

*El marco normativo de la gestión
por resultados y la reforma de salud
del Ministerio de Salud*

*The Legal Framework of the Results-Based
Management and the Health Reform
of the Ministry of Health*

Lily Maribel Melgar Carrasco* <https://orcid.org/0000-0002-7660-2644>

<http://dx.doi.org/10.21503/lex.v17i24.1819>

Lex

* Abogada de la Universidad Garcilaso de la Vega. Magister en Derecho Civil y Comercial y doctora en Derecho de la Universidad Alas Peruanas. Docente a tiempo completo de la Universidad Juan Pablo II. Perú.
Correo electrónico: lmelgarcarrasco@hotmail.com.





Serie sueños...Jardín de hojas muertas, 2019. Cerámica gres y madera 25 x 48 x 30 cm.
Destacado artista plástico nikkei, Oswaldo Higuchi (Perú, 1948)

RESUMEN

Uno de los problemas que se visualiza en el Sector Salud es el tema relacionado con la gestión por resultados y la reforma de salud en el Ministerio de Salud, a fin de mejorar la prestación de servicios de salud, establecer un apropiado manejo del presupuesto y determinar la existencia de una óptima calidad del servicio de salud que se brinda a la población. En este sentido, el problema que se visualizan es: ¿en qué medida el marco normativo de la gestión por resultados influye en la reforma de salud en el Ministerio de Salud? Para luego determinar el objetivo de la investigación: determinar en qué medida el marco normativo de la gestión por resultados influye en la reforma de salud en el Ministerio de Salud. Finalmente, establecer la hipótesis: el marco normativo de la gestión por resultados influye significativamente en la reforma de salud en el Ministerio de Salud. La investigación fue relacional y no experimental. El método, hipotético-deductivo. El enfoque fue cuantitativo: observacional, prospectivo, transversal y analítico. La consistencia interna del cuestionario fue sometida a la prueba del Alfa Cronbach; la asociación fue sometida a la prueba de Rho de Spearman, y la contrastación de la hipótesis se estableció mediante el cálculo del p-valor. Finalmente, se concluyó que el marco normativo de la gestión por resultados influye significativamente en la reforma de salud del Ministerio de Salud.

Palabras clave: *gestión por resultados, política pública, planeamiento estratégico, presupuesto por resultado, reforma de salud.*

ABSTRACT

One of the problems in the Health Sector is the topic related to the results-based management and the health reform within the Ministry of Health in order to improve the provision of health services, to set an appropriate budget management and to optimize the quality of the health services provided to the population. In such sense, the main question is: to what extent does the legal framework of the results-based management influence the health system reform within the Ministry of Health? Thus to determine the objective of the investigation: to determine to what extent the legal framework of the results-based management influence the health system reform within the Ministry of Health. Finally, to establish the hypothesis that: the legal framework of the results-based management significantly influences the health system reform within the Ministry of Health. The research was relational and non-experimental. The method used was hypothetical-deductive. The approach was quantitative: observational, prospective, transversal and analytical. The internal consistency of the questionnaire was tested using Alpha Cronbach; the association was subjected to the Spearman test of Rho, and the check of the hypothesis was established by calculating the p-value. It was concluded that the legal framework of the results-based management significantly influences the health system reform within the Ministry of Health.

Key words: *results-based management, public policy, strategic planning, budget-by-result, health reform.*

I. INTRODUCCIÓN

Desde el año 2000, el Perú viene logrando una de las tasas más altas de crecimiento económico en la región. Sin embargo, el crecimiento económico-presupuestal no viene acompañado de un crecimiento similar en cuanto a la capacidad de gestión del Estado en invertir apropiadamente lo que recauda ni de generar las condiciones necesarias y suficientes para un crecimiento y desarrollo económico, social, cultural y político en forma sostenida y sustentable.

La insuficiente confianza de los usuarios en la gestión de los servicios públicos se debe al bajo desempeño en la administración de los recursos de las entidades públicas, que genera bajos niveles de satisfacción de los servicios esenciales que se le brinda a la ciudadana. Desde hace tiempo, los ciudadanos exigen un Estado eficiente en la administración de sus recursos y eficaz en el logro de los objetivos sociales en el territorio nacional. Pese a que se ha incrementado sustancialmente la recaudación fiscal y el presupuesto público, las entidades públicas tienen una limitada capacidad de gestión en cuanto a la ejecución del presupuesto que se destina a mejorar la calidad del servicio; y, en la deficiente ejecución de los proyectos de inversión que podrían impulsar el desarrollo de la localidad y la región; lo que se pueda brindar con eficiencia y eficacia los servicios básicos que requieren los ciudadanos de las localidades y las regiones del país.

Buscando revertir esta difícil situación, se inició en las instituciones del Estado, un proceso de modernización de la gestión y descentralización del Estado, que significó la transferencia de recursos y la capacidad de decidir sobre los proyectos que consideren prioritarios, a fin de que con una relativa autonomía administrativa, política y económica sirvan de manera eficiente y eficaz a los usuarios de la región y la localidad. Sin embargo, si bien el proceso de modernización y descentralización satisfizo aspiraciones largamente postergadas y generó expectativas en las transformaciones para el desarrollo regional y local por las nuevas oportunidades que se pudieran generar, la transferencia de decisiones y el incremento de los recursos financieros no fueron acompañados de la adecuada capacidad en la gestión de calidad y una descentralización en las decisiones de los servicios.

El inicio del proceso de modernización y descentralización significó iniciales tropiezos, producto de la inexperiencia e insuficiente información, que puso en evidencia las propias limitaciones del Gobierno Central, que tenía semejanzas con las que se reprodujeron en los gobiernos regionales y locales. Como consecuencia, las entidades públicas nacionales, regionales y locales no han demostrado todavía una suficiente capacidad de gestión y gobernabilidad, poniendo en evidencia las debilidades en la mejora de la calidad de los servicios que se brinda a los ciudadanos, y en la ejecución de los proyectos de inversión que promuevan el desarrollo regional o local.

