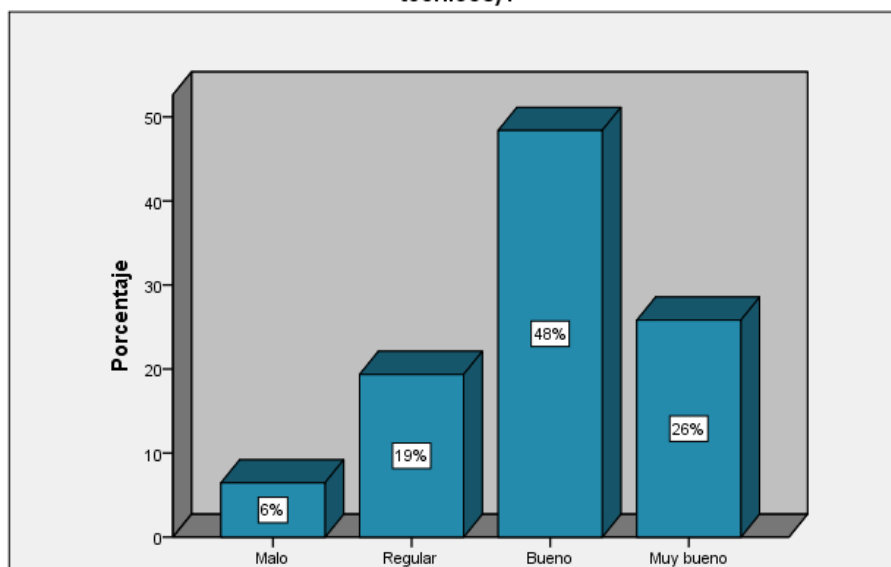
18. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal asistente (enfermeras, técnicos)?

Tabla 56. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal asistente (enfermeras, técnicos)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	2	6,5	6,5	6,5
	Regular	6	19,4	19,4	25,8
	Bueno	15	48,4	48,4	74,2
	Muy bueno	8	25,8	25,8	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Grafico 42. Valoración del profesionalismo del personal asistente

18. ¿Cómo valora el profesionalismo del personal asistente (enfermeras, técnicos)?



Ahora, de acuerdo al profesionalismo que presenta el personal asistente, como son las enfermeras y los técnicos, entre otros, los encuestados tienen una ligera variación con respecto a lo anterior. El 48% dice ser bueno, mientras que el 26% es muy regular, y además el 19% dice ser regular.

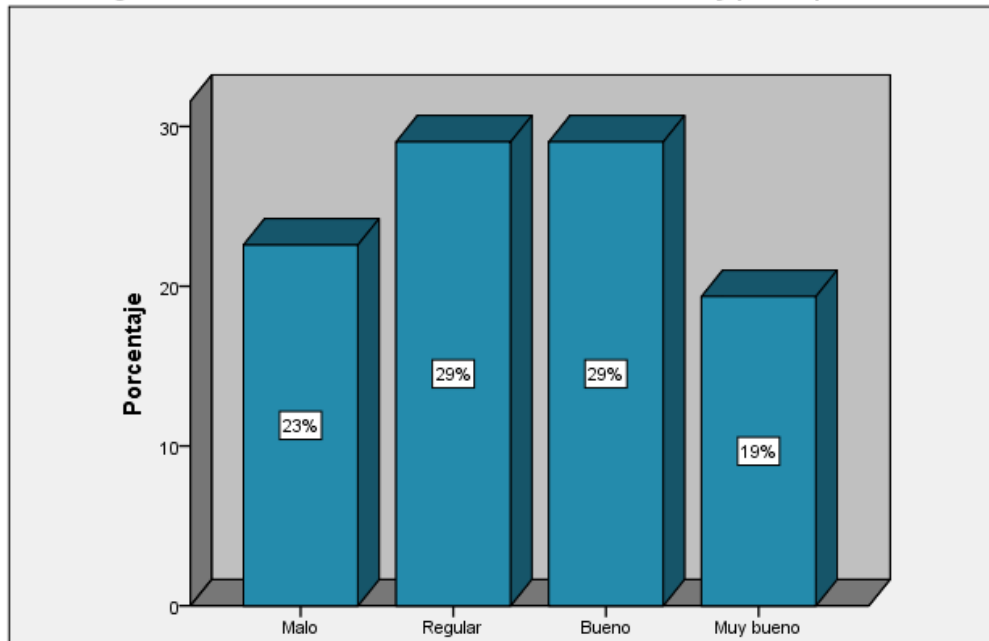
19. ¿Cuán eficaz es la atención en cuanto a horarios y predisposición?

