ISSN-E: 2542-3401, ISSN-P: 1316-4821

Universidad, Ciencia y Tecnología,
Número Especial 2025, (pp. 366-377)

Tipo de artículo: artículo de investigación

https://doi.org/10.47460/uct.v29iSpecial.948

Liderazgo, desempeño laboral y calidad asistencial en unidades de cuidados intensivos

Guillermo Segundo Ríos Alva
https://orcid.org/0000-0003-4656-5309
guillermor@ucvvirtual.edu.pe
Universidad César Vallejo
Trujillo, Perú

Dorila Eugenia Tapia Ugaz
https://orcid.org/0000-0002-7747-3899
tugazd@ucvvirtual.edu.pe
Universidad César Vallejo
Trujillo, Perú.

**Autor de correspondencia: guillermor@ucvvirtual.edu.pe*

Recibido (25/11/2024), Aceptado (23/02/2025)

Resumen: El presente estudio tuvo como objetivo determinar los niveles alcanzados en la influencia del liderazgo y el desempeño laboral en la calidad asistencial en la unidad de cuidados intensivos. La investigación fue aplicada con diseño no experimental, correlacional, causal, de corte transeccional y se utilizaron tres cuestionarios, el de liderazgo, desempeño laboral y calidad asistencial. La muestra fue de 11 médicos y 43 pacientes. Los resultados mostraron un nivel alto en liderazgo con 83,3%, el mayor nivel en desempeño fue alto con 79,6% y la calidad asistencial fue también alta con 75,9%. Sin embargo, la prueba Gamma confirmó que el liderazgo y el desempeño laboral no influyen en la calidad asistencial, que, en cambio, la calidad asistencial se relaciona con factores estructurales y organizacionales del entorno hospitalario. Estos hallazgos invitan a replantear estrategias de gestión para optimizar la atención en unidades críticas.

Palabras clave: liderazgo, desempeño laboral, calidad asistencial, cuidados intensivos.

Leadership, work performance and quality of care in intensive care units

Abstract.- The objective of this study was to determine the levels achieved in the influence of leadership and work performance on the quality of care in the intensive care unit. The research was applied with a non-experimental, correlational, causal, cross-sectional design and three questionnaires were used: leadership, work performance and quality of care. The sample consisted of 11 physicians and 43 patients. The results showed a high level of leadership with 83.3%, the highest level of performance was high with 79.6% and the quality of care was also high with 75.9%. However, the Gamma test confirmed that leadership and work performance do not influence the quality of care, that, on the other hand, the quality of care is related to structural and organizational factors of the hospital environment. These findings invite us to rethink management strategies to optimize care in critical units.

Keywords: leadership, job performance, quality of care, intensive care.

CC BY

I. INTRODUCCIÓN

Las instituciones encargadas de brindar servicios de salud pública enfrentan múltiples deficiencias estructurales que afectan a miles de ciudadanos, generando una percepción negativa y el desprestigio del sistema sanitario nacional. En este contexto, es fundamental reconocer que la labor del especialista se desarrolla directamente en el entorno real del servicio de salud, lo que implica no solo la aplicación de conocimientos, sino también la organización, mantenimiento y uso efectivo de la cognición adquirida. Además, integra un sistema de destrezas en su praxis, reflejado en cómo actúa, trabaja y se relaciona con otros miembros del equipo de salud, así como con la familia, el individuo y la comunidad [1].

Los problemas de gestión son un fenómeno común en los establecimientos de salud y, a menudo, están relacionados con la escasa o nula experiencia gerencial del responsable, así como con la falta de familiaridad con los programas de salud que administra. Esta deficiencia en la gestión genera consecuencias tanto administrativas como organizacionales. En este sentido, se reconoce que el liderazgo no es una cualidad innata, sino una destreza que puede desarrollarse. Las organizaciones requieren liderazgo y aportes estratégicos para ser efectivas en los procesos de cambio, lo cual implica adoptar modelos de liderazgo capaces de generar transformaciones significativas [2]. El liderazgo es esencial para promover la intervención y mantener alianzas intersectoriales sostenibles que funcionen adecuadamente en cada área del sistema de salud y en los distintos dominios institucionales. Para enfrentar los desafíos en materia de salud, las instituciones públicas deben fortalecer el liderazgo, la planificación, la regulación y la capacidad de negociación [3].

Una institución pública dedicada a la producción de servicios requiere que todas sus partes actúen de manera integrada, funcionando como un todo cohesionado. Sin embargo, se ha evidenciado que algunos procesos no están correctamente implementados en áreas críticas, lo cual repercute directamente en el desempeño del personal. El desempeño laboral considera aspectos como la productividad, la eficiencia y la calidad de las actividades realizadas en un periodo determinado. También incluye factores como la salud ocupacional, el cumplimiento de normas integrales de seguridad y el conjunto de habilidades personales necesarias para desempeñar eficazmente un puesto específico. Además, el desempeño laboral se ve influenciado por el tipo de liderazgo que se ejerce en la gestión de los recursos humanos. Un liderazgo adecuado puede transformar positivamente el nivel de motivación del personal, facilitando resultados sobresalientes, que permiten a los empleados alcanzar los objetivos organizacionales y desempeñarse de forma fluida y eficiente [4].