En esa orientación, le correspondió al Consejo de Ministros coordinar las políticas nacionales de carácter multisectorial, así como elaborar, aprobar y aplicar las políticas de modernización de la gestión de calidad de la administración del Estado. En ese orden, el Sistema de Modernizar la Gestión Pública es una rectoría que recae en el Poder Ejecutivo y, por lo tanto, es el ente responsable de generar un marco normativo para lograr la eficiencia, eficacia y transparencia de los sistemas administrativos de las entidades públicas del país.

En el contexto que se detalla, el Ministerio de Salud inició un proceso de reforma de la salud, como parte de la modernización de la gestión pública y la construcción de un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano. A fin de ello, estableció un marco normativo que permita implementar una apropiada gestión por resultado, para lo cual formuló un diagnóstico situacional que puso en evidencia lo siguiente:

- a) Ausencia de un sistema eficiente de planeamiento y problemas de articulación con el sistema de presupuesto público:¹ aunque se han logrado avances significativos en la implementación progresiva del presupuesto por resultados, existen problemas pendientes donde persiste la asignación inercial de recursos asignado el año anterior y la negociación por incrementos con el Ministerio de Economía y Finanzas, pese a la insuficiente ejecución presupuestal. La asignación de recursos presupuestal en el planeamiento no siempre responde a una prioridad establecida, ni mucho menos a la definición de una meta o la necesidad de mejorar la calidad del servicio o de reducir los costos operativos. Por lo mismo, no hay coherencia entre los insumos que se emplean y la calidad de los servicios que se brindan, y muchas veces no responden a las prioridades de los usuarios.
- b) Desactualizado diseño de la estructura organizacional de salud:² las instituciones del Ministerio de salud tienen una inadecuada estructura de la organización, deficiente agrupamiento de las tareas y duplicidad en la asignación de responsabilidades, que

¹ Presidencia del Consejo de Ministros, “Decreto Supremo N° 004-2013-PCM”, *Diario Oficial El Peruano*, miércoles 9 de enero del 2013, 485568.

² *Ibidem*, 485569.

no es congruente con la actividad operacional que deben cumplir para el logro de los objetivos programados, como resultado del proceso de planeamiento estratégico-operativo y presupuestal. Ello se debe a que las organizaciones fueron diseñadas bajo un modelo de gestión funcional, con estructuras jerárquicas, estamentales y sin claridad de los procesos que deben realizar para brindar bienes y servicios públicos con la calidad y pertinencia requerida por el ciudadano.

- c) Deficiente proceso de los servicios públicos:³ Los procesos desarrollados dentro de la organización no han sido definidos como una secuencia de tareas que buscan transformar la entrada de insumos en un servicio con valor agregado en cada etapa del proceso hasta la entrega del servicio que se brinda al usuario. Sin embargo, muchas entidades de salud cuentan con servidores con insuficiente capacitación: que genera una insuficiente gestión operativa de la ejecución presupuestal para orientarlo hacia la optimización de los servicios de salud que se brindan a los usuarios. No se investiga cómo optimizar los procesos, cómo formalizar mediante los documentos normativos, y cómo digitalizar y automatizar cada proceso interno con el uso de la tecnología de la información y comunicación, a fin de incrementar el valor agregado a lo largo de la cadena de servicios que se brinda. Uno de los problemas a resolver es la articulación de los sistemas administrativos de las entidades públicas mediante un marco normativo y reestructuración de los órganos rectores por cada sistema administrativo (órganos de dirección, órganos asesores, órganos de apoyo y órganos de línea), y cómo replicarlos en las entidades regionales y locales, ya que no están diseñados ni consideran la diversidad de las instituciones de salud existente. Las decisiones del funcionario deben enfocarse en la satisfacción de las necesidades básicas de los usuarios del servicio de salud, adecuando el cumplimiento de las funciones y tareas de los servidores a la mejora continua de la norma vigente y en la mejora de los documentos de gestión y operativos.
- d) Equipamiento obsoleto, infraestructura precaria y gestión logística deficiente:⁴ la capacidad de gestión de las entidades se ve limitada por la deficiente y precaria infraestructura, y un obsoleto equipamiento y mobiliario. Existen varias sedes de trabajo con servidores dispersos, lo que trae incremento de los costos de gestión y de operación; sumado a las pérdidas de tiempo y energía en los trámites de documentos y reuniones de coordinación. Adicionalmente, la gestión de las tecnologías de información y comunicación son percibidas como simples soportes técnicos, y no como un área que facilite el planeamiento y simplifique la gestión de la institución, que contribuye en la reducción de costo y tiempo para el logro de las metas y resultados de la gestión institucional.

³ *Ibidem.*

⁴ *Ibidem.*

- e) Ausencia de una política e inadecuada gestión de los recursos humanos:⁵ coexistencia de varios regímenes laborales, con marcos legales diferentes y tratamiento institucional diversos, que hacen dificultosa la flexibilidad que se requiere para atender las diferentes necesidades de los recursos humanos. Se trata de estandarizar los nudos críticos de una eficiente gestión de los recursos humanos, de estandarizar los sueldos e incentivos, de estandarizar los contratos, la desvinculación del personal a plazo fijo y el contrato de personal en un plazo temporal. Existe una desactualizada determinación de los perfiles de puestos y el número óptimo de profesionales requeridos por cada perfil de puesto, que se sustenta en la distribución de carga de trabajo y la pertinencia para lograr resultados. Existe un deficiente proceso de planificación, selección, contratación, evaluación del desempeño, desarrollo de capacidades, otorgamiento de incentivos y desvinculación de los servidores. Se suma a ello, la deficiente política de capacitación y formación por competencias, en la medida que no se valora la formación de los servidores o no cuentan con presupuesto. La capacitación que se dictan se hace en forma improvisada, sin ningún tipo de seguimiento ni evaluación de desempeño. Esfuerzos decididos por una necesidad de corto plazo.
- f) Insuficiente evaluación de los resultados, ausencia de seguimiento y monitoreo de los insumos, procesos, servicios y resultados de las actividades:⁶ la ausencia de un sistema de planificación que definan objetivos medibles y que tengan en cuenta las brechas de necesidades de los usuarios. Las entidades no cuentan con indicadores para monitorear la gestión en los diferentes niveles, objetivos y responsabilidad. La información que sirve de base para la toma de decisión no pasa por un control de calidad; los datos están dispersos, desordenados y no son confiables, los mismos que se procesan en forma manual y están expuestos al error humano. Existen altos costos de coordinación para obtener información, que muchas veces no es adecuada, lo que dificulta el acceso a una información confiable para evaluar los resultados, tomar decisiones oportunas y resolver los problemas.
- g) Carencia de una gestión del conocimiento y la gestión de la información y comunicación:⁷ La gestión del conocimiento significa transferir conocimiento y desarrollar competencias en los servidores de salud para que lo compartan y lo utilicen en beneficio de la institución, la autorrealización de los servidores y el bienestar de los usuarios de los servicios de salud. Es necesario institucionalizar un sistema de gestión de la información; mejorar el sistema de recojo y transferencia de buenas experiencias labo-

