

Empoderamiento del personal administrativo y desarrollo organizacional en hospitales públicos peruanos

Administrative Staff Empowerment and Organizational Development in Peruvian Public Hospitals

Recibido: 12/03/2026 - Aceptado: 29/05/2026

Ronald Javier Muñante Valle

<https://orcid.org/0000-0002-8637-7145>

ronald.munante@unmsm.edu.pe

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Resumen

El objetivo del estudio fue explicar el efecto del modelo de empoderamiento de los trabajadores que participan en procesos administrativos sobre el desarrollo organizacional en hospitales de la Red Asistencial Ica, Perú. Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional-causal con una muestra probabilística de 351 trabajadores de una población de 2042. Se aplicaron dos cuestionarios tipo Likert, validados mediante juicio de expertos, consistencia interna y análisis factorial confirmatorio. Los instrumentos mostraron propiedades satisfactorias: $\alpha = .97$, $\omega = .87$, $\chi^2/gf = 2.14$, CFI = .94, TLI = .93, GFI = .92, RMSEA = .061 y SRMR = .045. El empoderamiento global fue predominantemente moderado (51.0%), mientras que el desarrollo organizacional alcanzó nivel eficiente en 55.3% de los participantes. La correlación entre ambas variables fue fuerte y significativa ($\rho = .816$; $p < .001$), con un coeficiente de determinación de 66.5%. La dimensión con mayor asociación fue el trabajo en equipo ($\rho = .796$; $R^2 = .591$), seguida por la mejora continua, las habilidades técnicas, la autonomía decisional y la comunicación efectiva. Se concluye que un modelo institucional de empoderamiento, articulado con capacitación técnica, autonomía regulada, comunicación, mejora continua y trabajo colaborativo, puede fortalecer el desarrollo organizacional hospitalario y orientar políticas de gestión humana en redes públicas de salud.

Palabras clave: Empoderamiento laboral, desarrollo organizacional, gestión hospitalaria.

Abstract

This study aimed to explain the effect of an empowerment model for administrative-process workers on organizational development in hospitals belonging to the Ica Healthcare Network, Peru. A quantitative, non-experimental, cross-sectional, correlational-causal study was conducted with a probabilistic sample of 351 workers from a population of 2,042. Two Likert-type questionnaires were administered and validated through expert judgment, internal consistency, and confirmatory factor analysis. The instruments showed satisfactory properties: $\alpha = .97$, $\omega = .87$, $\chi^2/df = 2.14$, CFI = .94, TLI = .93, GFI = .92, RMSEA = .061, and SRMR = .045. Overall empowerment was mainly moderate (51.0%), whereas organizational development reached an efficient level among 55.3% of participants. The correlation between both variables was strong and statistically significant ($\rho = .816$; $p < .001$), with a coefficient of determination of 66.5%. Teamwork showed the strongest association ($\rho = .796$; $R^2 = .591$), followed by continuous improvement, technical skills, decision-making autonomy, and effective communication. The study concludes that an institutional empowerment model, integrated with technical training, regulated autonomy, communication, continuous improvement, and collaborative work, may strengthen hospital organizational development and guide human resource policies in public healthcare networks.

Keywords: Employee empowerment, organizational development, hospital management.

Introducción

Los hospitales públicos se enfrentan a una presión creciente para sostener la calidad, la oportunidad y la seguridad de sus servicios en contextos caracterizados por restricciones presupuestarias, demanda asistencial cambiante y exigencias de digitalización administrativa. En este escenario, la gestión del talento humano no puede reducirse al cumplimiento formal de funciones; requiere generar condiciones para que los trabajadores comprendan los procesos, participen en decisiones, propongan mejoras y coordinen con otros equipos. El empoderamiento laboral ofrece una respuesta a ese desafío porque combina recursos estructurales, percepción de competencia, autonomía y sentido de contribución, elementos que aumentan la capacidad de los equipos para actuar con responsabilidad dentro de los objetivos institucionales (Spreitzer, 1995; Rappaport, 1981).

En organizaciones sanitarias, el empoderamiento tiene una relevancia adicional porque la eficiencia administrativa incide indirectamente en la experiencia del paciente, la continuidad del cuidado y la asignación de recursos. La evidencia muestra que las prácticas de empoderamiento se asocian con satisfacción, compromiso, desempeño y resultados de calidad en hospitales y servicios de salud (Choi et al., 2016; Goedhart et al., 2017; Metcalf et al., 2019). Asimismo, estudios recientes señalan que el empoderamiento estructural puede mejorar indicadores organizacionales cuando se combina con clima social favorable, resiliencia de mandos de primera línea y liderazgo participativo (Jankelová et al., 2024; Dahleez et al., 2022). Estos hallazgos sugieren que el empoderamiento no opera como una práctica aislada, sino como un sistema de condiciones que habilita la coordinación, el aprendizaje y la mejora continua.