Tabla 57. ¿Cuán eficaz es la atención en cuanto a horarios y predisposición?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	7	22,6	22,6	22,6
	Regular	9	29,0	29,0	51,6
	Bueno	9	29,0	29,0	80,6
	Muy bueno	6	19,4	19,4	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Gráfico 43. Eficacia en la atención (horario, predisposición)

19. ¿Cuán eficaz es la atención en cuanto a horarios y predisposición?



Para esta interrogante sobre la atención en cuanto a los horarios y a la predisposición, los encuestados optaron por cuatro opciones de las cuales dos de ellas coinciden con el 29% quienes se refieren a “regular” y “bueno”, seguidos del 23% con la alternativa de “malo” y el 19% con muy bueno.

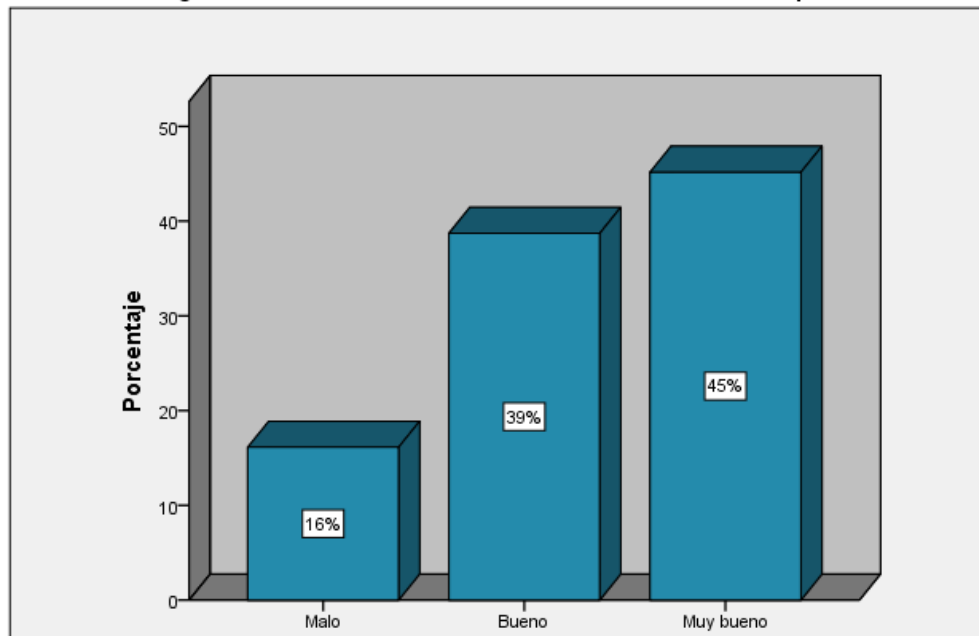
20. ¿Cómo valora la comunicación adecuada en el hospital?

Tabla 58. ¿Cómo valora la comunicación adecuada en el hospital?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	5	16,1	16,1
	Bueno	12	38,7	54,8
	Muy bueno	14	45,2	100,0
	Total	31	100,0	

Gráfico 44. Valoración de la comunicación adecuada en el hospital

20. ¿Cómo valora la comunicación adecuada en el hospital?



Para la valoración adecuada en un hospital, el 45% respondió que es muy buena, por otro lado el 39% lo considera como buena y el 16% lo califica de mala, entonces se presenta una comunicación adecuada, pero que necesita de ciertas características para que todas las personas se encuentren cómodas con el servicio.