⁵ *Ibidem.*

⁶ *Ibidem.*

⁷ *Ibidem*, 485570.

rales y lecciones aprendidas de la experiencia institucional, a fin de que no se repitan los mismos errores que generan pérdidas de tiempo e ineficiencia, y que las mejores experiencias prácticas se apliquen y se compartan.

Los usuarios exigen un Ministerio de Salud al servicio de las personas, lo cual implica una modificación de los enfoques y de las prácticas de gestión, concibiendo los servicios de salud como expresión de los derechos a la salud de los ciudadanos. Un Ministerio de Salud que se oriente al servicio de los ciudadanos: que asigne los recursos, que diseñe los procesos, que realinee los servicios y sus resultados en función de las necesidades de salud de los usuarios, que sea flexible en su estructura para adecuarse a las necesidades de salud de la población, y que se adapte a los cambios sociales, económicos y políticos que ocurren en el proceso de modernización del Estado y la sociedad peruana.

Los ciudadanos demandan un Ministerio de Salud eficiente que genere mayor valor agregado a través del uso racional de los recursos, buscando proveer a los ciudadanos lo que necesitan, al menor costo, con un estándar de calidad adecuado y en las cantidades óptimas que maximicen el bienestar social. Un Ministerio de Salud que asegure que los ciudadanos tengan igualdad de oportunidades en el acceso a sus servicios y en la elección de sus opciones de vida, buscando cerrar las brechas existentes; que brinde servicios de calidad para satisfacer las necesidades. Un Ministerio de Salud que sea transparente en su gestión y rendición de cuentas, que sea accesible a los ciudadanos, que fomente la participación del ciudadano, que promueva la integridad pública y rinda cuenta de su propio desempeño. Con esa visión de futuro, el Ministerio de Salud se planteó emprender un proceso de reforma de salud enfocado en la gestión por resultados de una gestión pública de calidad, a nivel gerencial y operacional.

II. MARCO TEÓRICO

¿Por qué modernizar la gestión pública? Porque los ciudadanos demandan un Estado moderno al servicio de las personas, lo cual implica transformar los enfoques y prácticas de gestión, y concebir los servicios o intervenciones como expresión de derecho del ciudadano.⁸ Porque emprender un proceso de reforma integral de la gestión pública para cumplir con los objetivos, pasa por una administración pública que se enfoque en la obtención de resultados que beneficie a los usuarios. Implica que las entidades realicen acciones que se orienten a mejorar continuamente los niveles de eficiencia y eficacia de la gestión pública, a fin de que cumplan con la función primordial de satisfacer las necesidades de los ciudadanos.

¿Por qué una gestión pública orientada a resultados? Hoy en día, la gestión pública moderna debe ser una gestión orientada a resultados, que se expresa en servicios de salud de calidad

⁸ *Ibidem.*

para el bienestar del ciudadano.⁹ Es una gestión en la que los servidores deben orientarse, en el marco de las políticas públicas de Estado y las responsabilidades de cada sector, en atender las necesidades de los usuarios; organizando los procesos de transformación de los insumos en servicios de calidad en todo el proceso de la cadena de valor; que se traduzcan en una mayor satisfacción de los usuarios y que garanticen sus derechos a un servicio de salud de calidad en un tiempo oportuno y al menor costo posible.

¿Qué es una política pública nacional? Es aquella que se enmarca en las políticas de Estado, responde a un programa de gobierno y a la identificación de los problemas de la agenda pública, que deben priorizarse teniendo en cuenta las necesidades esenciales o demandas ciudadanas.¹⁰ En esa orientación, debe desarrollar su capacidad rectora dentro de los alcances de la política sectorial de su responsabilidad, la misma que se refiere a diseñar e implementar estándares mínimos de cobertura y calidad de los servicios de salud a nivel nacional, regional y local, fijar metas con resultados, brindar asistencia técnica y financiar para lograr resultados, consolidar la información sobre la ejecución presupuestal, evaluar los resultados e impactos, y retroalimentar para un mejor diseño de las políticas de salud, además de gestionar el conocimiento de buenas prácticas en la gestión y la provisión de los servicios de salud en el marco de la política nacional del Estado.

¿Qué es el planeamiento estratégico? Es el proceso en el que cada sector debe considerar los compromisos y los planes de gobierno en torno a: i) las oportunidades de una necesaria intervención del Estado y los riesgos de un inadecuado accionar en la población; ii) el entorno macroeconómico, social, jurídico, institucional y político; iii) las demandas que solicitan los usuarios a los que se tienen que atender; iv) las formas en las que la población se organiza para resolver sus demandas; y v) la forma como el Sector Salud ha satisfecho esas necesidades mediante políticas, estrategias, resultados e impactos logrados, y qué lecciones ha sacado de las experiencias pasadas para mejorarlos en el futuro.

¿Qué es el presupuesto por resultado?¹¹ Es lograr a través de los programas presupuestales una mayor articulación del presupuesto con las políticas públicas y las prioridades nacionales, los objetivos estratégicos y operativos de todas las entidades en los tres niveles de gobierno. Promover intervenciones orientadas a productos, servicios y resultados. Emplear indicadores de desempeño complementado con evaluaciones independientes en la gestión del presupuesto. Programar el logro de resultados con visión de mediano y largo plazo, realizando las previsiones de los recursos necesarios para hacer posible la disponibilidad del gasto dentro del marco presupuestal multianual elaborado y aprobado.

⁹ *Ibidem*, 485570-485571.

¹⁰ *Ibidem*, 485572-485573.