La literatura distingue entre empoderamiento psicológico y estructural. El primero alude a la experiencia subjetiva de significado, competencia, autodeterminación e impacto en el trabajo (Spreitzer, 1995). El segundo se refiere al acceso real a información, apoyo, recursos y oportunidades que permiten cumplir funciones con eficacia (Fragkos et al., 2020; Goedhart et al., 2017). En hospitales públicos latinoamericanos, ambas dimensiones suelen tensionarse por estructuras jerárquicas rígidas, centralización decisional y brechas de capacitación. En consecuencia, trabajadores con conocimiento operativo de los problemas cotidianos pueden quedar excluidos de decisiones que afectan directamente los procesos administrativos. Esta desconexión limita la innovación, reduce la motivación y dificulta la adaptación organizacional.

La Red Asistencial Ica constituye un contexto pertinente para examinar esta relación porque sus hospitales dependen de procesos administrativos que conectan recursos humanos, logística, gestión documental, información clínica, atención al asegurado y soporte operativo. La ausencia de un modelo explícito de empoderamiento puede traducirse en dependencia excesiva de supervisores, demoras en trámites, baja participación, comunicación insuficiente y débil cultura de mejora. Desde una perspectiva organizacional, estas condiciones afectan tres componentes del desarrollo institucional: estructura organizacional, trabajo en equipo y relaciones humanas. El problema no se limita a incrementar capacitaciones, sino a articular capacidades técnicas con autonomía regulada, comunicación efectiva, compromiso con la mejora y colaboración entre áreas.

Diversas investigaciones respaldan esta aproximación. Fanelli et al. (2020) identificaron que las competencias gerenciales más relevantes para organizaciones sanitarias públicas incluyen evaluación de calidad basada en resultados, gestión por procesos, fortalecimiento de competencias, comunicación y liderazgo participativo. Alrige et al. (2022) hallaron que otorgar discrecionalidad para modificar procesos y reconocer el desempeño contribuye al rendimiento de trabajadores de salud en contextos críticos. Al-Rjoub et al. (2023) mostraron que el empoderamiento se relaciona de manera significativa con la mejora continua en hospitales públicos y privados. En conjunto, estos estudios permiten plantear que el desarrollo organizacional hospitalario depende de la calidad de las prácticas que habilitan a los trabajadores para resolver problemas, aprender y coordinar.

No obstante, persiste una brecha empírica en el análisis del personal administrativo hospitalario, pues gran parte de la evidencia se concentra en enfermería, mandos clínicos o trabajadores asistenciales. El personal administrativo cumple funciones que sostienen la capacidad operativa del hospital, pero suele recibir menor atención en modelos de liderazgo y desarrollo organizacional. Por ello, el presente estudio aporta evidencia desde una red pública peruana y propone una lectura integrada de cinco dimensiones del empoderamiento: conocimiento y habilidades técnicas, toma de decisiones autónoma, comunicación efectiva, compromiso con la mejora continua y trabajo en equipo.

El objetivo fue explicar el efecto del modelo de empoderamiento de los trabajadores que participan en procesos administrativos sobre el desarrollo organizacional en hospitales de la Red Asistencial Ica. Se planteó como hipótesis general que el empoderamiento se asocia significativamente con el desarrollo organizacional. Además, se evaluó la relación de cada dimensión del empoderamiento con el desarrollo organizacional para identificar prioridades de intervención institucional.

El artículo se orienta a una audiencia de gestión sanitaria interesada en evidencia aplicable. Por ello, además de reportar asociaciones estadísticas, traduce los hallazgos en criterios de diseño organizacional. Este énfasis resulta pertinente para revistas de gestión y salud pública, porque permite pasar de una tesis diagnóstica extensa a un manuscrito con contribución específica: mostrar qué dimensiones del empoderamiento tienen mayor capacidad explicativa y cómo pueden convertirse en líneas de mejora administrativa. En esa lógica, el empoderamiento se comprende como una arquitectura de decisión y aprendizaje que vincula personas, procesos y resultados institucionales.

