

T. Armijo  
5/8

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO**  
**CARRERA DE SOCIOLOGIA**

**"DIAGNOSTICO DE CLIMA ORGANIZACIONAL ORIENTADO A LA  
INSTALACION DE UN SISTEMA DE INCENTIVOS PARA EL  
HOSPITAL BARROS LUCO - TRUDEAU"**

**Profesor Guía:**

**Rodolfo Gálvez Contreras**

**Alumno:**

**Tomás Armijo Tobar**

**Tesis para optar al grado de Licenciatura en Sociología**

**Tesis para optar al Título de Sociólogo**

**Santiago, 1997**

*A Viviana y Alvaro este fruto de nuestro trabajo...*

*A mis padres...*

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

<b>Antecedentes Generales</b>	.....	1
<b>Presentación del Problema</b>	.....	4
<b>Los Objetivos</b>	.....	6
• <b>Propósito</b>	.....	6
• <b>Objetivos Generales</b>	.....	6
• <b>Objetivos Específicos</b>	.....	6
<b>Planteamiento de las Hipótesis</b>	.....	7

## CAPÍTULO 1      MARCO TEÓRICO

<b>Introducción</b>	.....	9
<b>Teoría Organizacional</b>	.....	11
<b>Ámbitos de Intervención Organizacional</b>	.....	13
<b>Motivación Laboral</b>	.....	15
• <b>Pirámide de las Necesidades</b>	.....	16
• <b>Teoría de la Motivación Herzberg</b>	.....	18
• <b>Las Necesidades y los Satisfactores</b>	.....	19
<b>Equipos de Trabajo</b>	.....	21
• <b>Desarrollo de un Grupo de Trabajo</b>	.....	23
• <b>Técnicas de Desarrollo de Equipos</b>	.....	26
<b>El Liderazgo</b>	.....	27
• <b>Teoría Situacional Hersey y Blanchard</b>	.....	28
<b>Diagnóstico e Intervención en</b>		
<b>Clima Organizacional</b>	.....	30
<b>Metodología Organizacional</b>	.....	32
<b>Síntesis Final</b>	.....	32

## CAPÍTULO 2      METODOLOGÍA

<b>Presentación</b>	.....	34
<b>Diseño del Diagnóstico</b>	.....	35
<b>Diseño Cuantitativo</b>	.....	35
• <b>Instrumento</b>	.....	35
• <b>Aplicación del Instrumento</b>	.....	37
• <b>Análisis</b>	.....	37
<b>Diseño Cualitativo</b>	.....	38

### **CAPÍTULO 3    ESTRATEGÍA DE INTERVENCIÓN**

<b>Focalización de la Intervención</b>	.....	<b>41</b>
<b>Modelo de Diagnóstico e Intervención</b>	.....	<b>42</b>
<b>Secuencialidad de la Intervención</b>	.....	<b>44</b>
<b>Acercamiento de la Intervención</b>	.....	<b>47</b>
<b>Evaluación de la Intervención</b>	.....	<b>49</b>
<b>Proceso Integrado de Intervención</b>	.....	<b>50</b>
<b>Modelo de Intervención</b>	.....	<b>51</b>
• <b>Estrategía de Implementación</b>	.....	<b>52</b>
<b>Actividades Realizadas</b>	.....	<b>53</b>
• <b>Creación de la Plataforma de Apoyo</b>	.....	<b>53</b>
• <b>Acercamiento a las Unidades de Trabajo</b>	.....	<b>54</b>
• <b>Coordinación Equipo Facilitador</b>	.....	<b>54</b>

### **CAPÍTULO 4    PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

<b>Características Generales de cada Unidad</b>	.....	<b>56</b>
• <b>Unidad Administrativa</b>	.....	<b>57</b>
• <b>Unidad de Apoyo Clínico</b>	.....	<b>59</b>
• <b>Unidades Clínicas</b>	.....	<b>62</b>
<b>Resultados de Variables más Relevantes</b>	.....	<b>64</b>
• <b>Unidad Administrativa</b>	.....	<b>64</b>
• <b>Unidad de Apoyo Clínico</b>	.....	<b>70</b>
• <b>Unidades Clínicas</b>	.....	<b>81</b>
<b>Síntesis Diagnóstica</b>	.....	<b>87</b>
• <b>Desarrollo de Equipo</b>	.....	<b>87</b>
• <b>Liderazgo - Supervisión</b>	.....	<b>89</b>
• <b>Motivación Laboral</b>	.....	<b>91</b>