¹¹ Ministerio de Economía y Finanzas, artículo 79° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, aprobado por Decreto Supremo N° 304-2012-EF de fecha 2 de enero de 2012.

¿Qué se entiende por reforma de la salud? Es la política del Estado que se orienta a mejorar el estado de salud de la población del país, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el acceso a la salud de las personas está garantizado por el Sector sin discriminación de ninguna clase y en todas las etapas de su vida. Es un compromiso con el bienestar de la población y el desarrollo de las fuerzas productivas del país.

¿Qué se entiende por realineación?¹² Es el cambio que se busca dentro de los procesos de la organización pública, alineando el planeamiento estratégico al presupuesto por resultado. Para ello se debe diseñar una nueva estructura y establecer nuevas funciones o actividades que permitan realinear la organización y la gestión de los recursos humanos hacia el logro de los objetivos de la institución.

¿Qué se entiende por reconceptualización? Es la redefinición de los conceptos frente al cambio ocurrido en el entorno a fin de promover una diferente visión del futuro de la organización en el mediano y largo plazo, que actualice los conceptos de acuerdo con los cambios del entorno y que genere un aprendizaje organizacional y compartido.

¿Qué se entiende por reestructuración? Es el cambio que busca transformar la organización, modificando o suprimiendo las actividades que no aportan un valor agregado al servicio de salud que se brinda al usuario, redefiniendo las funciones del Sector Salud y las prioridades, suprimiendo las funciones duplicadas y mejorando continuamente la calidad del servicio, reteniendo a los servidores de talento y mejorando el control eficiente del gasto asignado.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Materiales

Entre los meses de enero a diciembre del 2017, se procedió a realizar la investigación sobre el marco normativo de la gestión por resultado y la reforma de salud en el Ministerio de Salud. Para ello se encuestaron a treinta (30) servidores con experiencia en gestión por resultados y la reforma de salud en el Ministerio de Salud.

Las técnicas empleadas fueron la encuesta, la fuente documental y las normas. El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado con una escala tipo Likert, el mismo que fue elaborado e implementado por el investigador a fin de identificar, definir y medir la variable gestión por resultados y sus dimensiones política pública, planeamiento estratégico y presupuesto por resultado. Las mismas fueron contrastadas con la variable reforma de salud y sus dimensiones reconceptualización, realineación y reestructuración. En ese orden, el cuestionario tuvo treinta (30) ítems que fueron distribuidos de la siguiente manera:

¹² Ronny Francisco Chilón Troncos, "Clima organizacional y el alineamiento estratégico en los trabajadores administrativos y asistenciales de la Clínica Good Hope, Lima", *Revista Muro de la Investigación* 1 (2016).

Gestión por resultado (15 ítems):

- Política pública X01, X02, X03, X04, X05,
- Planeamiento estratégico X06, X07, X08, X09, X10,
- Presupuesto por resultado X11, X12, X13, X14, X15.

Reforma de salud (15 ítems):

- Reconceptualización Y01, Y02, Y03, Y04, Y05,
- Realineación Y06, Y07, Y08, Y09, Y10,
- Reestructuración Y11, Y12, Y13, Y14, Y15.

3.2. Métodos

La investigación fue aplicada teniendo en cuenta lo señalado por Ñaupas Paitán Humberto y otros,¹³ en el sentido que estuvo orientado a resolver problemas; en este caso, problemas en la gestión por resultados y en la reforma del Ministerio de Salud orientado a mejorar la gestión de calidad de los servicios de salud que se brindan a los usuarios.

El método empleado fue el hipotético-deductivo, teniendo en cuenta lo señalado por Bernal Torres César Augusto,¹⁴ en la medida que la investigación partió de algunas afirmaciones a manera de hipótesis; se buscó refutar tales hipótesis mediante la contrastación, y se llegó a conclusiones confrontadas con los hechos investigados.

El enfoque fue cuantitativo teniendo en cuenta lo señalado por Ñaupas Paitán Humberto y otros:¹⁵ que la investigación utilizó métodos y técnicas cuantitativas, y que tenía que ver con la observación, la medición, el uso de magnitudes, la medición de las unidades de análisis y la aplicación de pruebas estadísticas.

En ese orden de ideas, la investigación tuvo las siguientes características: 1) Según la intervención del investigador fue observacional, ya que no existió intervención del investigador y los datos que se recogieron reflejaron la evolución natural de los hechos; 2) Según la planificación de la toma de datos fue prospectivo, en la medida que los datos fueron obtenidos a propósito del estudio; 3) Según el número de ocasiones en que se midió la variable fue transversal, ya que los datos se recogieron en una sola ocasión; y 4) Según el número de variables

¹³ Humberto Ñaupas, Elías Mejía, Eliana Novoa y Alberto Villagómez, *Metodología de la investigación cuantitativa–cualitativa y redacción de tesis* (Bogotá: Ediciones de la U, 2014), 93.

¹⁴ César A. Bernal, *Metodología de la investigación* (Bogotá: Pearson Educación SAS, 2016), 71.

¹⁵ Humberto Ñaupas, Elías Mejía, Eliana Novoa y Alberto Villagómez, *Metodología de la investigación cuantitativa–cualitativa...*, 97.

de investigación fue analítico, por lo mismo que el análisis estadístico fue bivariado (gestión por resultado y reforma de salud), donde se plantearon las hipótesis, se pusieron a prueba mediante la consistencia, asociación y contrastación.

El nivel de investigación fue relacional, como lo señala Hernández Sampieri Roberto y otros,¹⁶ en la medida que dicho nivel de investigación tiene como propósito conocer el grado de asociación que existe entre dos variables (gestión por resultado y reforma de salud) en un contexto determinado (Ministerio de Salud).