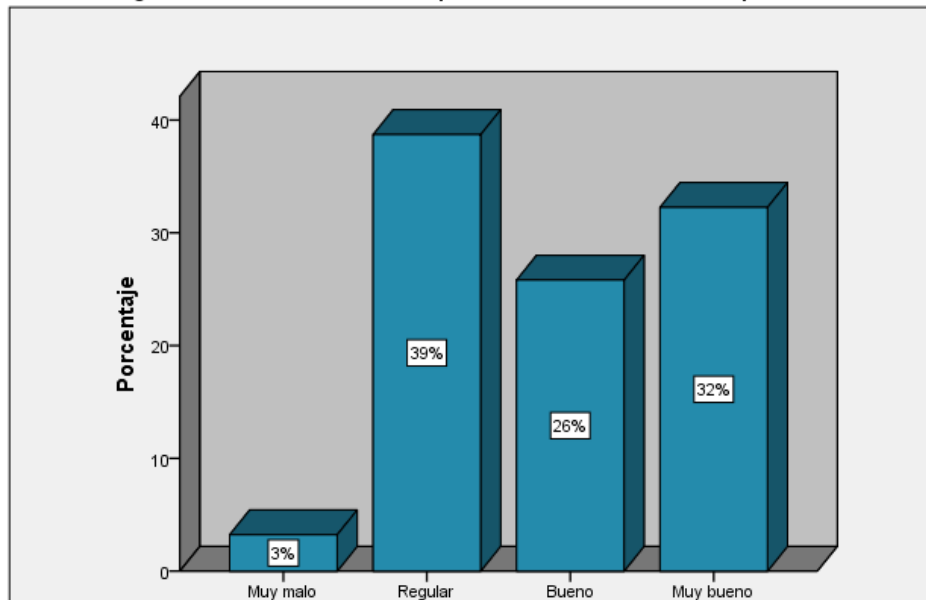
21. ¿Cuál es su valoración respecto a la satisfacción del paciente?

Tabla 59. ¿Cuál es su valoración respecto a la satisfacción del paciente?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Muy malo	1	3,2	3,2	3,2
Regular	12	38,7	38,7	41,9
Bueno	8	25,8	25,8	67,7
Muy bueno	10	32,3	32,3	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Grafico 45. Valoración respecto a la satisfacción del paciente

21. ¿Cuál es su valoración respecto a la satisfacción del paciente?



Por último, la valorización de acuerdo a la satisfacción del paciente, los encuestados consideran que es regular, lo que lo demuestra con un casi 40%, seguido de muy buena con 32% y buena con 26%. Se podría concluir que en ciertos aspectos la atención es correcta mientras que en otras áreas aún falta pulir ciertos detalles.

5.4 Prueba de hipótesis

5.4.1 Relación y prueba de hipótesis entre V1 y D2

Planteamiento de hipótesis:

- Ha: Existe correlación entre la variable 'Descentralización económico-financiera' y la dimensión 'operatividad funcional' ($p \neq 0$).
- Ho: No existe correlación entre la variable 'Descentralización económico-financiera' y la dimensión 'operatividad funcional'. ($p = 0$)

Nivel de significación:

Si la significancia bilateral (p-valor) es menor a ($< 0,05$) se rechaza Ho y se acepta la hipótesis alterna; caso contrario, se acepta Ho y se rechaza la Ha.

Valor p calculado:

Tabla 60. Correlaciones variable 1 y dimensión 2

		Variable 1: Descentralización económico- financiera	Dimensión 2: Operatividad funcional
tau_b Kendall	Variable 1: Descentralización económico-financiera	1,000	,767**
		Sig. (bilateral) N	,000 21
	Dimensión 2: Operatividad funcional	,767**	1,000
		Sig. (bilateral) N	,000 21

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Conclusión:

Dado que p-valor es $0,000 < 0,050$; entonces se ACEPTA la Ha (hipótesis alterna) y se concluye que, existe correlación significativa entre la variable 'Descentralización económico-financiera' y la dimensión 'operatividad funcional', lo cual se demuestra con el índice Tau b de Kendall ($r = 0,767$), que

corresponde a una relación de 76,7% porcentual entre dichas variables. Una correlación significativa.

5.4.2 Relación y prueba de hipótesis entre V1 y D1

Planteamiento de hipótesis:

- Ha: Existe correlación entre la variable 'Proceso de descentralización' y la dimensión 'Descentralización económico-financiera' ($p \neq 0$).
- Ho: No existe correlación entre la variable 'Proceso de descentralización' y la dimensión 'Descentralización económico-financiera' ($p = 0$).

Nivel de significación:

Si la significancia bilateral (p-valor) es menor a ($< 0,05$) se rechaza Ho y se acepta la hipótesis alterna; caso contrario, se acepta Ho y se rechaza la Ha.

Valor p calculado:

Tabla 61. Correlaciones variable 1 y dimensión 1

		Dimensión 1: Descentralización económico-financiera	Variable 1: Proceso de descentralización
tau_b de Kendall	Dimensión 1: Descentralización económico-financiera	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,787
		N	21
	Variable 1: Proceso de descentralización	Coeficiente de correlación	,787
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	21

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Conclusión:

Dado que p-valor es $0,000 < 0,050$; entonces se ACEPTA la Ha (hipótesis alterna) y se concluye que, existe correlación significativa entre la variable 'Proceso de descentralización' y la dimensión 'Descentralización económico-financiera', lo cual se demuestra con el índice Tau b de Kendall ($r = 0,787$), que corresponde a una relación de 78,7% porcentual entre dichas variables. Una correlación significativa.