### **CAPÍTULO 5    PROPUESTA DE MODELO DE INCENTIVOS**

<b>Modelo Preliminar de Sistema de Incentivos</b>	.....	<b>94</b>
<b>Necesidades y Satisfactores</b>	.....	<b>98</b>
• <b>Unidad de Apoyo Clínico</b>	.....	<b>98</b>
• <b>Unidad Administrativa</b>	.....	<b>105</b>

**CAPÍTULO 6**

**CONCLUSIONES**

<b>Desafíos Organizacionales</b>	.....	<b>107</b>
<b>Un Sistema e Incentivos v/s Un Modelo de Sistema de Incentivo</b>	.....	<b>109</b>
<b>Gestión Orientada a la Crisis o al Desarrollo</b>	.....	<b>110</b>
<b>En Síntesis</b>	.....	<b>111</b>

<b><u>BIBLIOGRAFÍA</u></b>	.....	<b>112</b>
----------------------------	-------	------------

**ANEXO:    Presentación de Resultados Estadísticos**

## **INTRODUCCIÓN**

### **ANTECEDENTES GENERALES**

La política modernizadora del Estado, y más específicamente la del Sector Salud, ha permitido el desarrollo progresivo de un Plan de Trabajo orientado, en una primera etapa, a diagnosticar aquellas áreas críticas de la gestión (hospitalaria, ministerial, etc.), que necesitan de una actualización para optimizar sus resultados. La detección de las áreas críticas permitiría priorizar y concentrar los principales esfuerzos respecto de la optimización de la gestión.

En este sentido, una de las áreas críticas que se presenta como una fuente inagotable y prioritaria de análisis e implementación de iniciativas innovadoras, es el Recurso Humano. De hecho, los diagnósticos realizados en el sector, tienden a coincidir respecto a la enorme potencialidad percibida en este recurso.

Son muy amplios los aspectos en que una buena gestión de este recurso aportaría a un mejor funcionamiento. A modo general, podemos mencionar, por ejemplo, las estrategias de desarrollo del Recurso Humano, entre las que se identifican la carrera funcionaria, sistemas de evaluación del desempeño, capacitación, etc.. Asimismo, se pueden mencionar las estrategias de funcionamiento, que se relacionan con la actualización de herramientas de administración de personal, la necesidad de explicitar objetivos, funciones, etc..

Sin embargo, lo anterior es una división para ordenar y facilitar la comprensión del fenómeno, pero en la realidad cotidiana de los funcionarios, ambos aspectos son entendidos como necesidad con plena vigencia.

Es improbable, sin embargo, que las iniciativas emprendidas en el área de Recursos Humanos alcancen alguna repercusión real en el sector, si no cuentan con una adecuada visión del fenómeno por parte de los propios actores del sistema. Por lo tanto, es necesario realizar esfuerzos compartidos por dimensionar las distintas realidades de los Servicios de Salud, así como del

propio Ministerio, en cuanto a su rol regulador - normativo. De esta manera, se podrán crear condiciones para la generación de políticas claras de descentralización, participación, equidad, eficiencia y otras, las cuales facilitarán la asimilación de estas áreas críticas diagnosticadas de una manera integral y multidisciplinaria.

Según lo señalado en el Proyecto de Fortalecimiento de la Gestión en Recursos Humanos en los Servicios de Salud, del Ministerio de Salud para el año 1995 - 1996, "el modelo de gestión de los servicios públicos, con aún una fuerte herencia de modelos burocráticos y centrado en el cumplimiento de procedimientos, propios de las décadas pasadas, no dan cuenta de las nuevas exigencias que debe cubrir el Estado y no contribuyen a lograr las metas de la actual administración. Se hace necesario, entonces, un cambio del actual modelo de gestión por uno más eficiente y eficaz".