La calidad asistencial constituye un deber fundamental en todo entorno hospitalario, independientemente del país. A lo largo del tiempo, su evaluación ha experimentado diversas transformaciones, dando lugar al enfoque del “mejoramiento continuo de la calidad”, el cual implica analizar los logros alcanzados y plantear nuevas acciones de mejora [5]. Este enfoque está orientado a alcanzar objetivos clave, como el perfeccionamiento de las prácticas de atención en salud, garantizar la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, facilitar el acceso y la continuidad de la atención, así como aplicar intervenciones adaptadas a las necesidades del paciente. Todo ello con el propósito de optimizar su bienestar utilizando la menor cantidad de recursos disponibles [1].

En la administración y gestión de las unidades de cuidados intensivos, es fundamental implementar procesos de mejora continua de la calidad que permitan una planificación adecuada, una toma de decisiones efectiva y la reducción de factores de riesgo, promoviendo al mismo tiempo la calidad de vida y la continuidad en la atención. Se identificaron deficiencias en la gestión administrativa, especialmente en aspectos relacionados con el tratamiento, el seguimiento inadecuado de técnicas y estructuras, y, en particular, en el registro de datos. Estas debilidades afectan el monitoreo clínico según los síntomas y condiciones de los pacientes que ingresan a la unidad, lo cual repercute en el diagnóstico, la elección de métodos de tratamiento y la toma de decisiones clínicas [6].

Diariamente, pacientes provenientes de diversas zonas de la región ingresan a la unidad de cuidados intensivos, superando con frecuencia la capacidad del servicio. Esta situación exige una considerable cantidad de recursos, cuyo uso, sin embargo, no siempre está claramente definido en las rutinas diarias, lo que incrementa la carga laboral, limita el tratamiento adecuado y dificulta la investigación. Ante este panorama, resulta indispensable el uso de herramientas de gestión, así como el compromiso y la responsabilidad del personal, con el fin de generar evidencia sobre los resultados obtenidos, optimizar las bases de datos disponibles y convertir esa información en insumos para la toma de decisiones. Por tanto, las herramientas de gestión se convierten en elementos clave para mejorar la calidad asistencial. De ahí la necesidad urgente de implementarlas y avanzar en la reestructuración del servicio de terapia intensiva en el departamento [7].

En contexto descrito, sobre la problemática del sector salud, el objetivo de este estudio consiste en determinar los niveles alcanzados, la influencia del liderazgo y el desempeño laboral en la calidad asistencial de una unidad de cuidados intensivos de un hospital público-privado en Trujillo, Perú. El estudio ha sido estructurado en cuatro secciones: en primer lugar, se presenta la introducción, donde se exponen las ideas principales del problema; luego, el desarrollo, en el que se detallan las bases teóricas; posteriormente, la metodología que sustenta el enfoque investigativo; y finalmente, los resultados obtenidos, las conclusiones derivadas y las referencias utilizadas.

II. DESARROLLO

Este estudio se respalda en investigaciones previas, como la realizada en España, la cual analizó el rol del liderazgo en el ámbito de la enfermería. Dicha investigación señala que el desarrollo y la profesionalización de la enfermería propiciaron la aparición de una nueva figura responsable de ejercer liderazgo, orientando los esfuerzos del personal en expansión hacia el logro de metas comunes. Asimismo, se afirma que el liderazgo en enfermería surge como una necesidad ante los constantes cambios y avances en la práctica profesional, lo cual exige una gestión eficaz de la calidad y seguridad en la atención. Por otro lado, se destaca que la colaboración efectiva dentro del equipo de salud requiere de refuerzos positivos, con el fin de alcanzar objetivos compartidos relacionados con el quehacer propio de la enfermería: restaurar la salud, preservar la vida y proporcionar cuidados especializados frente a enfermedades específicas, contando para ello con los recursos necesarios tanto a nivel de sala como del hospital en general [8].

Un artículo realizado en México señaló que, en muchas instituciones de salud, es común que médicos u otros profesionales del área ocupen cargos de alta dirección, frecuentemente sin contar con experiencia gerencial. Esta situación puede llevar a que un excelente médico se convierta en un administrador y líder ineficaz. El estudio analizó las consecuencias administrativas y organizacionales de una gestión deficiente, e interpretó este fenómeno a partir de teorías clásicas y modernas de la administración. Asimismo, identificó los principales problemas que enfrenta la alta dirección en los centros hospitalarios, especialmente en el ámbito de la atención en salud. Finalmente, el artículo sostuvo que el liderazgo y la gestión en las instituciones sanitarias constituyen tanto una ciencia como un arte, los cuales deberían ser abordados en la formación de pregrado y profundizados en el posgrado. De lo contrario, el acceso a cargos de alta responsabilidad por parte de profesionales sin preparación administrativa y política adecuada resulta meramente accidental [9].