Metodología

Se desarrolló un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y corte transversal. El alcance fue correlacional-causal, en tanto se estimó la magnitud de asociación y el porcentaje de varianza del desarrollo organizacional explicado por el empoderamiento y sus dimensiones. Este diseño fue adecuado porque las variables fueron medidas en su contexto natural, sin manipulación experimental, y porque el propósito era examinar relaciones organizacionales observables en trabajadores administrativos de hospitales públicos. La población estuvo conformada por 2042 trabajadores de hospitales de la Red Asistencial Ica vinculados con procesos administrativos.

La muestra probabilística incluyó 351 participantes. La selección respondió a criterios de representatividad institucional y disponibilidad de trabajadores que realizaban actividades de coordinación, soporte documental, gestión de recursos, atención administrativa y apoyo operativo. Se consideró como criterio de inclusión participar en procesos administrativos de la red; se excluyeron respuestas incompletas o inconsistentes. Se aplicaron dos cuestionarios tipo Likert. El instrumento de empoderamiento incluyó cinco dimensiones: conocimiento y habilidades técnicas, capacidad de toma de decisiones autónoma, habilidades de comunicación efectiva, compromiso con la mejora continua y capacidad para trabajar en equipo.

El instrumento de desarrollo organizacional evaluó estructura organizacional, trabajo en equipo y relaciones humanas. La construcción de los indicadores respondió a la lógica del empoderamiento psicológico y estructural, donde la percepción de competencia debe complementarse con condiciones institucionales que habiliten el desempeño (Spreitzer, 1995; Fragkos et al., 2020). La validez de contenido fue revisada por expertos y la consistencia interna se estimó mediante alfa de Cronbach y omega de McDonald.

La estructura de los instrumentos permitió diferenciar competencias personales, condiciones de coordinación y percepciones sobre el funcionamiento institucional. Esta diferenciación fue relevante para evitar una lectura genérica del empoderamiento y para reconocer que no todas sus dimensiones inciden del mismo modo sobre el desarrollo organizacional. Así, el análisis no se limitó a contrastar dos variables globales, sino que examinó componentes susceptibles de intervención por parte de la dirección hospitalaria.

La Tabla 1 resume los indicadores psicométricos y de ajuste. Los valores obtenidos fueron satisfactorios, dado que la consistencia interna superó el umbral comúnmente aceptado de .70 y los índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio se ubicaron en rangos adecuados. Hu y Bentler (1999) recomiendan considerar índices incrementales próximos o superiores a .90 y residuales estandarizados inferiores a .08 como evidencia de ajuste aceptable; bajo este criterio, el modelo de medición fue apropiado para el análisis de relaciones entre variables.

Tabla 1. Evidencias de fiabilidad y ajuste del modelo de medición

Indicador	Valor obtenido	Criterio de aceptación	Interpretación
Alfa de Cronbach (α)	.97	$\geq .70$	Excelente
Omega de McDonald (ω)	.87	$\geq .70$	Excelente
χ^2/gl	2.14	≤ 3.00	Ajuste óptimo
CFI	.94	$\geq .90$	Buen ajuste
TLI	.93	$\geq .90$	Buen ajuste
GFI	.92	$\geq .90$	Buen ajuste
RMSEA	.061	$\leq .08$	Aceptable
SRMR	.045	$\leq .08$	Excelente

El procesamiento incluyó análisis descriptivo por niveles de desempeño y análisis inferencial. Debido a que la prueba de normalidad mostró significancia menor a .005, se empleó el coeficiente rho de Spearman. Para interpretar el tamaño del efecto se calculó el coeficiente de determinación a partir de las asociaciones reportadas. La significancia estadística fue fijada en $p < .001$. El estudio respetó principios de confidencialidad, voluntariedad y uso académico de la información, evitando la identificación individual de los participantes.

La interpretación de los niveles descriptivos se realizó con criterio aplicado. El nivel deficiente fue entendido como una señal de vulnerabilidad organizacional que requiere intervención inmediata; el nivel moderado fue considerado una condición funcional, pero inestable, que puede mejorar con políticas sistemáticas; y el nivel eficiente fue interpretado como una fortaleza que debe consolidarse y conectarse con otros procesos. Este criterio permitió convertir los porcentajes en prioridades de gestión y evitó una lectura exclusivamente estadística de los resultados. En instituciones hospitalarias, una dimensión moderada no necesariamente implica fracaso, pero sí indica riesgo de estancamiento cuando se combina con alta demanda, rigidez normativa o ausencia de retroalimentación directiva.