La declaración de la necesidad de un cambio en el modelo de gestión de los servicios públicos de salud, nos obliga a enfrentarnos a un proceso estratégico que, en términos políticos, se ha llamado "La Reforma del Sector Salud". La orientación básica de este proceso sería la satisfacción de las necesidades de los usuarios del sistema público y el establecimiento de claros indicadores de resultados de la gestión pública.

Para la instalación de este modelo de gestión, se requiere la incorporación de herramientas como la planificación estratégica, optimización del uso de la información, gestión de recursos humanos integral, transparencia, estructuras flexibles y descentralizadas al interior del aparato público.

En este marco se inserta este Proyecto de Tesis, el cual pretende contribuir, como fin último, a la elaboración de un modelo flexible e integrador de disciplinas que, hasta el momento, han estado ajenas a las concepciones de gestión en Recursos Humanos en el Ministerio de Salud, más específicamente en el Hospital Barros Luco - Trudeau del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

El Proyecto contempla la implementación de un Módulo de Trabajo en el Servicio de Salud Metropolitano Sur, referido fundamentalmente a la Psicología Laboral Organizacional. Esta implementación responde a las exigencias del Ministerio, las que permitieron la constitución de un Equipo conformado por dos Psicólogos de la Universidad Católica y el alumno tesista de sociología.

Este módulo contempla el desarrollo de un marco teórico centrado en el Microcomportamiento Organizacional, del cual se extraerán las variables que conformarán el modelo integrador. Dichas variables, por las características del estudio, se centrarán en la Motivación, Liderazgo, Desarrollo de Equipo y Clima Organizacional. El Diseño Práctico abarcará principalmente el tema de la Motivación Laboral como el concepto base a partir del cuál se elaborará un modelo de implementación.

La opción de trabajar con la variable Motivación responde en gran medida a que la mayoría de los cambios presupuestados apuntan a los ejes motivacionales del sistema, específicamente en los llamados Sistemas de Incentivos. El concepto de Motivación en el Trabajo es un constructo integrador, que permite diseñar, más que una intervención puntual, una estrategia que entrega la posibilidad de actuar en el corto y mediano plazo en unidades concretas de trabajo.

Tomar la Motivación como eje central de la intervención, conlleva abordar el desarrollo de las variables asociadas de Liderazgo y Desarrollo de Equipos de Trabajo, creando así un modelo que implique la relación y la evaluación simultánea de los tres ejes asociados, en cuanto constituyen fenómenos difícilmente separables en el ámbito laboral.

Basicamente este proyecto tendrá dos etapas secuenciales, la primera de ellas orientada a la búsqueda de información de carácter cuantitativo (encuesta) y cualitativos que permita una base desde donde desplegar ámbitos más específicos de investigación diagnóstica. Durante esta etapa se aplicarán diversas técnicas de recolección de información (encuestas, entrevistas, grupos focales, observación participante, etc.).

En una segunda etapa se sistematizarán y analizarán los resultados, de manera de elaborar un modelo integrador, que permita abordar la necesidad detectadas y los posibles satisfactores, a través de un sistema de incentivo para los trabajadores del sector salud.

Ambas etapas permitirán el conocimiento de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, desde el punto de vista de la motivación, así como de las principales características que la condicionan

## **PRESENTACION DEL PROBLEMA**

Existe un contexto bien delimitado donde se inserta el presente estudio. Puesto que la Modernización del Estado es uno de los contenidos esenciales del proyecto político actual, los procesos de cambio serán diseñados en función de los respectivos diagnósticos que orienten el proceso de cambio planificado al interior de las organizaciones públicas.

En la formulación del Proyecto de Fortalecimiento de la Gestión de Recursos Humanos en los Servicios de Salud, se establecen las principales características sobre las políticas y prácticas en la actual gestión del recurso humano, entre las que podemos nombrar:

- Sistema de remuneraciones por estamento, que no guarda relación entre la productividad de cada trabajador y el sueldo que recibe.
- Modelos y estilos de gestión del recurso humano propios de los modelos burocráticos del Estado benefactor y que actúan como freno de los procesos de reforma en marcha.
- Sistema de evaluación distorsionado por presiones sindicales y por deficiencias en los instrumentos y su aplicación, no relacionado con los ascensos y asignación de remuneraciones.