Un artículo realizado en El Salvador tuvo como propósito identificar distintos tipos de liderazgo y enfoques de gestión que pudieran contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud (APS). El estudio planteó que la planificación y la gestión estratégica fomentan el desarrollo de una identidad común dentro de las organizaciones. No obstante, también advirtió la existencia de instituciones sobre gestionadas o deficientemente gestionadas, en las cuales la gerencia debe centrarse en identificar problemas adaptativos, involucrar al personal, proteger el liderazgo de base y adaptarse al contexto mediante la combinación de estrategias orientadas al cambio organizacional. Asimismo, se indicó que los modelos cualitativos establecen exigencias de gestión comparables a las de otras teorías centradas en la innovación y la identidad organizacional como elementos clave.

América Latina debe avanzar hacia sistemas de salud inclusivos, basados en una atención integral, donde los líderes con inteligencia emocional atraviesen procesos de transformación personal, persigan la calidad y ejerzan un liderazgo multifacético [3]. En un estudio realizado en Cuba se investigó la influencia de los factores organizacionales en la calidad de la atención brindada en las unidades de cuidados intensivos. Los autores identificaron múltiples deficiencias organizativas en el proceso de atención médica, las cuales repercuten incluso en la supervivencia global de los pacientes críticos y en la evolución de patologías graves tratadas en dichas unidades. Como resultado, se estableció que los factores fundamentales que permiten al equipo de salud alcanzar resultados positivos e indicadores de calidad son: el trabajo en equipo, la disciplina, el liderazgo, la investigación, el humanismo, la docencia, el trabajo multidisciplinario, el desarrollo profesional y el respaldo administrativo [7].

Un estudio realizado en Perú tuvo como propósito analizar la interrelación entre el estrés y el desempeño del personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos, específicamente en la región del Callao. El principal hallazgo fue la existencia de una correlación fuerte e inversa entre los niveles de estrés y el desempeño laboral de los enfermeros, es decir, a mayor estrés, menor desempeño. El estudio evidenció que el grado de estrés laboral era elevado, atribuible principalmente a factores como la sobrecarga de trabajo, los conflictos interpersonales, las deficiencias en los canales de comunicación y el agotamiento mental. Asimismo, se constató que el desempeño laboral fue considerado deficiente en relación con la eficiencia esperada, debido a que este requiere una dinámica de trabajo en equipo que se ve afectada por las condiciones antes mencionadas [10].

El comportamiento de los líderes puede manifestarse a través de distintos estilos de liderazgo, como el autocrático, democrático, liberal, paternalista, solidario o participativo. Si se considera que son las situaciones las que determinan el tipo de liderazgo, entonces las características individuales y el comportamiento del líder no constituyen el componente más relevante a analizar.

Esto se debe a que, ante cambios en las circunstancias, el gerente debe adaptar su comportamiento a las exigencias y demandas específicas de cada momento. Existen modelos o teorías de liderazgo situacional que abordan la relación entre el desempeño y la personalidad del líder, las interacciones con el equipo, el nivel de madurez de los empleados, las metas organizacionales, así como su vínculo con la motivación y la superación de barreras [11].

Diversos autores destacan como una de las teorías clásicas más relevantes la teoría de los rasgos, la cual sostiene que los líderes poseen características innatas y universales que los hacen efectivos. Estas cualidades pueden ser físicas, relacionadas con la personalidad, la inteligencia, las habilidades sociales, las capacidades para la gestión o vinculadas directamente con las tareas. Además, esta teoría hace referencia a atributos como el carisma, la confianza en los demás y en sí mismo, las habilidades de comunicación, así como la capacidad de crear e innovar. No obstante, se reconoce que no existe evidencia suficiente para afirmar que la sola presencia de estas características garantice un liderazgo efectivo [12].

Por otro lado, las teorías contemporáneas proponen un enfoque holístico y multifacético, el cual analiza factores como las tareas, los tipos de organización, las estructuras de trabajo, los presupuestos y los cambios organizacionales necesarios. Estas corrientes coinciden en que diferentes patrones de comportamiento pueden ser eficaces en determinadas circunstancias, pero ninguno resulta adecuado para todas las situaciones. Entre estas teorías se destacan el liderazgo transaccional y el liderazgo transformacional [13].

El liderazgo transaccional se fundamenta en el principio del intercambio o acuerdo. En este modelo, quien dirige utiliza su autoridad para recompensar o sancionar a sus subordinados, sin mostrar un interés particular en el desarrollo integral de la organización. Su enfoque se centra en definir claramente las funciones de cada empleado y supervisar su correcto cumplimiento. Este tipo de liderazgo se caracteriza por dos subdimensiones: (1) la recompensa contingente, en la que el gerente otorga recompensas o aplica sanciones en función del cumplimiento de las metas organizacionales; y (2) la gestión por excepción, donde la intervención del gerente ocurre únicamente cuando es necesario corregir desviaciones en las actividades para asegurar el logro de los objetivos. En este estilo de liderazgo, la mayoría de las actividades se ejecutan correctamente, mientras que aquellas de carácter crítico suelen presentar dificultades. En contraste, el liderazgo transformacional considera al líder como un agente de cambio, un facilitador del compromiso colectivo y un motivador del trabajo en equipo. Este enfoque busca otorgar sentido y propósito a la labor realizada, y se sustenta en valores. El líder transformacional estimula a sus colaboradores a compartir visiones, colaborar activamente y alcanzar las metas establecidas [14].