El diseño de investigación fue no experimental y se validó el instrumento, como lo señala Hernández Sampieri Roberto y otros,¹⁷ en la medida que se trató de investigaciones donde no se hace variar en forma intencional la variable independiente para ver su efecto sobre la variable dependiente, es decir, en la investigación no experimental se observa el fenómeno tal como se da en su contexto natural, para luego analizarlo. En ese sentido, el diseño fue:

M1: Ox1 r Oy1

M1 = Servidores

Ox1 = Gestión por resultados

r = Índice de relación

Oy1 = Reforma de salud

Los datos fueron sometidos a la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y su resultado fue el siguiente: 1) los datos de la variable **gestión por resultado** obtuvo un valor de 0,096, mayor al valor de 0,05, lo que indicaba que los datos se distribuían de manera normal, era simétrica; y, 2) los datos de la variable **reforma de Salud** obtuvo un valor de 0,059, mayor al valor de 0,05, lo que indicaba que los datos se distribuyen de manera normal, era simétrica. Pese a ello, en la medida que los encuestados fueron treinta (30) servidores y las variables eran cualitativas, se emplearon pruebas no paramétricas.

Se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach, utilizando el software SPSS 22, a fin de establecer la consistencia interna de los instrumentos que se aplicaron. Si se tiene en cuenta la estadística de fiabilidad, se aprecia que en el instrumento de los encuestados obtuvo un valor de 0,736; el instrumento de **gestión por resultado** obtuvo un valor de 0,902, y el instrumento de **reforma de salud** obtuvo un valor de 0,894, los mismos que indicaban que los instrumentos tenían una consistencia interna alta.

Respecto a la correlación de las variables en estudio, se empleó la prueba de Rho de Spearman. Se puede apreciar que la correlación de las variables obtuvo un valor de 0,317, lo que indicaba que la correlación era baja.

¹⁶ Roberto Hernández, Carlos Fernández y María del Pilar Baptista, *Metodología de la investigación científica* (Lima: McGraw-Hill Educación, 2010), 81.

¹⁷ *Ibidem*, 149.

Respecto a la contrastación de hipótesis, se estimó que el error que se estaba dispuesto a aceptar para dar como válida la hipótesis fue de 0,05. Para ello se calculó la significancia asintótica (p – valor) para establecer el límite de error dispuesto a aceptar y su resultado fue el siguiente:

En la contrastación de la variable **gestión por resultados** y la **reforma de salud** se aprecia una influencia significativa en la medida que su valor fue de 0,044, menor al valor de 0,05 que se estaba dispuesto a aceptar.

Respecto a la contrastación de la dimensión **política pública** de la variable **gestión por resultado** se aprecia una influencia no significativa en la medida que su valor fue de 0,194 (reconceptualización), 0,119 (realineamiento) y 0,157 (reestructuración) de la reforma de salud, mayor al valor de 0,05 que se estaba dispuesto a aceptar.

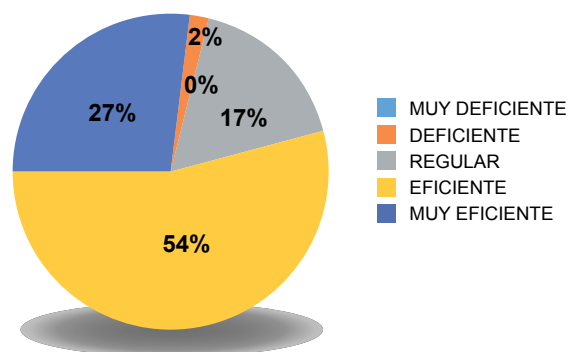
Respecto a la contrastación de la dimensión **planeamiento** de la variable **gestión por resultado**, se aprecia una influencia no significativa en la medida que su valor fue de 0,385 (reconceptualización) y 0,187 (realineamiento) de la **reforma de salud**, mayor al valor de 0,05 que se estaba dispuesto a aceptar. En cambio, se aprecia una influencia significativa en la reestructuración, cuyo valor fue de 0,021, menor al valor de 0,05 que se estaba dispuesto a aceptar.

Respecto a la contrastación de la dimensión **presupuesto por resultado** de la variable **gestión por resultado** se aprecia una influencia no significativa en la medida que su valor fue de 0,289 (reconceptualización) y 0,171 (realineamiento) de la **reforma de salud**, mayor al valor de 0,05 que se estaba dispuesto a aceptar. En cambio, se aprecia una influencia significativa en la **reestructuración**, cuyo valor fue de 0,011, menor al valor de 0,05 que se estaba dispuesto a aceptar.

IV. RESULTADOS

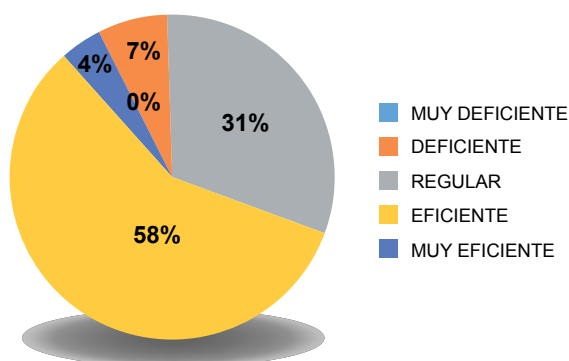
4.1. Respecto a la variable **gestión por resultado**: el 54 % de los servidores opinaron que era eficiente, el 27 % que era muy eficiente, el 17 % que era regular, y el 2 % que era deficiente.

GRÁFICO N° 1. GESTIÓN POR RESULTADO



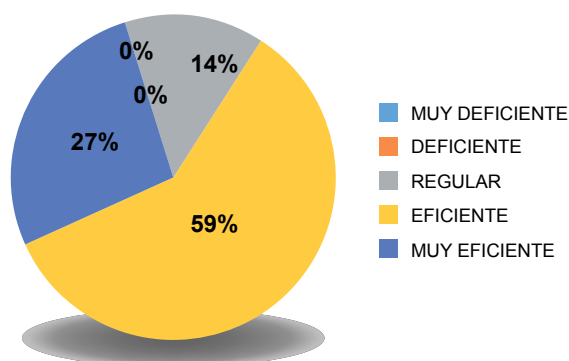
4.2. Respecto a la dimensión **política pública** de la variable **gestión por resultados**: el 58 % de los servidores opinaron que era eficiente, el 31 % que era regular, el 7 % que era deficiente, y el 4,0 % que era muy eficiente.