- Una capacitación poco planificada, lo que se resalta en el desencuentro entre los programas de capacitación y los objetivos institucionales. Además de encontrarse esfuerzos heterogéneos entre los diferentes niveles de trabajadores.
- Una escasa incorporación de elementos científicos en la administración de estos recursos.
- Procesos de administración del ciclo de vida laboral no planificados y con pocos elementos técnicos.
- Escasa capacitación de los equipos gerenciales en teoría organizacional moderna.
- Gestión y operación de los recursos centrada en los procedimientos y no en los resultados y orientación al usuario.

Como podemos darnos cuenta, el diagnóstico es desfavorable al momento de pensar en cuáles serían las alternativas de solución o de cambio en el modelo de gestión del recurso humano. De la misma manera, es posible identificar distintas alternativas de solución que pongan su énfasis en la atención o priorización de unos u otros de los problemas antes señalados.

La alternativa seleccionada, que se concreta en el proyecto antes mencionado, intenta resolver la capacitación de los directivos de recursos humanos en forma participativa. Se propone, a la vez, un proceso gradual de aplicación de la reforma, con participación activa de los niveles locales (Servicios de Salud), lo que permitirá minimizar los errores propios de la aplicación de un proceso de cambio de esta envergadura.

Lo anteriormente señalado podemos entenderlo como parte de un contexto estructural y político de los Servicios de Salud Pública al momento de generar esta tesis. Las definiciones contenidas en esta tesis corresponden a un estudio realizado en el marco de esta definición del problema actual de la gestión del

recurso humano, y su objetivo es, desde este punto de partida, proyectar soluciones al mismo.

## **LOS OBJETIVOS**

### **Propósito**

Generar un diagnóstico del Clima Organizacional existente en cuatro Unidades Funcionales del Hospital Barros Luco - Trudeau, específicamente en la áreas de Motivación Laboral, Desarrollo en Equipo y Liderazgo, que permita identificar un modelo de administración estratégica de Recursos Humanos.

### **Objetivos Generales:**

- Investigar las áreas de Motivación, Desarrollo en Equipo y Liderazgo, que posibiliten la definición e implementación de futuros Sistemas de Incentivos, que mejoren la productividad de cada unidad y aumenten la satisfacción y motivación de los trabajadores.
- Generar un modelo de desarrollo micro-organizacional en la áreas de Motivación, Liderazgo y Desarrollo de Equipo que sea reproducible en las diferentes Unidades de Trabajo del Hospital Barros Luco - Trudeau.

### **Objetivos Específicos**

- Diagnosticar en las Unidades de Trabajo seleccionadas, el estado de desarrollo de los equipos, los estilos de liderazgo existentes y los niveles de motivación de los trabajadores al interior de ellas.
- Diseñar alternativas de desarrollo micro-organizacional en las áreas de motivación, liderazgo y desarrollo de equipo, para las Unidades de Trabajo seleccionadas.

- Proponer la generación de alternativas y la implementación de acciones estratégicas en las unidades de trabajo en relación a generar y alcanzar incentivos para su desempeño, que aumenten la satisfacción y motivación de los equipos.
- Identificar satisfactores validados en el sistema que respondan a las necesidades establecidas participativamente.
- Analizar los incentivos que el sistema actualmente ofrece a las Unidades de Trabajo abordando su impacto y la percepción que de ellos tienen los trabajadores.
- Proponer un modelo preliminar de Sistema de Incentivos, de acuerdo a las motivaciones, necesidades y satisfactores considerando las posibilidades que otorga el Servicio.

## **PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS**

Se ha considerado que la elaboración de acabadas hipótesis a priori, puede llevar a adaptar la realidad estudiada al cumplimiento de ellas, y que esta tesis, dada las características de su generación, no puede orientarse exclusivamente a la determinación de la veracidad o falsedad formal de éstas, a través del método hipotético deductivo. Esta tesis es un trabajo de diagnóstico diseñado con el objeto de proponer mecanismos de intervención para ser llevados a la práctica.