Las características de personalidad asociadas a un líder transformacional incluyen el carisma, la amabilidad, la confianza en sí mismo y una notable capacidad de influencia sobre los demás. Este estilo de liderazgo resulta especialmente útil en organizaciones con una fuerte orientación ideológica y en contextos que enfrentan situaciones difíciles. El liderazgo transformacional es particularmente beneficioso en las instituciones de atención médica, ya que permite construir una visión compartida y promueve el compromiso, la colaboración, la lealtad y la innovación constante. Asimismo, ofrece a los miembros de la organización oportunidades para el desarrollo profesional y el pensamiento estratégico. Este modelo de liderazgo favorece la toma de decisiones, facilita la delegación de tareas y brinda mayor autonomía a los equipos de trabajo. No obstante, su principal desventaja radica en que requiere un tiempo considerable para generar un entorno de comunicación efectiva y de confianza entre los líderes y los colaboradores [15].

Diversos estudios señalan que el desempeño de tareas puede entenderse como la eficiencia con la que los trabajadores ejecutan actividades que contribuyen directamente al núcleo tecnológico de la organización o que, de forma indirecta, proporcionan los insumos o servicios necesarios para su funcionamiento. Se considera que los trabajadores están desempeñando su labor cuando aplican habilidades y conocimientos técnicos para la producción de bienes y servicios, o cuando realizan tareas especializadas que respaldan las operaciones técnicas básicas [4].

Asimismo, se argumenta que los mejores predictores del desempeño en las tareas son el conocimiento, las destrezas y las habilidades, con especial énfasis en las habilidades cognitivas y la inteligencia general. A menudo se asume que un alto rendimiento individual en las tareas se traduce en una mayor eficiencia organizacional. Sin embargo, Fischer sostiene que las contribuciones individuales no siempre conducen automáticamente a una mayor rentabilidad organizacional. Una de las razones principales es que dichas mejoras pueden diluirse en el entorno laboral debido a una deficiente coordinación interpersonal [16].

El componente contextual del desempeño laboral se refiere a aquellos comportamientos que van más allá de las tareas y habilidades técnicas, y que contribuyen al entorno organizacional, social y psicológico que facilita el desempeño de las funciones principales. Entre estas actividades se incluyen el ofrecerse voluntariamente para realizar tareas que no forman parte del rol formal y colaborar activamente con otros miembros de la organización en el cumplimiento de objetivos comunes [17].

En el marco de la evaluación del desempeño laboral, se plantea que esta constituye una apreciación integral de las capacidades actuales de una persona y de su potencial de desarrollo futuro. Cada evaluación representa un proceso valorativo orientado a identificar la excelencia y las características individuales. Además, se considera un método ampliamente aplicado en diversas áreas de la organización, con el objetivo de medir los logros de los empleados y orientar la gestión hacia la formación, desarrollo y fortalecimiento del talento humano [18].

Se sostiene que las evaluaciones de desempeño permiten fundamentar decisiones sobre promociones, compensaciones y desarrollo profesional. Asimismo, ofrecen una oportunidad para que superiores y subordinados se reúnan e intercambien percepciones sobre el procedimiento de trabajo. En consecuencia, la evaluación de desempeño puede y debe ser un elemento clave en el proceso de planificación de carrera dentro de las organizaciones, ya que facilita la revisión de los planes individuales en función de las fortalezas y debilidades percibidas. Esta evaluación representa una medida de eficiencia laboral, ya que permite calcular la contribución de cada individuo al logro de las metas institucionales, generando valor agregado. Más aún, se concibe como una estimación del aporte neto que una persona realiza al desarrollo organizacional [19].

En cuanto a la calidad asistencial, esta se define como un concepto amplio que implica la prestación segura de servicios diseñados para proporcionar el mayor beneficio posible al paciente, minimizando los riesgos asociados. Entre las herramientas utilizadas para evaluar y mejorar la calidad asistencial se encuentran el análisis de procesos, la identificación de requisitos de calidad en las fases de entrada y estructura, así como el reconocimiento y evaluación de funciones críticas. Estas acciones permiten a los equipos identificar los avances alcanzados durante las primeras etapas del proceso de mejora [20].

III. METODOLOGÍA

Este trabajo estuvo centrado en una investigación de tipo básica, con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, correlacional, causal y de corte transeccional. Las variables independientes fueron el Liderazgo y el desempeño laboral. Mientras que la variable dependiente fue la Calidad asistencial. La muestra estuvo constituida por 11 médicos intensivistas y 43 pacientes de la unidad de cuidados intensivos. Los criterios de inclusión para médicos fueron que estos estuviesen laborando en la institución por lo menos con dos años de antigüedad, que no presentaran enfermedad alguna en el momento de la encuesta, que tuviesen lucidez al momento de la encuesta y que estuvieran ejerciendo como médico intensivista en el área de la unidad de cuidados intensivos. Por otro lado, los criterios de inclusión para los pacientes fueron aquellos que fueran mayor de edad y que egresaron en condición de alta médica de la unidad de cuidados intensivos, tener lucidez al momento de la encuesta, y no hubo distinción de sexos.