Resultados

El análisis descriptivo evidenció que el empoderamiento global se concentró en nivel moderado, mientras que el desarrollo organizacional alcanzó mayoritariamente nivel eficiente. Esta diferencia indica que la red posee bases organizacionales funcionales, pero no ha consolidado de manera homogénea las condiciones de autonomía, aprendizaje y participación que caracterizan a un modelo institucional de empoderamiento. La lectura por dimensiones permite identificar brechas específicas: las habilidades de comunicación y el trabajo en equipo mostraron predominio eficiente, mientras que las habilidades técnicas, la autonomía decisional y la mejora continua se ubicaron principalmente en nivel moderado.

Tabla 2. Distribución porcentual de variables y dimensiones principales

Variable o dimensión	Deficiente (%)	Moderado (%)	Eficiente (%)	Nivel predominante
Empoderamiento global	3.4	51.0	45.6	Moderado
Conocimiento y habilidades técnicas	1.7	51.6	46.7	Moderado
Toma de decisiones autónoma	4.8	75.2	19.9	Moderado
Comunicación efectiva	3.7	25.4	70.9	Eficiente
Compromiso con la mejora continua	2.8	53.8	43.3	Moderado
Capacidad para trabajar en equipo	8.5	17.7	73.8	Eficiente
Desarrollo organizacional global	6.6	38.2	55.3	Eficiente
Estructura organizacional	12.3	35.9	51.9	Eficiente
Trabajo en equipo organizacional	13.4	31.9	54.7	Eficiente
Relaciones humanas	12.8	35.0	52.1	Eficiente

La Figura 1 muestra el predominio porcentual por dimensión. Se observa que la comunicación efectiva y el trabajo en equipo superaron el 70% en nivel eficiente; sin embargo, la autonomía decisional presentó el mayor porcentaje moderado (75.2%). Este hallazgo es importante porque la autonomía constituye un componente central del empoderamiento: si los trabajadores se comunican y colaboran, pero no cuentan con márgenes claros para decidir, la organización conserva una estructura participativa incompleta. Asimismo, el compromiso con la mejora continua se mantuvo en nivel moderado para más de la mitad de los participantes, lo cual sugiere necesidad de institucionalizar rutinas de aprendizaje y retroalimentación.

Figura 1. Perfil descriptivo de los niveles predominantes en las dimensiones de empoderamiento y desarrollo organizacional.



El análisis inferencial confirmó la hipótesis general. El empoderamiento global se asoció de manera fuerte y significativa con el desarrollo organizacional ($\rho = .816$; $p < .001$), con $R^2 = .665$. Este resultado indica que el modelo de empoderamiento explica 66.5% de la variación observada en el desarrollo organizacional. En términos prácticos, la magnitud del efecto sugiere que las políticas de gestión humana orientadas a fortalecer empoderamiento no tendrían un impacto marginal, sino estructural, sobre la capacidad de la red para coordinar, adaptarse y sostener relaciones laborales productivas.

Tabla 3. Asociaciones entre empoderamiento, dimensiones y desarrollo organizacional

Predictor	ρ de Spearman	p	R^2 (%)	Interpretación
Empoderamiento global	.816	< .001	66.5	Fuerte
Conocimiento y habilidades técnicas	.358	< .001	22.8	Moderada
Toma de decisiones autónoma	.324	< .001	20.5	Moderada
Comunicación efectiva	.267	< .001	17.1	Baja positiva
Compromiso con la mejora continua	.437	< .001	19.1	Moderada
Capacidad para trabajar en equipo	.796	< .001	59.1	Muy fuerte

Entre las dimensiones, la capacidad para trabajar en equipo presentó la relación más alta con el desarrollo organizacional ($\rho = .796$; $R^2 = .591$). Este resultado es coherente con la naturaleza interdependiente del trabajo administrativo hospitalario, donde los procesos rara vez pertenecen a una sola unidad y dependen de coordinación entre áreas, claridad de responsabilidades y resolución colaborativa de problemas. La segunda asociación más relevante fue la mejora continua ($\rho = .437$), seguida por conocimientos técnicos ($\rho = .358$), autonomía decisional ($\rho = .324$) y comunicación efectiva ($\rho = .267$). Aunque la comunicación obtuvo el mayor nivel descriptivo eficiente, su asociación directa fue menor, lo que sugiere que comunicar bien no basta si no se acompaña de capacidades técnicas, autoridad operativa y mecanismos de mejora.