Sin perjuicio de lo anterior, se mencionarán algunos supuestos fundamentales que pueden ayudar a encaminar este estudio y posterior propuesta.

De ese modo, los supuestos fundamentales serán:

- "La adecuada detección de satisfactores viables, facilitará la implementación de futuros sistemas de incentivos al interior del Hospital"

- "La existencia de una alta motivación intrínseca de los funcionarios de la salud, determinada por la naturaleza del trabajo que realizan, posibilitará el conocimiento de la relación entre necesidades y satisfactores".
- "La implementación de un sistema de incentivos, que responda a las necesidades de los trabajadores de la Salud, permitirán elevar la cantidad y calidad de los Servicios que las Unidades Funcionales de los Hospitales prestan, así como la satisfacción laboral de los trabajadores".
- "La generación de un adecuado desarrollo de equipos de trabajo y liderazgos efectivos al interior de las Unidades Hospitalarias, permitirá facilitar la coordinación, efectividad y la existencia de relaciones interpersonales positivas"

La presente tesis, en consecuencia, estará compuesta de seis capítulos. El primero de ellos, bajo el título de Marco Teórico, permitirá establecer los lineamientos conceptuales básicos en los temas del estudio teórico de las organizaciones y, específicamente, el tema de la motivación laboral.

En el segundo capítulo, dedicado a la metodología diagnóstica aplicada, se describirán con detalle los pasos y técnicas utilizadas para recabar información.

Dada la complejidad del estudio, se diseñó una estrategia de intervención, la que se explicará en el tercer capítulo. La presentación de los resultados se revisará en el capítulo cuarto, dejando la propuesta de un modelo de incentivos para el capítulo siguiente. Las conclusiones de este estudio se revisarán el capítulo seis. Finalmente, se incorporará un anexo que contenga los resultados estadísticos para cada una de las Unidades que participaron en esta intervención.

## CAPÍTULO 1

## MARCO TEÓRICO

### INTRODUCCIÓN

El presente capítulo ha sido confeccionado en base a dos trabajos complementarios. El primero de ellos es la transcripción o resumen de uno de los seminarios, realizado en el marco del Proyecto de Fortalecimiento de la Gestión de Recursos Humanos.

Este seminario tenía como tema principal a la Psicología Laboral Organizacional y su aporte a la comprensión de las organizaciones públicas de salud, siendo uno de los principales oradores, el Sr. Rogelio Díaz, Psicólogo Consultor Organizacional.

El segundo trabajo al que hacemos referencia, es una revisión bibliográfica centrada en los posibles enfoques técnicos que permitan comprender los fenómenos organizacionales en estudio.

Asimismo, es importante destacar los aportes obtenidos en un segundo seminario, de las mismas características del anterior, cuyo principal orador fue el Profesor Darío Rodríguez, Sociólogo, Consultor Organizacional de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Según Rodríguez, existirían dos vertientes que dan origen a la teoría propiamente organizacional. Una, la proveniente de la sociología, con orientación académica, y que estudia a la organización dentro de un contexto social holístico, en el que la organización es un aspecto importantísimo, pero parcial. Señala que esta vertiente se inicia con los estudios de Max Weber sobre los procesos de secularización y racionalización de la sociedad occidental, estableciendo en este proceso una tipología que facilita su comprensión a través de tipos de acción social (de acuerdo a fines, de acuerdo a valores, afectiva y tradicional).

La otra vertiente señalada por Rodríguez, es la orientada a encontrar formas nuevas y cada vez más eficientes de conseguir que las organizaciones logren sus objetivos. En esta se encontraría la escuela clásica de administración o de administración científica, a la que nos referiremos más adelante con mayor precisión.

A mi entender, tanto la Psicología Laboral Organizacional como la Sociología de las Organizaciones tienen en la actualidad una raíz común. Esto se ha establecido por las necesidad de complementar enfoques y de búsqueda de soluciones bajo el paradigma de la eficiencia moderna.