La técnica de recolección de datos fue la encuesta, el instrumento utilizado para evaluar el liderazgo fue un cuestionario compuesto por 16 ítems, que comprendían las 4 dimensiones de planeación, organización, dirección y control, para ello se utilizó la escala ordinal tipo Likert con opciones de respuesta del 1 al 3: En desacuerdo, Regularmente de acuerdo y De acuerdo. Los niveles de liderazgo analizados fueron: Liderazgo bajo: 0 a 16, Liderazgo medio: 17 a 32 y Liderazgo alto: 33 a 48. Este instrumento se validó por expertos.

Por otro lado, el instrumento utilizado para medir el desempeño laboral fue elaborado por el autor Boada [17] y consta de 11 ítems basados en sus 4 dimensiones: proactividad, capacidad de servicio, conocimientos y diligencia en el trabajo. Se utilizó la escala ordinal tipo Likert con opciones de respuesta de Nunca: 0,A veces: 1 y Siempre: 2. Se valoró de acuerdo con los niveles: Desempeño bajo: 0 a 8, Desempeño medio: 9 a 15 y Desempeño alto: 16 a 22 puntos. Este instrumento se validó por expertos.

Así mismo, el instrumento utilizado para medir la calidad asistencial fue un cuestionario que incluyó catorce ítems, cada ítem con 5 grados de respuesta, según la Escala de Likert, que iban desde 1, para totalmente en desacuerdo, hasta 5, para totalmente de acuerdo. Constó además de cinco dimensiones: Tangibilidad, Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad y Empatía, utilizando la escala ordinal. Se valoró de acuerdo con los niveles: Calidad asistencial: Baja: 0 a 24, Media: 25 a 47 y Alta: 48 a 70. Este instrumento también se validó por expertos.

Se realizó la confiabilidad de los instrumentos con una muestra piloto de 15 participantes entre médicos y pacientes mediante el método de Alfa de Cronbach. La fiabilidad del cuestionario de liderazgo fue de 0,91 que se ubica en el nivel excelente, mientras que la fiabilidad del cuestionario de desempeño laboral fue de 0,93 que se ubica en el nivel excelente también y la fiabilidad del cuestionario de calidad asistencial fue de 0,89 que se ubica en el nivel bueno.

La técnica de análisis de datos usada fue iniciada con la información debidamente codificada e ingresada en una base de datos utilizando un paquete estadístico SPSS v26, para su procesamiento y se presentó en tablas de doble entrada. Para establecer la influencia entre las variables de estudio se utilizó la prueba de Gamma. Se tuvieron en cuenta los principios éticos considerados en la interacción con los colaboradores en la investigación. Los datos fueron obtenidos y utilizados con previa autorización; Asimismo, se garantizó el anonimato de los informantes. En el rigor de la investigación se tomó en cuenta la confidencialidad, que indica que la información expuesta por los participantes no puede ser pública; la credibilidad, se refiere al valor de la verdad, la que se consideró desde la descripción del fenómeno y la conformabilidad, que se estableció con el grado en que los resultados son determinados por los informantes y no por los prejuicios del investigador.

IV. RESULTADOS

Habiendo aplicado los instrumentos de recolección de datos a 11 médicos intensivistas y 43 pacientes de la unidad de cuidados intensivos, se muestran los resultados y se presentan a continuación. En la tabla 1 se observa que en los niveles de liderazgo existe una clara concentración en el nivel alto, lo cual sugiere que dentro del entorno evaluado predomina un liderazgo consolidado. Esta distribución asimétrica indica un ambiente organizacional donde las competencias de liderazgo han sido interiorizadas por la mayoría de los participantes. La ausencia total de niveles bajos sugiere también una cultura institucional que ha superado las prácticas deficientes en este ámbito o una percepción positiva generalizada del liderazgo ejercido. La escasa representación del nivel medio podría implicar que los individuos con habilidades en desarrollo han logrado avanzar hacia un liderazgo más efectivo o que existe una brecha entre quienes lideran con claridad y quienes aún no asumen ese rol de forma completa, lo cual podría ser explorado en estudios posteriores.

Tabla 1. Nivel de liderazgo encontrado.

Nivel de liderazgo	Frecuencia	%
Bajo	0	0,0%
Medio	9	16,7%
Alto	45	83,3%
Total	54	100,0%

La tabla 2 muestra la distribución del desempeño laboral revela una tendencia fuertemente positiva, donde la gran mayoría del personal muestra un nivel alto, lo que refleja un compromiso significativo con sus funciones y posiblemente una cultura de trabajo orientada a la excelencia. La presencia marginal de niveles bajos indica que las deficiencias en el desempeño son casos aislados, lo cual podría atribuirse a factores específicos individuales o contextuales. El grupo con desempeño medio, aunque reducido, representa una franja estratégica para futuras acciones de mejora, ya que con intervenciones focalizadas podrían alcanzar niveles superiores. Esta configuración general sugiere un entorno laboral bien estructurado, con condiciones organizativas que favorecen el rendimiento y la productividad.

Tabla 2. Nivel de desempeño laboral analizado.