GRÁFICO N° 2. POLÍTICA PÚBLICA



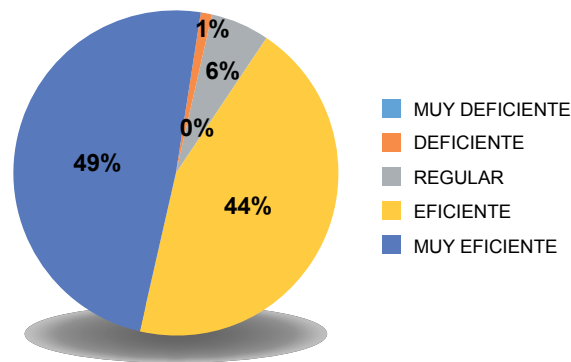
4.3. Respecto a la dimensión **planeamiento estratégico** de la variable **gestión por resultados**: el 59 % de los servidores opinaron que era eficiente, el 27 % que era muy eficiente, y el 14 % que era regular.

GRÁFICO N° 3. PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO



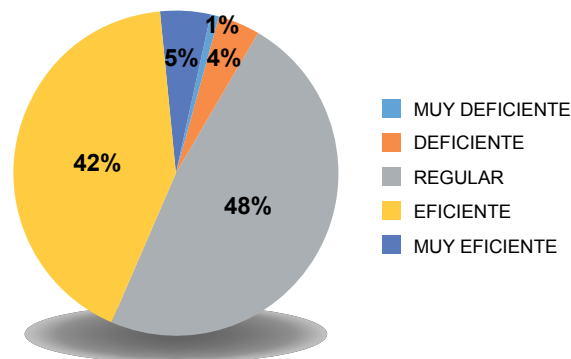
4.4. Respecto a la dimensión **presupuesto por resultado** de la variable **gestión por resultados**: el 49 % de los servidores opinaron que era muy eficiente; el 44 % que era eficiente; el 6 % que era regular; y el 1 % que era deficiente.

GRÁFICO N° 4. PRESUPUESTO POR RESULTADO



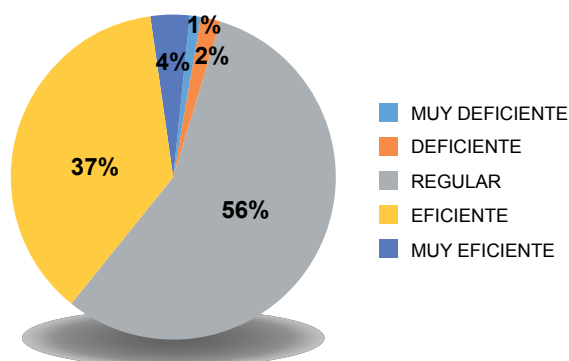
4.5. Respecto a la variable **reforma de salud**: el 48 % de los servidores opinaron que era regular, el 42 % que era eficiente, el 5 % que era muy eficiente, el 4 % que era deficiente, y el 1 % que era muy deficiente.

GRÁFICO N° 5. REFORMA DE SALUD



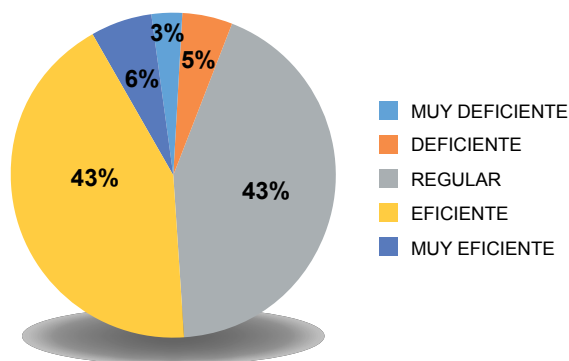
4.6. Respecto a la dimensión **reconceptualización** de la variable **reforma de salud**: el 56 % de los servidores opinaron que era regular, el 37 % que era eficiente, el 4 % que era muy eficiente, el 2 % que era deficiente, y el 1 % que era muy deficiente.

GRÁFICO N° 6. RECONCEPTUALIZACIÓN



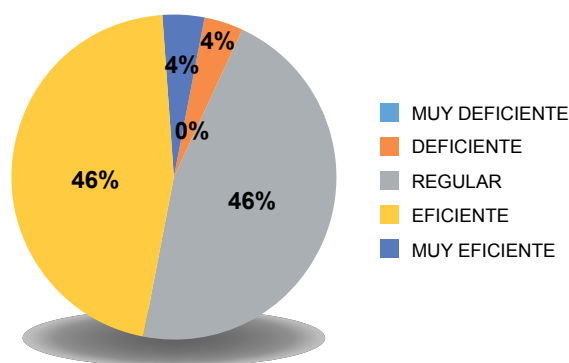
4.7. Respecto a la dimensión **realineamiento** de la variable **reforma de salud**: el 43 % de los servidores opinaron que era regular, el 43 % que era eficiente, el 6,0 % que era muy eficiente, el 5 % que era deficiente, y el 3 % que era muy deficiente.

GRÁFICO N° 7. REALINEAMIENTO



4.8. Respecto a la dimensión **reestructuración** de la variable **reforma de salud**: el 46 % de los servidores opinaron que era regular, el 46 % que era eficiente, el 4 % que era muy eficiente, y el 4 % que era deficiente.

GRÁFICO N° 8. REESTRUCTURACIÓN



V. DISCUSIÓN

Concordamos con lo señalado en su tesis por Tanaka Torres Elena Mercedes,¹⁸ quien llega a la conclusión de que en el Ministerio de Salud se observa una débil articulación del planeamiento estratégico con el presupuesto por resultados. De igual manera, concordamos en el sentido de que la ausencia de una instancia de coordinación sistemática dificulta la sinergia de vivencias y experiencias adquiridas en la implementación de los instrumentos como los planes estratégicos sectoriales y territoriales, la programación multianual y los planes estratégicos institucionales.

Estamos de acuerdo con Tanaka Torres Elena Mercedes también en el sentido que llega a la conclusión de que en el Ministerio de Salud la regulación de la ejecución del gasto público en realidad no contribuye a una gestión por resultados, toda vez que se orienta a los procedimientos, al cumplimiento de normas y lo precisado en la ley de presupuesto; mas no se orienta hacia el logro de evidencias de resultados tangibles en beneficio de la población con mayor necesidad de servicios de salud.¹⁹

¹⁸ Elena M. Tanaka Torres, *Influencia del presupuesto por resultados en la gestión financiera presupuestal del Ministerio de Salud* (Lima: Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM, 2011), 126.