Sin embargo, existen definiciones teóricas que delimitan el objeto de estudio de la Psicología Laboral Organizacional. De ella se puede decir que es aquella disciplina que se interesa en el estudio de las organizaciones, como sistema total y su relación con los sujetos que las conforman, generando modelos explicativos y técnicas de intervención.

Esta disciplina ha permitido generar aportes en la optimización del diseño organizacional, mejora de las técnicas de administración, comprensión del funcionamiento organizacional, efectividad, calidad de vida laboral, comprensión del comportamiento humano, mejoras en el uso de los recursos, aumento de la satisfacción laboral, comprensión de la cultura y mejora del clima organizacional.

El objeto de estudio de la Psicología Laboral/Organizacional puede ser definido como todas aquellas organizaciones, en especial las de índole laboral, entendiendo por organización una unidad social coordinada de manera consciente, compuesta por dos o más personas, que funcionan con relativa constancia a efecto de alcanzar una meta o una serie de metas comunes.

Esta disciplina contempla una serie de perspectivas desde las cuales puede ser entendida una organización, de este modo incorpora la visión del Comportamiento Organizacional, la Administración de Recursos Humanos y Desarrollo Organizacional, entre otras.

En el presente documento nos centraremos en el estudio de las organizaciones desde la perspectiva del Comportamiento Organizacional, entendido como el *campo de estudio que investiga las repercusiones que los individuos, los grupos y la estructura producen en el comportamiento de las organizaciones*. Dadas las unidades de estudio de esta disciplina, podemos a su vez dividirla en Micro y Macro Comportamiento Organizacional. El Micro Comportamiento Organizacional comprende a los individuos en su relación con la organización, y a los grupos, con sus dinámicas internas y externas. Por otro lado, se distingue el Macro Comportamiento Organizacional, entendido como el estudio de la organización total y su relación con otras.

La opción tomada para la presente revisión ha sido profundizar en el nivel del Micro Comportamiento Organizacional, es decir, en los temas que dicen relación con los individuos y grupos en las organizaciones.

## **TEORÍA ORGANIZACIONAL**

A lo largo de la historia el estudio e intervención en organizaciones ha estado sustentado por distintos modelos teóricos que se han materializado en diferentes estilos de organización. Se distinguen tres momentos:

- 1- Teoría Clásica de la Organización
- 2- Teoría Neoclásica de las Organizaciones
- 3- Teoría Moderna de la Organización

El primer modelo intenta crear una organización semejante a una máquina, en que cada parte tiene una tarea específica a la cual debe abocarse por completo. Para la consecución de una máxima eficiencia y eficacia es necesario una clara delimitación de roles, tiempos y espacios de ejecución priorizando un claro control, estructura jerárquica y división de trabajo. Dentro de este paradigma se distinguen los modelos de Administración Científica de Taylor, cuya expresión la encontramos en la organización de la producción en serie. En el ámbito administrativo se destaca el aporte de Fayol, quien realiza una extensa delimitación de cuál es el rol ideal del

administrador, realizando un extensa lista de atribuciones y obligaciones que se resumen en planear, organizar, ordenar, coordinar y controlar. Finalmente se destaca en el plano de los servicios la organización burocrática, creada principalmente por Weber.

En esta teoría, el centro de interés está en lograr un sistema de reglas y leyes de comportamiento que harán posible el máximo de eficiencia del sistema organizacional.

Queda claro que esta teoría no pone su acento en la comprensión de los procesos sociales relacionados con la organización ni en el estudio comparado de éstas, ni en la relación organización - entorno, etc.

A partir de la Teoría Clásica de las Organizaciones se desarrolló una amplia gama de estudios e investigaciones bajo el paradigma de la racionalización de las condiciones de trabajo. En esta perspectiva, la organización es vista como un instrumento racionalmente planificado, en que los fines son hechos dados y no es posible discutirlos o cambiarlos. Las relaciones al interior de la organización debían ser adecuadas a la definición previa de medios y fines.