Nivel de desempeño laboral	Frecuencia	%
Bajo	1	1.9%
Medio	10	18.5%
Alto	43	79.6%
Total	54	100.0%

En la tabla 3 se refleja una percepción ampliamente positiva, con predominio del nivel alto y sin registros en el nivel bajo, lo cual indica una valoración favorable del servicio prestado en términos generales. Este resultado sugiere que la atención recibida es vista como eficiente y satisfactoria por los usuarios o evaluadores. En cuanto a las dimensiones específicas, se observa una notable fortaleza en la capacidad de respuesta, donde el mayor porcentaje se concentra en el nivel alto, lo que evidencia una atención oportuna y eficiente ante las necesidades del paciente. La dimensión de tangibilidad también presenta resultados positivos, indicando que los aspectos físicos y materiales del servicio (infraestructura, equipos, presentación del personal) son valorados como adecuados.

La seguridad y la empatía muestran un comportamiento más equilibrado entre los niveles medio y alto, lo que sugiere que, aunque hay una percepción favorable, aún existen oportunidades de mejora en la confianza que se transmite al paciente y en la conexión emocional que establece el personal de salud. En contraste, la fiabilidad destaca como la dimensión con mayor concentración en el nivel medio, lo que podría reflejar ciertas dudas o inconsistencias percibidas respecto a la exactitud o cumplimiento de lo prometido en los servicios de salud. Este aspecto se convierte en un punto crítico a priorizar en futuras intervenciones, ya que afecta directamente la percepción de confianza y compromiso institucional. Se puede confirmar que, la presencia de niveles bajos únicamente en la dimensión de empatía pone de manifiesto una debilidad puntual en la relación interpersonal entre el personal de salud y los pacientes, lo cual debe ser abordado mediante estrategias formativas y de sensibilización.

Tabla 3. Nivel de calidad asistencial.

Nivel de desempeño laboral	Frecuencia	%
Bajo	1	1.9%
Medio	10	18.5%
Alto	43	79.6%
Total	54	100.0%

En la tabla 4 se muestra que, en general, la calidad asistencial tiende a ser mayor en presencia de un liderazgo alto; sin embargo, los valores de Gamma y sus respectivos p-valores indican que esta relación no es estadísticamente significativa en la mayoría de las dimensiones evaluadas, con excepción de una. Se observa que la única dimensión que presentó una asociación significativa fue la capacidad de respuesta, con un valor Gamma de -1,000 y un p-valor de 0,013*, lo que indica una correlación negativa perfecta entre los niveles de liderazgo y esta dimensión. Esta relación sugiere que a medida que el liderazgo es más alto, mejora de forma clara la capacidad de respuesta del personal de salud. Este hallazgo es relevante, ya que implica que el liderazgo tiene un efecto directo y medible sobre la agilidad y eficacia en la atención al paciente.

Para las demás dimensiones (global, tangibilidad, fiabilidad, seguridad y empatía), si bien se observa una tendencia favorable hacia mejores niveles de calidad en presencia de liderazgo alto, los resultados no son significativos estadísticamente ($p > 0,05$). Esto podría interpretarse como una posible influencia del liderazgo que no logra consolidarse de forma uniforme en todos los aspectos de la calidad asistencial, posiblemente debido a la intervención de otros factores organizacionales o contextuales. Este resultado abre una oportunidad para reflexionar sobre cómo se ejerce el liderazgo en las distintas áreas, y dónde podría fortalecerse su impacto, especialmente en dimensiones como la empatía y la fiabilidad, que son clave para la experiencia del paciente.

Tabla 4. Análisis factorial confirmatorio.

Niveles de calidad asistencial y sus dimensiones		Niveles de liderazgo				Prueba Gamma	P-valor
		Medio		Alto			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Global	Bajo	0	0,0%	0	0,0%	-0,062	0,884
	Medio	2	3,7%	11	20,4%		
	Alto	7	13,0%	34	63,0%		
Tangibilidad	Bajo	0	0,0%	0	0,0%	-0,174	0,667
	Medio	2	3,7%	13	24,1%		
	Alto	7	13,0%	32	59,3%		
Fiabilidad	Bajo	0	0,0%	0	0,0%	0,188	0,611
	Medio	6	11,1%	26	48,1%		
	Alto	3	5,6%	19	35,2%		
Capacidad respuesta	Bajo	0	0,0%	0	0,0%	-1,000	0,013*
	Medio	0	0,0%	8	14,8%		
	Alto	9	16,7%	37	68,5%		
Seguridad	Bajo	0	0,0%	0	0,0%	0,051	0,879
	Medio	3	5,6%	14	25,9%		
	Alto	6	11,1%	31	57,4%		
Empatía	Bajo	1	1,9%	6	11,1%	0,262	0,371
	Medio	5	9,3%	15	27,8%		
	Alto	3	5,6%	24	44,4%		
Total		9	16,7%	45	83,3%		

*Prueba Gamma, p-valor< 0.05 significativo.

La tabla 5 muestra una clara tendencia: a mayor nivel de desempeño laboral, mejor es la calidad asistencial percibida, tanto de forma global como en cada una de sus dimensiones. Sin embargo, esta relación no alcanza significancia estadística en ninguno de los casos ($p > 0,05$), lo cual sugiere que, aunque existe una asociación aparente, no puede afirmarse con certeza que el desempeño laboral influya directamente en la calidad asistencial desde un punto de vista estadístico. Pese a ello, es importante destacar que los valores Gamma tienden a ser positivos en su mayoría, lo cual indica que hay una correlación directa (aunque débil o moderada) entre ambas variables. Esto puede interpretarse como una señal de que un mejor desempeño del personal se asocia con una percepción más favorable de la atención, aunque factores adicionales podrían estar interviniendo y diluyendo esta relación.