¹⁹ *Ibidem*.

Tenemos coincidencia además con Tanaka Torres Elena Mercedes,²⁰ cuando llega a la conclusión de que en el Ministerio de Salud se verificó que con el cambio de la asignación presupuestal y la priorización de la salud individual como la salud colectiva, se logró una participación superior al 80 % en la mejora de la eficacia y eficiencia del gasto público asignado. En ese entendido, cabe destacar la importancia de la relación de la eficacia en lograr los objetivos con la priorización de los resultados y efectos, en lugar de los insumos y gastos. De igual manera, es necesario destacar la relación de la eficiencia racional de los recursos con la participación ciudadana en la toma de decisiones y en el control presupuestal.

Nos parece importante mencionar a Mollo Águila Sergio²¹ cuando llega a la conclusión de que con la intervención en el área asistencial dando el apoyo y proporcionando las herramientas a los servidores se logra potenciar la productividad, el desarrollo humano y la mejora de la atención a los usuarios. El hecho de que el servicio se enfoque en las personas, permite conocer las competencias del capital humano y apreciar el perfil de competencias que posee cada servidor posee. Competencias que cobran sentido en la medida que van orientadas a salvar vidas, curar heridas y sanar enfermos.

Del mismo modo, es necesario mencionar lo señalado por Mollo Águila Sergio,²² en la medida que llega a la conclusión de que la sola formación académica no asegura de por sí los desempeños efectivos o superiores, como lo exigen las actuales condiciones del sector salud. Las competencias requeridas no son las del tipo que se enseñan en la educación tradicional, sino que se entrenan y desarrollan a partir de la propia experiencia de las personas en el centro de trabajo. En ese sentido, es importante abordar de manera sistemática el proceso de selección, inducción y capacitación, en la medida que el nivel de competencia de cada servidor se desarrollará y se adaptará al perfil requerido en la organización.

Es bueno referirnos a Mollo Águila Sergio²³ cuando precisa que los lineamientos estratégicos del Ministerio de Salud deben servir para alinear la gestión de los recursos humanos con los objetivos de la reforma de salud, en la que juega un rol central el apoyo a los cambios planeados y ejecutados. De igual manera, se requiere reforzar con tecnologías de última generación y recursos suficientes para implementarla en términos de tiempo y de personal preparado. Las competencias detectadas reconocen la particularidad de cada unidad de trabajo y deben ser priorizadas. En ese entendido, el modelo de gestión por competencias de los recursos humanos es un modelo integral que facilita el abordar la implementación de la mayor parte de los procesos que desarrolla una organización.

²⁰ *Ibidem*, 126-127.

²¹ Sergio Mollo Águila, *Implementación de gestión por competencias en el Sector Público de Salud: un modelo para el servicio de urgencia infantil del complejo de salud de San Borja Arriarán* (Santiago: Universidad Gabriela Mistral, 2007), 238.

²² *Ibidem*.

²³ *Ibidem*, 239.

Cabe señalar a Gonzales Reyes Nicole, Mendoza Gonzales Paula y Opazo Kerber María-Paz²⁴ en el sentido de que concluyen que las competencias a las cuales se tiene que prestar mayor atención son la “contribución a resultados” y la “visión de negocio”, debido a que afecta directamente la utilidad y rentabilidad del negocio, y es necesario para el logro del objetivo organizacional, ya que dichas competencias resultan fundamentales para la comprensión de los recursos humanos del rol que cumplen en la organización y su importancia en el modelo y línea de negocio.

Nos interesa hacer referencia a Vega Rojas Marcela Andrea,²⁵ quién llega a la conclusión de que es importante que el Gobierno nacional tenga claridad del concepto de salud como un estado de bienestar físico-biológico, social-económico y espiritual-psicológico, y no solo como la ausencia de enfermedades, ya que el estado de salud no solo tiene que ver con los servicios de salud que se prestan en el tratamiento de una anomalía física, sino que también tiene relación social con la producción económica, la distribución del dinero, la clase de consumo, el estado de la vivienda, el centro de trabajo, el medio ambiente y otros. De esta forma se puede establecer un sistema de salud con bases sólidas que desarrollen una estrategia apropiada para un sistema de salud sostenible y sustentable.

Finalmente concluye que, pese a los esfuerzos que se han hecho para mejorar las condiciones que afectan el sistema de salud, son necesarias nuevas propuestas respecto a la asignación presupuestal, sostenibilidad y regulación financiera. Pese a que se lograron mejoras en la cobertura y el acceso a los servicios de salud, se concluye que los aspectos económicos de un país junto a los aspectos demográficos, fuerza laboral, ingresos, salarios y tasa de desempleo influyen en el desarrollo sostenibilidad y sustentable del sistema de salud.

Finalmente, es necesario referirnos a Bonilla Esquivel Harlen Rafael,²⁶ quien concluye que el incumplimiento de los procesos gerenciales está relacionado a la debilidad en el conocimiento y utilización de los procesos como la: a) Aplicación de los planes de mejora continua, y b) Debilidad en el empleo de los sistema de información y comunicación, las teorías de personalidad y la ausencia de gratificación para motivar el capital humano. Por tales razones sostiene que es necesario fortalecer y actualizar los procesos gerenciales. De igual manera, se requiere la formulación de planes de mejora continua y de un seguimiento sostenible en el tiempo.

²⁴ Nicole Gonzales Reyes, Paula Mendoza Gonzales y María-Paz Opazo Kerber, *Análisis de la gestión de competencias y su integración a un nuevo modelo de gestión del desempeño* (Santiago: Universidad de Chile, 2008), 163.

²⁵ Marcela A. Vega Rojas, *Expectativas del nuevo proyecto para la reforma al sistema de salud 2013* (Bogotá: Universidad del Rosario, 2013), 114.

²⁶ Harlen Rafael Bonilla Esquivel, *Gestión por resultados basada de los procesos gerenciales* (San José, Costa Rica: Instituto Centroamericano de Administración Pública, 2008), 64.