El segundo modelo, la Teoría Neoclásica de las Organizaciones, surge en la década del '50 aproximadamente, como respuesta a los efectos producidos por el modelo anterior. Este paradigma presta atención a las necesidades de los trabajadores y a las condiciones de trabajo, intentando responder a aspiraciones de democratización y humanización de las organizaciones, insistiendo en la dinámica de los grupos, enfatizando la importancia de la coordinación, participación y motivación. Se destacan en este enfoque las escuelas de Relaciones Humanas, el Grupo Garnerie y la escuela de Recursos Humanos.

A diferencia del modelo teórico anteriormente mencionado, éste es más académico que normativo, tratando de identificar las formas reales en que los fines son logrados al interior de una organización.

Los principales tópicos de investigación tienen que ver con identificar al interior de las organizaciones, las unidades funcionales fundamentales, ya sean estas finales, de procesos o de control. Para ello, se intentan formas de diseño organizacional en que, variando la conformación de éstas, se aumente la eficiencia total de la organización.

En síntesis, para esta perspectiva, existen, a los menos, dos ámbitos esenciales que se deben considerar; la división del trabajo en función de las tareas que se deben realizar y la división del trabajo basada en el poder, tanto en el sentido de la toma de decisiones como en la ejecución de las decisiones de los niveles superiores.

Por último, en los años más recientes se ha ido perfilando el modelo Moderno de la organización, que comprende al enfoque llamado sistémico, al contingente y al dinámico. El primero entiende a las organizaciones como un sistema de relaciones formado por otros subsistemas, cuyo éxito depende del grado de interacción con el contexto, ya sea otras organizaciones, medio ambiente, etc. Destacan la interdependencia de los factores y elementos que los componen. El enfoque de contingencias integra una serie de conceptos de teorías anteriores, entendiéndolos siempre dentro de una situación particular, es decir las características de la situación determinará la efectividad de la organización adoptada, sin rechazar a priori ningún modelo.

## **ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN ORGANIZACIONAL**

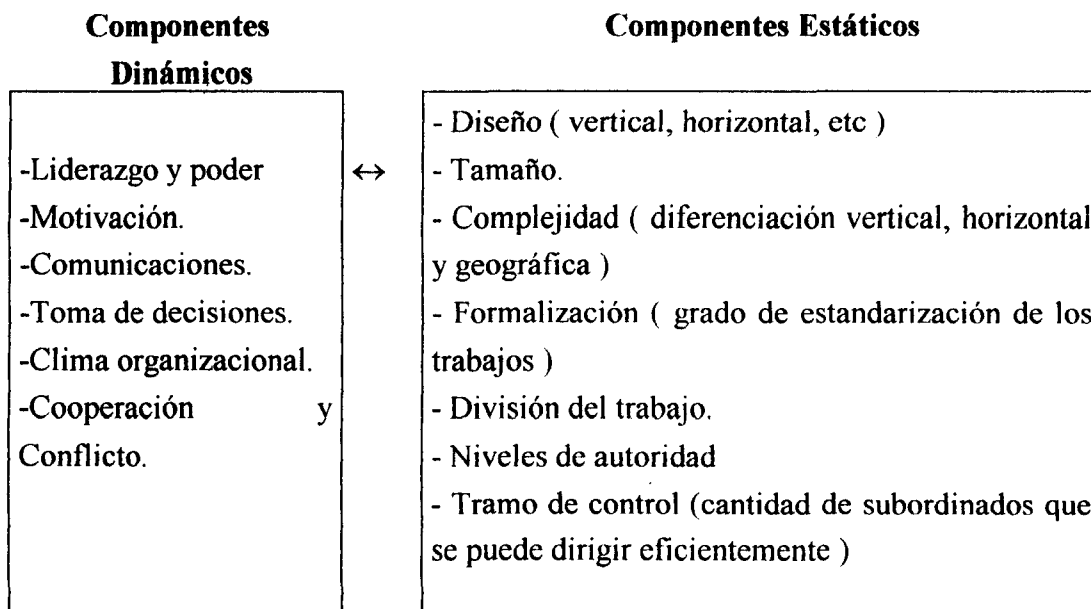
Estableciendo una similitud en el enfoque de la organización en cuanto a los modelos teóricos previa y someramente descritos, es posible identificar a lo menos dos aspectos generales que es posible reconocer en cualquier organización, a saber, los componentes dinámicos y estáticos.