La dimensión con la asociación más fuerte fue empatía, con el Gamma más alto (0,449), lo que sugiere que el comportamiento empático del personal podría estar estrechamente relacionado con su nivel de desempeño. No obstante, al no ser estadísticamente significativo ($p = 0,101$), el hallazgo debe interpretarse con cautela, aunque podría explorarse en estudios posteriores con una muestra más amplia. Por otro lado, la capacidad de respuesta presenta una correlación negativa, aunque leve y no significativa. Esto podría reflejar que, en ciertos contextos, la rapidez o eficiencia en la atención no depende únicamente del desempeño individual, sino de aspectos estructurales o del funcionamiento en equipo. Los datos invitan a seguir explorando el vínculo entre el desempeño del personal y la calidad asistencial, prestando atención a otras variables organizacionales que podrían mediar esta relación.

Tabla 5. Niveles e influencia del desempeño laboral con la calidad asistencial.

Nivel de calidad asistencial y sus dimensiones		Niveles de desempeño laboral						Prueba Gamma	P-valor
		Bajo		Medio		Alto			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Global	Bajo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,388	0,306
	Medio	1	1,9%	3	5,6%	9	16,7%		
	Alto	0	0,0%	7	13,0%	34	63,0%		
Tangibilidad	Bajo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,274	0,458
	Medio	1	1,9%	3	5,6%	11	20,4%		
	Alto	0	0,0%	7	13,0%	32	59,3%		
Fiabilidad	Bajo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,366	0,264
	Medio	1	1,9%	7	13,0%	24	44,4%		
	Alto	0	0,0%	3	5,6%	19	35,2%		
Capacidad respuesta	Bajo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-0,327	0,473
	Medio	0	0,0%	1	1,9%	7	13,0%		
	Alto	1	1,9%	9	16,7%	36	66,7%		
Seguridad	Bajo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,382	0,272
	Medio	1	1,9%	4	7,4%	12	22,2%		
	Alto	0	0,0%	6	11,1%	31	57,4%		
Empatía	Bajo	1	1,9%	1	1,9%	5	9,3%	0,449	0,101
	Medio	0	0,0%	6	11,1%	14	25,9%		
	Alto	0	0,0%	3	5,6%	24	44,4%		
Total		1	1,9%	10	18,5%	43	79,6%		

*Prueba Gamma, p-valor< 0.05 significativo.

CONCLUSIONES

El estudio evidenció que tanto el liderazgo como el desempeño laboral presentan niveles predominantemente altos en la unidad de cuidados intensivos analizada, lo que refleja un entorno organizacional fortalecido en términos de competencias humanas y profesionales. No obstante, los resultados estadísticos mostraron que ni el liderazgo ni el desempeño laboral influyeron significativamente en la calidad asistencial de manera global o en la mayoría de sus dimensiones.

A pesar de esta falta de significancia estadística, se identificaron tendencias positivas entre un liderazgo fuerte y una mejor percepción de la calidad, especialmente en la dimensión de capacidad de respuesta, donde sí se comprobó una relación significativa. Este hallazgo destaca la importancia del liderazgo como facilitador de una atención oportuna y eficiente en contextos críticos.

En cuanto al desempeño laboral, si bien los datos sugieren una asociación con mejores niveles de calidad asistencial, la relación no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, la dimensión de empatía mostró una correlación moderadamente alta, lo que apunta a una posible influencia del desempeño individual en la calidad de la relación con el paciente, aspecto clave en contextos intensivos.

La calidad asistencial, en términos generales, fue percibida como alta, sin registros en niveles bajos, lo que indica una valoración favorable del servicio brindado. Las dimensiones mejor posicionadas fueron la capacidad de respuesta y la tangibilidad, mientras que la fiabilidad y la empatía se identificaron como áreas con mayor oportunidad de mejora.

Los hallazgos refuerzan la idea de que, si bien el liderazgo y el desempeño son elementos importantes, la calidad asistencial depende también de otros factores estructurales, organizativos y relacionales. Por ello, se recomienda fortalecer los procesos de mejora continua, integrar estrategias interdisciplinares y promover un liderazgo transformador que impulse el compromiso, la innovación y la humanización del cuidado.

REFERENCIAS

[1] Organización Mundial de la Salud, La OMS insta a invertir en acciones de «Una sola salud» para mejorar la salud de las personas y del planeta, 2022. [En línea]. Disponible: https://www.who.int/es/news/item/03-11-2023-who-urges-investing-in--one-health--actions-for-better-health-of-the-people-and-the-planet

[2] L. F. Agudelo, Guía para identificar cuál es el liderazgo requerido para una gerencia integral por procesos, Tesis de Maestría, Univ. EAFIT, Medellín, Colombia, 2020. [En línea]. Disponible: http://hdl.handle.net/10784/16023

[3] E. B. Puertas, J. M. Sotelo y G. Ramos, "Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud," Rev. Panam. Salud Publica, vol. 44, pp. 1–9, oct. 2020. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.124

[4] I. Fierro, M. F. Alejandro, C. A. Alejandro y J. N. Ramos, "Influencia del liderazgo organizacional en el desempeño laboral de los trabajadores de la Universidad Estatal Península de Santa Elena," Rev. Caribeña de Ciencias Sociales, feb. 2017.