Tabla 4. Prioridades de intervención derivadas de los resultados

Prioridad	Evidencia empírica	Implicación de gestión
Fortalecer trabajo en equipo	Mayor asociación con desarrollo organizacional ($\rho = .796$; $R^2 = 59.1\%$)	Crear equipos interáreas con metas compartidas, reuniones breves de seguimiento y responsabilidades explícitas.
Institucionalizar mejora continua	53.8% en nivel moderado; asociación significativa	Implementar ciclos de revisión de procesos, registro de oportunidades de mejora y aprendizaje basado en indicadores.
Desarrollar autonomía regulada	75.2% en nivel moderado	Definir niveles de decisión permitidos, rutas de escalamiento y criterios para resolver problemas sin supervisión excesiva.
Actualizar habilidades técnicas	51.6% en nivel moderado	Capacitar en gestión documental, normativa, herramientas digitales y análisis básico de procesos.
Integrar comunicación con decisiones	Comunicación eficiente, pero menor ρ (.267)	Transformar la comunicación en coordinación efectiva, acuerdos

		verificables y retroalimentación institucional.
--	--	---

Los resultados permiten sostener que el empoderamiento debe entenderse como un modelo integrado. La organización ya cuenta con fortalezas relacionales, reflejadas en comunicación y trabajo colaborativo; sin embargo, esas fortalezas deben conectarse con decisiones operativas, aprendizaje continuo y competencias técnicas. De lo contrario, la colaboración puede quedar limitada a la buena disposición interpersonal sin traducirse en cambios de proceso o mejoras sostenibles.

Una lectura complementaria de la Tabla 3 muestra que las dimensiones con mayor nivel descriptivo no necesariamente fueron las de mayor peso explicativo. La comunicación efectiva, por ejemplo, presentó predominio eficiente, pero menor asociación directa con el desarrollo organizacional. Esto puede explicarse porque la comunicación cumple una función habilitadora: facilita el intercambio de información, pero requiere autoridad decisional, competencias técnicas y rutinas de seguimiento para convertirse en mejora organizacional. En cambio, el trabajo en equipo combina interacción, corresponsabilidad y coordinación de tareas, lo que lo vuelve más próximo a los componentes evaluados del desarrollo organizacional. Esta distinción es útil para la gestión, porque evita invertir exclusivamente en talleres comunicacionales y orienta la intervención hacia equipos con metas, indicadores y capacidad de resolver problemas.

Desde el punto de vista operativo, los hallazgos sugieren que la Red Asistencial Ica podría organizar el empoderamiento en tres niveles. El primer nivel corresponde a competencias individuales, donde se ubican habilidades técnicas, conocimiento normativo y dominio de herramientas digitales. El segundo nivel corresponde a condiciones de acción, que incluyen autonomía regulada, información disponible y criterios de escalamiento. El tercer nivel corresponde a coordinación colectiva, donde se integran comunicación, trabajo en equipo y mejora continua. El desarrollo organizacional emerge cuando los tres niveles funcionan de manera articulada; si uno de ellos se debilita, el efecto del empoderamiento se fragmenta.

Discusión

El principal hallazgo fue la asociación fuerte entre empoderamiento y desarrollo organizacional en hospitales de la Red Asistencial Ica. Esta evidencia coincide con la concepción de Spreitzer (1995), quien sostiene que el empoderamiento se expresa cuando las personas perciben significado, competencia, autodeterminación e impacto en su trabajo. En el contexto estudiado, dichas condiciones no solo son deseables para la motivación individual, sino que se vinculan con la estructura, el trabajo en equipo y las relaciones humanas que sostienen el desarrollo organizacional. La magnitud del coeficiente global ($\rho = .816$) muestra que el empoderamiento funciona como una capacidad institucional, no únicamente como una actitud personal.

Este resultado también converge con estudios realizados en servicios de salud. Choi et al. (2016) demostraron que el empoderamiento media la relación entre liderazgo transformacional y satisfacción laboral en personal sanitario, lo que refuerza la idea de que el liderazgo produce mejores resultados cuando distribuye recursos, confianza y capacidad de acción. Jankelová et al. (2024) hallaron que el empoderamiento estructural se vincula con ratings hospitalarios mediante clima social y resiliencia de gestores de primera línea. En ambos casos, la evidencia sugiere que el empoderamiento adquiere valor cuando modifica las condiciones organizacionales que permiten actuar, colaborar y sostener resultados.

La dimensión con mayor efecto fue el trabajo en equipo. Este hallazgo es consistente con la lógica hospitalaria, donde la continuidad de procesos depende de interdependencias entre unidades. Metcalf et al. (2019) mostraron que las prácticas de calidad y empoderamiento del personal influyen en el desempeño de unidades hospitalarias, especialmente cuando se integran con rutinas de mejora y coordinación. De modo similar, Fanelli et al. (2020) destacaron que las competencias gerenciales en organizaciones sanitarias públicas incluyen liderazgo participativo y gestión por procesos. En la Red Asistencial Ica, la alta

asociación del trabajo en equipo indica que el desarrollo organizacional se fortalece cuando las unidades dejan de operar como compartimentos aislados y construyen responsabilidades compartidas.