5.4.3 Relación y prueba de hipótesis entre la D1 y D2

Planteamiento de hipótesis:

- Ha: Existe correlación entre la dimensión 'Descentralización económico-financiera' y la dimensión 'operatividad funcional' ($p \neq 0$).
- Ho: No existe correlación entre la dimensión 'Descentralización económico-financiera' y la dimensión 'operatividad funcional' ($p = 0$).

Nivel de significación:

Si la significancia bilateral (p-valor) es menor a ($< 0,05$) se rechaza Ho y se acepta la hipótesis alterna; caso contrario, se acepta Ho y se rechaza la Ha.

Valor p calculado:

Tabla 62. Correlaciones entre dimensión 1 y dimensión 2

		Dimensión 1: Descentralización económico-financiera	Dimensión 2: Operatividad funcional
tau_b de Kendall	Dimensión 1: Descentralización económico-financiera	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,564
		N	,009
	Dimensión 2: Operatividad funcional	Coeficiente de correlación	21
		Sig. (bilateral)	,564
		N	,009
			21

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Conclusión:

Dado que p-valor es $0,000 < 0,009$; entonces se ACEPTA la Ha (hipótesis alterna) y se concluye que, existe correlación moderadamente significativa entre la dimensión 'Descentralización económico-financiera' y la dimensión 'operatividad funcional', lo cual se demuestra con el índice Tau b de

Kendall ($r = 0,564$), que corresponde a una relación de 56,4% porcentual entre dichas variables.

5.5 Discusión de resultados

La descentralización como sistema de vida de un Estado, responde a principios básicos de civilidad política y social; en ese sentido, las estrategias de descentralización se refieren a la transferencia de responsabilidades, competencias y capacidades desde unidades superiores a unidades de gobierno de menor dimensión territorial.

Con tales consideraciones se evaluó la incidencia de la descentralización económica financiera para la operatividad funcional en la provisión de servicios de las entidades que conforman la red de servicios de salud en el Hospital de Espinar. Se realizó la recolección de información mediante un cuestionario elaborado para el personal administrativo que labora de forma directa en áreas de provisión de servicios. De tal proceso se pudo recopilar la siguiente información.

Entre lo más importante de esta investigación, se ha verificado una importante evolución del presupuesto total en el Hospital de Espinar, considerando los tres rubros detallados en. De cerca de 4 millones 860 mil soles el año 2014, se pasó a 8 millones 237 mil el año 2015; luego, a 8 millones 460 mil el 2016 y; finalmente, a la cifra de 9 millones 786 mil soles el presente año 2017, bordeando los 10 millones prácticamente. Se intuye que con estas cifras, es posible que el servicio también haya experimentado alguna mejora notoria para el usuario.

Se verificó que, para el concepto de descentralización económico financiera y considerando cinco escalas de valoración, tres fueron asumidas por los encuestados/as con mayor preferencia, siendo el valor predominante el de la valoración de 'muy buena' con un 62% de las respuestas. En segundo lugar está la opción 'buena' con un 29% de las respuestas, y finalmente está la opción de 'mala' apenas con el 10% de respuestas en el caso del personal administrativo.

Se verificó igualmente que la opción más resaltante en la muestra de estudio es el estado 'regular' de la eficiencia en los procesos de descentralización financiera con un 43%. La segunda opción más importante es el nivel 'bueno' con un 29% de manifestaciones.

De otro lado, la respuesta más alta para la eficacia de los procesos de descentralización financiera, fue de 48% perteneciente a la opción de "buena", seguido del 24% como "regular" y el 19% como 'muy buena', quedando al final el 10% de "mala". Es decir, la apreciación sobre la eficacia de los procesos de descentralización en el personal administrativo es vista mayoritariamente como 'buena'.

Así mismo, para el grado óptimo del manejo financiero, se presentan tres alternativas preferidas y de acuerdo a los resultados se obtuvo que el 52% opinara por la opción de "buena" seguido del 29% con "muy buena" y el 19% como 'regular'. Podemos acotar que no se encontró ninguna respuesta negativa.

Es importante también citar que se presentan cuatro alternativas referentes en la valoración de la autonomía administrativa en el Hospital de Espinar. Para la alternativa "muy buena" se tiene el porcentaje de 47%,

también podemos apreciar que las demás opciones se encuentran por debajo del 20%.