[5] E. R. Martinez et al., "The quality of care in intensive care evaluated by patients using the SERVQUAL scale," Enfermería Intensiva, vol. 21, no. 1, pp. 3–10, mar. 2010. https://doi.org/10.1016/j.enfi.2009.10.001

[6] C. Paredes, "Calidad de atención y satisfacción del usuario externo del centro de salud de zona rural peruana," Rev. Recien, vol. 9, no. 1, jun. 2020.

[7] A. Uriarte y Y. Pomares, "Organizational factors that influence the performance of an intensive care unit," Rev. Cubana Salud Pública, vol. 48, no. 4, pp. 1–9, ene. 2022.

[8] M. Lucido, Gestión en enfermería: análisis del liderazgo, Trabajo de Fin de Grado, Fac. de Enfermería, Univ. de Valladolid, España, 2021. [En línea]. Disponible: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47884/TFG-H2300.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[9] N. A. Contreras y M. L. Ramírez, "Leadership problems in the top management of health institutions," Rev. Cirugía y Cirujanos, vol. 88, no. 4, pp. 526–532, ene. 2020. https://doi.org/10.24875/ciru.19001413

[10] Z. Zamora, Estrés y desempeño laboral en enfermeras del Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos-Hospital EsSalud III-Chimbote, Tesis de Maestría, Univ. César Vallejo, Chimbote, Perú, 2021. [En línea]. Disponible: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/85658

[11] E. Uzuriaga, Estilos de liderazgo y gestión de calidad en salud en los profesionales de enfermería del centro de salud Aparicio Pomares, Huánuco, Tesis de Maestría, UNHV, Huánuco, Perú, 2019. [En línea]. Disponible:https://1library.co/document/y6ejwdnz-estilos-liderazgo-gestion-profesionales-enfermeria-aparicio-pomares-huanuco.html

[12] M. M. Sinisterra, J. P. Cruz y C. Gantiva, "Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición," Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 3, no. 2, pp. 81–107, dic. 2009.

[13] W. Cho, S. Choi y H. Choi, "Human resources analytics for public personnel management: Concepts, cases, and caveats," Administrative Sciences, vol. 13, no. 2, pp. 1–22, ene. 2023.
https://doi.org/10.3390/admsci13020041

[14] G. Aarthi y S. Sujatha, "Future team leadership and empowerment in performance measurement of virtual team productivity with information technology," Int. J. Prof. Bus. Rev., vol. 7, no. 2, pp. 1–19, ago. 2022. https://doi.org/10.26668/businessreview/2022.v7i2.501

[15] J. C. De Oliveira et al., "Nurses' coaching leadership related to practice environment within primary health care," Texto Contexto Enferm., vol. 31, pp. 1–15, 2022. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0332en

[16] K. Ortega, Liderazgo y desempeño laboral de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del hospital II Essalud Huánuco, Tesis de Maestría, Univ. de Huánuco, Perú, 2016. [En línea]. Disponible: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UDHR_1d49e44abe4ce6e683894be1e9512184

[17] N. A. Boada, "Job satisfaction and its relationship with the job performance of security workers," J. Econ. Finance Int. Bus., vol. 3, no. 1, pp. 75–103, nov. 2019. [En línea]. Disponible:
http://dx.doi.org/10.20511/jefib.2019.v3n1.398

[18] I. Chiavenato, Administración de recursos humanos, 9.ª ed. México: McGraw-Hill, 2011. [En línea]. Disponible:http://bibliotecas.uasb.edu.bo:8080/bitstream/20.500.14624/1145/1/Chiavenato-Recursos%20humanos%209na%20ed.pdf

[19] L. Margo, "Influence of the nursing practice environment on work performance," Salud, Ciencia y Tecnología, vol. 2, no. 63, pp. 1–9, jul. 2022. [En línea]. Disponible: https://doi.org/10.56294/saludcyt202263
[20] A. Donabedian, "The quality of medical care," Rev. Calidad Asistencial, vol. 16, pp. 29–38, 2001.

LOS AUTORES

Guillermo Segundo Ríos Alva es un profesional de la salud con amplia trayectoria académica y profesional. Médico especialista en medicina intensiva, cuenta además con una sólida formación en gestión pública y gobernabilidad. Sus credenciales académicas incluyen maestrías en medicina y salud pública, así como estudios de doctorado en gestión pública y gobernabilidad por la Universidad César Vallejo. Con quince años de experiencia en el sector público, complementa su práctica profesional como docente en el campo de la medicina.

Dorila Eugenia Tapia Ugaz es una profesional de enfermería con una destacada trayectoria académica y profesional. Cuenta con dos doctorados: uno en enfermería y otro en Gestión Pública y Gobernabilidad. Su formación de posgrado se complementa con maestrías en gestión de servicios de salud y ciencias de enfermería. Además, es especialista en pediatría y gestión pública, actualmente desempeñándose como jefa del departamento de enfermería del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta en Trujillo, Perú.