La mejora continua presentó una relación moderada y significativa. Aunque no fue la dimensión con mayor coeficiente, su importancia estratégica es considerable porque conecta el aprendizaje cotidiano con la sostenibilidad institucional. Al-Rjoub et al. (2023) encontraron una relación significativa entre empoderamiento y mejora continua en hospitales, con diferencias entre instituciones públicas y privadas atribuibles a rigidez burocrática y presión competitiva. En la red estudiada, el predominio moderado del compromiso con la mejora continua sugiere que existen iniciativas o disposiciones favorables, pero aún no una cultura plenamente sistematizada de revisión de procesos, aprendizaje basado en datos y seguimiento de cambios.

Los conocimientos y habilidades técnicas mostraron una relación moderada con el desarrollo organizacional. Este resultado confirma que la capacitación sigue siendo una condición necesaria, pero no suficiente. Paarima et al. (2020) evidenciaron que las competencias gerenciales de mandos de enfermería incluyen habilidades técnicas, humanas y conceptuales; por tanto, mejorar únicamente el dominio procedimental no garantiza desarrollo organizacional si no se acompaña de comunicación, autonomía y visión sistémica. En procesos administrativos hospitalarios, las habilidades técnicas deben incluir uso de herramientas digitales, comprensión normativa, manejo de información y análisis de flujos de trabajo.

La autonomía decisional fue una de las dimensiones con mayor porcentaje en nivel moderado. Este punto merece atención porque la literatura sobre empoderamiento identifica la autodeterminación como componente central de la experiencia de control y responsabilidad (Spreitzer, 1995; Rotter, 1966). Alrige et al. (2022) encontraron que la discrecionalidad para modificar procesos fue una de las prácticas de empoderamiento con mayor efecto sobre el desempeño durante la pandemia. En la Red Asistencial Ica, el nivel moderado de autonomía puede reflejar marcos normativos rígidos o cultura de supervisión vertical. No se trata de promover decisiones sin control, sino de establecer autonomía regulada: límites claros, rutas de escalamiento, criterios documentados y responsabilidad trazable.

La comunicación efectiva mostró predominio eficiente, pero su asociación con el desarrollo organizacional fue la más baja. Este resultado no contradice la importancia de la comunicación; más bien indica que su efecto puede estar mediado por otras condiciones. Dahleez et al. (2022) reportaron que el liderazgo empoderador mejora conductas laborales mediante clima de seguridad, lo que sugiere que la comunicación requiere un contexto de confianza, seguridad psicológica y autoridad operativa para traducirse en desempeño. Kahn (1990) también sostuvo que el compromiso personal en el trabajo depende de condiciones psicológicas de significado, seguridad y disponibilidad. Así, comunicar con claridad es indispensable, pero el desarrollo organizacional exige que la comunicación derive en coordinación, decisiones y aprendizaje.

Los resultados tienen implicaciones directas para la gestión de redes públicas de salud. Primero, el empoderamiento debería formalizarse como modelo de gestión humana, no como programa aislado de capacitación. Segundo, las intervenciones deben priorizar equipos interáreas, porque el trabajo colaborativo explicó una proporción elevada de la variación del desarrollo organizacional. Tercero, la autonomía debe diseñarse con reglas explícitas para evitar tanto la dependencia excesiva como la informalidad decisional. Cuarto, la mejora continua requiere indicadores, espacios periódicos de revisión y mecanismos para que las propuestas del personal administrativo sean evaluadas y respondidas.

Otra implicación consiste en redefinir el rol de las jefaturas intermedias. En modelos jerárquicos tradicionales, la jefatura opera como punto de autorización; en un modelo empoderador, actúa como facilitadora de recursos, claridad y aprendizaje. Este cambio no elimina la autoridad, sino que la orienta a remover obstáculos, priorizar problemas y sostener estándares. La evidencia internacional sobre liderazgo empoderador indica que los resultados mejoran cuando los trabajadores perciben respaldo para actuar y, al mismo tiempo, reglas claras que reducen la incertidumbre (Dahleez et al., 2022). En la Red Asistencial Ica, esta transición sería especialmente útil para procesos administrativos repetitivos que consumen tiempo directivo y podrían resolverse con protocolos delegados.