VI. CONCLUSIONES

Se determinó que el marco normativo de la gestión por resultado influye significativamente en la reforma de salud en el Ministerio de Salud. Es decir que, en términos generales, la política pública, el planeamiento y el presupuesto por resultado vienen influyendo significativamente en la reforma de salud; pero sus resultados no son visible en el corto plazo, y se evidenciarán con mayor claridad en el mediano y largo plazo.

Se determinó que el marco normativo de la política pública de la gestión por resultado no influye significativamente en la reforma de salud. Esto, quiere decir que la acción de salud todavía no se basa significativamente en la política nacional del Estado; no se actualizan significativamente las normas del servicio de calidad al usuario; no se implementa significativamente la calidad del servicio al usuario; no se implementan significativamente las TIC en los procesos y procedimientos; y no se implementa significativamente la digitalización del flujo de información en la red. Su resultado no es visible en el corto plazo, pero se evidenciarán con claridad en el mediano y largo plazo.

Se determinó que el marco normativo del planeamiento estratégico de la gestión por resultado no influye significativamente en la reconceptualización y realineamiento de la reforma de salud. Esto quiere decir que no se influye significativamente en la justificación de la intervención del Estado con una proyección a largo plazo; no se influye significativamente en crear un entorno político-legal para la intervención del Estado; no se influye significativamente en reorganizar las instituciones en función de atender la demanda del usuario; no influye significativamente en fortalecer la competencia profesional técnica del servidor; y no influye significativamente en la evaluación del impacto logrado por el servicio de salud. En cambio, se aprecia una influencia significativa en la reestructuración de la reforma de salud. Es decir, se asignan recursos para satisfacer la demanda del ciudadano, mejorar la adquisición de insumos y equipos sanitarios, mejorar la calidad del servicio, mejorar la formación por competencias de los servidores, y la evaluación del destino de los recursos asignados. Los resultados no son visibles en el corto plazo, pero se evidenciarán en el mediano y largo plazo.

Se determinó que el marco normativo del presupuesto por resultado de la gestión por resultado no influye significativamente en la reconceptualización y realineamiento de la reforma de salud, tal como se señala en la anterior conclusión. En cambio, se aprecia una influencia significativa en la reestructuración de la reforma de salud. Es decir, se asignan recursos significativos para satisfacer la demanda del ciudadano, mejorar la adquisición de insumos y equipos sanitarios, mejorar la calidad del servicio, mejorar la formación por competencias de los servidores, y la evaluación del destino de los recursos asignados. Al parecer, los resultados no son visibles en el corto plazo, pero se evidenciarán en el mediano y largo plazo.

VII. RECOMENDACIONES

Es importante que el marco normativo que regula la gestión por resultado esté engarzado a la reforma de salud en el Ministerio de Salud.

Es importante que el marco normativo de la política pública de la gestión por resultados esté engarzado con la reconceptualización de la reforma de salud, a fin de que los servidores reformulen la visión de futuro de la organización, la naturaleza (misión) de la organización, que aprovechen la oportunidad de generar un aprendizaje organizacional, que logren identificar los problemas a través de los síntomas de la organización, y contribuyan en la resolución de los problemas con celeridad.

Es importante que el marco normativo del planeamiento estratégico de la gestión por resultado esté engarzado con el realineamiento de la reforma de salud, a fin de que los servidores tengan como propósito lograr que la organización se realinee a la estrategia, que la organización sepa aprovechar la oportunidad del entorno, que los recursos se destinen al logro de los objetivos, que la organización se adecúe al cambio del ambiente externo (mercado), y que dentro de la organización se cree un ambiente laboral motivador saludable.

Es importante que el marco normativo del presupuesto por resultado de la gestión por resultado esté engarzado a la reestructuración de la reforma de salud, a fin de que se logre descartar aquellas actividades o tareas que no aportan valor agregado al servicio, que se descarte la duplicidad de funciones en el servicio que se brinda al usuario, que se logre retener a los servidores con talento, que se logre una eficacia en la mejora de la calidad del servicio que se brinda al usuario, y que se logre la eficiencia en el gasto de los recursos que son asignados.

REFERENCIAS

- Bernal, César A. *Metodología de la investigación*. Bogotá: Pearson Educación SAS, 2016.
- Bonilla Esquivel, Harlen Rafael. *Gestión por resultados basada de los procesos gerenciales*. San José, Costa Rica: Instituto Centroamericano de Administración Pública, 2008.
- Chilón Troncos, Ronny Francisco. “Clima organizacional y el alineamiento estratégico en los trabajadores administrativos y asistenciales de la Clínica Good Hope, Lima”. *Revista Muro de la Investigación* 1 (2016): 83-96.
<https://doi.org/10.17162/rmi.v1i1.779>

- Gonzales Reyes, Nicole; Paula Mendoza Gonzales y María-Paz Opazo Kerber. *Análisis de la gestión de competencias y su integración a un nuevo modelo de gestión del desempeño*. Santiago: Universidad de Chile, 2008.
- Hernández, Roberto; Carlos Fernández y María del Pilar Baptista. *Metodología de la investigación científica*. Lima: McGraw-Hill Educación, 2010.
- Ministerio de Economía y Finanzas. ARTÍCULO 79º del Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, aprobado por Decreto Supremo N° 304-2012-EF de fecha 2 de enero de 2012.
- Mollo Águila, Sergio. *Implementación de gestión por competencias en el Sector Público de Salud: un modelo para el servicio de urgencia infantil del complejo de salud de San Borja Arriarán*. Santiago: Universidad Gabriela Mistral, 2007.
- Ñaupas, Humberto; Elías Mejía, Eliana Novoa y Alberto Villagómez. *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de tesis*. Bogotá: Ediciones de la U, 2014.
- Presidencia del Consejo de Ministros. “Decreto Supremo N° 004-2013-PCM”. *Diario Oficial El Peruano*, miércoles 9 de enero de 2013.
- Tanaka Torres, Elena M. *Influencia del presupuesto por resultados en la gestión financiera presupuestal del Ministerio de Salud*. Lima: Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM, 2011.
- Vega Rojas, Marcela A. *Expectativas del nuevo proyecto para la reforma al sistema de salud 2013*. Bogotá: Universidad del Rosario, 2013.

RECIBIDO: 03/09/19
APROBADO: 14/11/19