En cuanto a la eficiencia de la contratación de personal, el 38% se inclina por una respuesta de “bueno” seguido de un 33% como “muy buena”, para luego seguir con el 24% de “regular”. Se resalta que la mayoría de las respuestas está predispuesto hacia lo positivo, solo el 5% afirma ser “mala”.

Respecto a la eficacia del personal contratado en el Hospital de Espinar, el 33% califica de “buena” y del 29% de “regular” y “muy bueno”, solo el 10% se inclina dice que es “mala”. Para la eficiencia o eficacia del comportamiento del personal administrativo, la opción más alta fue de “buena” con el 38% seguido de “muy buena” con el 29%, las otras tres opciones se encuentran por debajo del 20% y son las pertenecientes de lo regular a lo muy malo. Se complementa este punto con la valoración de la eficiencia o eficacia del desempeño en el personal administrativo. Se verificó que el 43% es la más elevada correspondiente a “lo bueno”, el 38% calificó de “muy buena”.

CONCLUSIONES

Primera (HG):

Se demuestra que la descentralización económica financiera para la operatividad funcional del Hospital de Espinar, incide en una mejor provisión de servicios de salud que beneficia a la sociedad civil. El análisis evidencia que existe correlación significativa entre la variable 'Descentralización económico-financiera' y la 'operatividad funcional', lo cual se demuestra con el índice Tau b de Kendall ($r = 0,767$), que corresponde a una relación de 76,7% porcentual entre dichas variables.

Segunda (HG):

Existe correlación significativa entre la variable 'Descentralización' y la dimensión 'Procesos de descentralización económico-financiera', lo cual se demuestra con el índice Tau b de Kendall ($r = 0,787$), que corresponde a una relación de 78,7% porcentual entre dichas variables.

Tercera (HE1):

Existe correlación moderadamente significativa entre la dimensión 'Descentralización económico-financiera' y la dimensión 'operatividad funcional', lo cual se demuestra con el índice Tau b de Kendall ($r = 0,564$), que corresponde a una relación de 56,4% porcentual entre dichas variables.

Cuarta (HE2):

Se comprueba que el personal administrativo del Hospital de Espinar califica de 'buena' en la mayoría de ítems desarrollados respecto a la dimensión 'descentralización económico financiera', lo cual constituye una tendencia favorable que evidencia lo positivo de dicho proceso a pesar de existir determinadas dificultades.

Quinta (HE3):

Se comprueba que el personal administrativo del Hospital de Espinar califica de 'buena' en la mayoría de ítems desarrollados respecto a la dimensión 'operatividad funcional', lo cual constituye una tendencia favorable que evidencia lo positivo de dicho proceso a pesar de existir determinadas dificultades.

Sexta (HE4):

Se comprueba que los factores determinantes de los procesos de descentralización económica financiera para la operatividad funcional en el Hospital de Espinar, inciden significativamente en la provisión de servicios de salud, lo cual se demuestra con la apreciación entre 'regular' y 'buena' como tendencia predominante en el cuestionario aplicado a los usuarios (pacientes activos-potenciales) y que se presentan en los 21 ítems del cuestionario respectivo.

RECOMENDACIONES

Primera:

Se sugiere que en el Hospital de Espinar se describan y analicen los niveles y procesos de descentralización para la operatividad funcional como un mecanismo o estrategia de delegación de atribuciones económicas financieras, para un potencial mejoramiento adicional en la provisión de servicios.

Segunda:

Se recomienda analizar los factores que determinan los procesos de descentralización económica financiera para la operatividad funcional de forma manera que se potencien las virtudes y se mejoren o superes los defectos.

Tercera:

Se recomienda analizar y determinar las estrategias o mecanismos de descentralización económica y financiera para la operatividad funcional de forma que su aplicabilidad guarde coherencia con la propuesta teórica y la ejecución práctica.

Cuarta:

Se sugiere evaluar los cambios resultantes en la implementación de los procesos de descentralización económica y financiera para la

operatividad funcional, pues existen algunas deficiencias que debe ser superadas para seguir mejorando.

Quinta:

Se recomienda socializar los resultados del presente estudio en las entidades de prestación de salud así como en las entidades descentralizadas y desconcentradas, para valorar la magnitud del problema y alcanzar elementos de cambio o superación de las dificultades que favorezcan una prestación eficiente y eficaz de servicios y contribución a la mejora de los hospitales de nuestro medio.