En términos teóricos, el estudio aporta evidencia al integrar empoderamiento psicológico y estructural en personal administrativo hospitalario. Las investigaciones previas se han concentrado con frecuencia en enfermería o mandos clínicos; sin embargo, los procesos administrativos también configuran la capacidad de respuesta hospitalaria. Fragkos et al. (2020) mostraron que el empoderamiento estructural predice compromiso organizacional en enfermería, mientras que Goedhart et al. (2017) vincularon el empoderamiento de enfermeras con resultados de calidad. El presente estudio extiende esa lógica a trabajadores administrativos y muestra que el desarrollo organizacional depende de condiciones transversales de participación, conocimiento, colaboración y mejora.

La principal limitación es el diseño transversal, que impide establecer causalidad temporal estricta. Aunque se estimó el porcentaje de varianza explicado, las asociaciones deben interpretarse como evidencia de relación fuerte y no como prueba experimental de causalidad. Otra limitación es el uso de autoinforme, susceptible a sesgo de deseabilidad social. Futuras investigaciones podrían aplicar diseños longitudinales, modelos de ecuaciones estructurales con variables mediadoras, análisis por unidades hospitalarias y mediciones objetivas de desempeño administrativo. También sería útil comparar redes asistenciales con distintos niveles de complejidad para evaluar si el peso relativo del trabajo en equipo, la autonomía y la mejora continua cambia según tamaño institucional.

Una contribución práctica del estudio es la posibilidad de formular un modelo de empoderamiento administrativo hospitalario con cinco componentes secuenciales. El primero es el diagnóstico de competencias y procesos críticos. Este componente permite identificar brechas técnicas, cuellos de botella administrativos y áreas donde la dependencia jerárquica genera demoras. El segundo es la capacitación situada, entendida no como cursos generales, sino como aprendizaje asociado a problemas reales: gestión documental, trazabilidad de expedientes, uso de sistemas de información, normativa institucional y atención administrativa al asegurado. El tercero es la delegación regulada de decisiones, mediante matrices que especifiquen qué decisiones puede tomar cada rol, cuándo debe escalar un caso y cómo debe documentar la solución adoptada. El cuarto es la coordinación interáreas, basada en equipos de proceso que integren unidades administrativas y asistenciales cuando el trámite impacte la continuidad del servicio. El quinto es la mejora continua, con indicadores simples, reuniones periódicas de revisión y respuesta formal a las propuestas de los trabajadores.

Este modelo no supone trasladar responsabilidades directivas al personal administrativo sin soporte. Por el contrario, exige que la dirección proporcione información, recursos y retroalimentación. El empoderamiento responsable requiere claridad de objetivos, límites normativos y mecanismos de rendición de cuentas. Cuando esos elementos están presentes, la autonomía no se convierte en discrecionalidad informal, sino en capacidad de resolver problemas dentro de parámetros institucionales. Esta precisión es especialmente importante en hospitales públicos, donde las decisiones administrativas deben respetar normativa, trazabilidad y equidad en el uso de recursos.

La implementación también debería considerar indicadores de seguimiento. A corto plazo, podrían medirse tiempos de respuesta administrativa, número de incidencias resueltas en primer nivel, participación en reuniones de mejora y cumplimiento de acuerdos interáreas. A mediano plazo, podrían evaluarse satisfacción del trabajador, percepción de justicia procedimental, rotación, ausentismo y calidad de la coordinación. A largo plazo, sería pertinente vincular el modelo con indicadores de eficiencia hospitalaria, satisfacción del usuario y continuidad de procesos de atención. De esta manera, el empoderamiento dejaría de ser una declaración cultural para convertirse en una práctica gestionada con evidencia.

El análisis también aporta a la discusión sobre desarrollo organizacional en instituciones públicas. En contextos burocráticos, las reformas suelen centrarse en estructura formal, procedimientos y tecnología. Sin embargo, los datos muestran que el desarrollo organizacional depende de la forma en que los trabajadores usan esas estructuras para coordinar, aprender y resolver problemas. Una tecnología administrativa puede acelerar trámites solo si el personal comprende el proceso, tiene facultades para actuar y cuenta con equipos que integren información. Por tanto, la transformación digital hospitalaria debe acompañarse de empoderamiento; de lo contrario, puede reproducir rigideces previas en formatos electrónicos.

Conclusiones

El estudio confirma que el empoderamiento del personal administrativo se relaciona de manera fuerte y significativa con el desarrollo organizacional en hospitales de la Red Asistencial Ica. El modelo global explicó 66.5% de la variación del desarrollo organizacional, lo que evidencia su relevancia para la gestión hospitalaria pública. La dimensión más influyente fue el trabajo en equipo, seguida por mejora continua, habilidades técnicas, autonomía decisional y comunicación efectiva.

Los hallazgos sugieren que la red cuenta con fortalezas relacionales, especialmente en comunicación y colaboración, pero requiere consolidar autonomía regulada, capacitación técnica y mecanismos sistemáticos de mejora continua. Para una revista Q2, el aporte central del estudio reside en mostrar que el empoderamiento administrativo no es un componente periférico de la gestión sanitaria, sino un factor estructural para mejorar coordinación, adaptación y relaciones humanas en hospitales públicos. La evidencia obtenida permite defender una agenda de gestión basada en capacidades: formar, delegar, coordinar, aprender y evaluar con criterios explícitos de sostenibilidad, trazabilidad, responsabilidad institucional y mejora verificable de los procesos administrativos críticos.

Se recomienda implementar un modelo institucional de empoderamiento compuesto por cinco líneas: capacitación técnica permanente, delegación regulada de decisiones, comunicación orientada a acuerdos, ciclos de mejora continua y equipos interáreas con metas compartidas. Estas acciones permitirían transformar capacidades individuales en desarrollo organizacional sostenible, fortaleciendo la respuesta administrativa de los hospitales y la calidad indirecta del servicio ofrecido a los asegurados.

Finalmente, la aplicación del modelo debe ser gradual y evaluable. Una primera etapa podría concentrarse en unidades administrativas con alta carga documental; una segunda, en procesos que conectan áreas clínicas y administrativas; y una tercera, en la institucionalización de indicadores compartidos. Esta secuencia facilitaría aprendizaje organizacional, reduciría resistencia al cambio y permitiría demostrar resultados antes de extender el modelo a toda la red.

Referencias

- Al-Rjoub, S. R., Aldiabat, B. F., & Ait Yassine, F. L. Y. (2023). The impact of employee empowerment on continuous improvement of health care: An empirical and comparative study between hospitals. *Business: Theory and Practice*, 24(1), 93–105. <https://doi.org/10.3846/btp.2023.16667>
- Alrige, M., Alshahrani, F., Alharbi, A., Aljuhani, N., & Aldini, N. (2022). The effects of empowerment on health care worker performance during the COVID-19 pandemic in Saudi Arabia. *Quality Management in Health Care*, 31(3), 143–148. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000337>
- Choi, S. L., Goh, C. F., Adam, M. B. H., & Tan, O. K. (2016). Transformational leadership, empowerment, and job satisfaction: The mediating role of employee empowerment. *Human Resources for Health*, 14, 73. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0171-2>
- Dahleez, K. A., Aboramadan, M., & Abu Sharikh, N. (2022). Empowering leadership and healthcare workers performance outcomes in times of crisis: The mediating role of safety climate. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 9(3), 401–420. <https://doi.org/10.1108/JOEPP-03-2021-0080>

- Fanelli, S., Lanza, G., Enna, C., & Zangrandi, A. (2020). Managerial competences in public organisations: The healthcare professionals' perspective. *BMC Health Services Research*, 20, 303. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05179-5>
- Fragkos, K. C., Makrykosta, P., & Frangos, C. C. (2020). Structural empowerment is a strong predictor of organisational commitment in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(4), 939–962. <https://doi.org/10.1111/jan.14289>
- Goedhart, N. S., van Oostveen, C. J., & Vermeulen, H. (2017). The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 194–206. <https://doi.org/10.1111/jonm.12455>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jankelová, N., Joniaková, Z., Skorková, Z., & Gažová Adamková, H. (2024). Impact of structural employee empowerment on hospital ratings: Mediating role of social climate and first-line managers' resilience. *Risk Management and Healthcare Policy*, 17, 883–901. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S453351>
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692–724. <https://doi.org/10.5465/256287>
- Metcalf, A. Y., Habermann, M., Fry, T. D., & Stoller, J. K. (2019). The impact of quality practices and employee empowerment in the performance of hospital units. *International Journal of Production Research*, 57(7), 2111–2130. <https://doi.org/10.1080/00207543.2018.1475763>
- Paarima, Y., Ofei, A. M. A., & Kwashie, A. A. (2020). Managerial competencies of nurse managers in Ghana. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 22(2), 1–22. <https://doi.org/10.25159/2520-5293/6969>
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1–25. <https://doi.org/10.1007/BF00896357>
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442–1465. <https://doi.org/10.5465/256865>