Sexta:

Finalmente, se sugiere desarrollar factores favorables a los procesos de descentralización económica financiera para mejorar la operatividad funcional en los Hospitales semejantes a la muestra; pues, inciden significativamente en la mejor provisión de servicios de salud según las observaciones desarrolladas en el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Villanueva, L. (1993). Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. *Estudio Introductorio*. Mexico: Miguel Angel Porrua.
- ALMEIDA, C. (2001). Reforma del estado y reforma del Sistema de Salud. *Cuadernos Médicos Sociales N°79*.
- Arce, F.P.; Teme Montes, J.L.;. (1997). Los sistemas sanitarios. *Manual de la Gestion Hospitalaria*. España: M.C Graw-hill Interamericana.
- BOBBIO; NORBERTO; MATEUCCI; NICOLA; PASQUINO, GIANFRANCO;. (1994). *Diccionario de Política*. Mexico: Siglo XXI.
- (1996). En E. Carrero Mendoza, *Las politicas descentralizadoras en el {ambito internacional* (págs. 72-95).
- (2001). Anales del sistema Sanitario de Navarra Vol24. En I. De Val-Pardo, *Vanguardia y actividad hospitalaria en Salud Publica y Administratica Sanitaria*. Navarra.
- Fernández, M. (1988). Aspectos institucionales en la formulación de las políticas de salud. *Politica de salud en América Latina*. David Gomez Cavo.
- Gonsalez García, I. (1997). Políticas de salud en Perú : Veinte Años y su propiedad. *Medicina y Sociedad, volumen 20 N°1*. Perú.
- Hernández; Fernández; Baptista;. (s.f.). Metodolofia de la investigación 5° edicion. Mexico: Interamericana Editores S.A.
- Metcalf, I. (1999). La Gestión Pública . *De la Imitación a la Innovaón* . Washington DC.: Carlos Losada.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD. (30 de septiembre de 1988). Dessarrollo de los sitemas locales de salud en la transformación de los sistemas

- nacionales de salud. *Documento CD33/14, Resolución XV-XXXIII del Comité Directivo*. Washington DC.
- Oszlak, O. (s.f.). Estado y sociedad. *Nuevas reglas de juego Reforma y Demografía*. Caracas: CLAD.
- Oszlak, O., & O'Donel, G. (1984). Estado y Políticas Estatales en América Latina. *Para investigar la administración pública*. Madrid, España.
- Pepetto, F. (1998). Notas para el análisis de las políticas sociales: una propuesta para el institucionalismo en el perfil latinoamericano. *FLACSO*, 12.
- Subirats, J. (1995). Los instrumentos de las políticas. *Gestion y Politica Publica Vol IV*.
- Tamayo Sáenz, M. (1997). El análisis de las políticas públicas. *La nueva administración pública*. Madrid.
- Tobar, F. (27 de Julio de 2002). *isalud*. Obtenido de revista Médica: <http://www.isalud.org/pdf/tobar.pdf>.
- Valdez, W. (2013). *Análisis de la situación del país*. Lima.
- Vela, A. (2010). *Condiciones para la descentralización en salud, Arequipa Perú*. Arequipa.
- Visillc, E. (1998). el caso de la Autogestión. *Diario del Mundo Hospitalario, Publicacion de la Asociación de Médicos*, 54. Buenos Aires, Argentina.
- Zárate, E. (2012). *Descentralización de los servicios de Salud*. Lima.
- Zavala, A. (2014). *La descentralización en el desarrollo económico financiero del Perú*. Lima.
- Contreras Carlos: Centralismo y Descentralismo en la Historia del Perú Independiente JCAS-IEP Series 4-2000. Lima Perú.
- El Peruano. Normas Legales. 3 Feb. 1998 Lima Perú

Bisang Roberto y Cetrangolo Oscar: Descentralización de los Servicios de Salud en la Argentina. CEPAL – Reformas de Política Pública. Santiago de Chile 1997

Propuesta para una Agenda de Gobierno. El Comercio. Abril 2001. Lima –Perú
Programas Nacionales de Salud. Plan Operativo 1998. DGSP Ministerio de Salud Lima-Perú

ANEXOS

1. Matriz de consistencia
2. Matriz de variables
3. Copia de Resolución de Aprobación del Proyecto
4. Instrumentos de validación
5. Solicitud de aplicación de instrumental al Hospital de Espinar
6. Proveído de aplicación de instrumentos
7. Modelo de encuesta aplicada (variable 1)
8. Modelo de encuesta aplicada (variable 2)