Los aspectos dinámicos son procesos inherentes a la organización, y como bien lo dice su nombre, están en movimiento y son susceptibles de ser intencionados, conociendo su lógica interna de funcionamiento. La complejidad de estos procesos

está determinada por la naturaleza de sus variables y se dan tanto a nivel micro como macro organizacional.

Por su parte, los aspectos estáticos tienen que ver con las características de la estructura organizacional, por tanto se consideran aquí como esenciales, las normativas, las definiciones de funcionamiento interno, etc.. Como podemos darnos cuenta, las formas de intervención tendrán que ver con cambios legales -en el caso específico de las organizaciones públicas- o decisiones políticas.

En el siguiente cuadro se señalan estos componentes:



En consecuencia con la opción de centrarnos en el modelo micro organizacional, abordaremos aquellos temas que son relevantes para la implementación de intervenciones que permitan alcanzar un funcionamiento óptimo a nivel individual, interpersonal, grupal e intergrupal. El objetivo entonces está centrado en promover el desarrollo de habilidades y competencias individuales; relaciones interpersonales positivas; cohesión - clima abierto, etc.

## MOTIVACIÓN LABORAL

La motivación laboral es una de las causas que explicaría las diferencias de rendimiento de los miembros de una organización, sin perder de vista que las diferentes habilidades, aptitudes y conocimiento sean, también, factores diferenciadores.

La motivación laboral genera y moldea los comportamientos de los individuos. Es por tanto un factor central al momento de pensar en diseños organizacionales.

La motivación es producto de la interacción del individuo con su medio, razón por la cual ésta varía de sujeto en sujeto, como asimismo, varía en una misma persona según las situaciones a las que se enfrente.

Es posible, entonces, identificar una relación entre la necesidad, el esfuerzo y los objetivos que dan contenido a la motivación. Esta relación es también un proceso que se desencadena a partir de la necesidad no satisfecha, generando impulsos que dan paso a una conducta orientada a la satisfacción en la necesidad. es importante dejar claro que la satisfacción es en cierto grado transitoria. No existen personas enteramente satisfechas, ni -por el contrario- que carezcan absolutamente de motivación. El impulso para la acción puede ser externo (el ambiente) o interno (el mismo individuo).

Desde el punto de vista de las organizaciones modernas, en particular las organizaciones que prestan servicios, éstas requieren del esfuerzo de sus trabajadores para lograr las metas trazadas, por tanto se requiere que la organización sea capaz de satisfacer las necesidades de los trabajadores, para obtener el mejor desempeño, y que éste implique logros significativos para ellos.

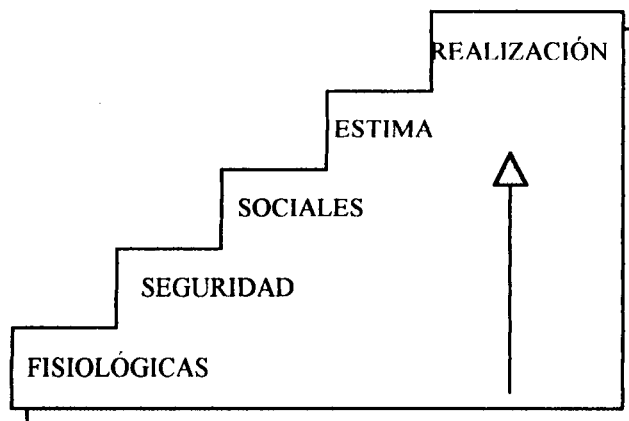
Dejando en claro la importancia de la motivación laboral, revisaremos dos de las muchas teorías que han aportado al conocimiento de ésta. Estas permitirán sostener las clasificaciones y opciones metodológicas posteriores, utilizadas en este diagnóstico.

Uno de los factores al que se le ha prestado especial atención como explicativo del comportamiento micro - organizacional ha sido y es la motivación. Este concepto puede ser definido de numerosas formas, pero en general el significado que se comparte es el de entenderlo como la voluntad de realizar un esfuerzo por alcanzar una meta. A esta definición debemos agregar el concepto necesidad, en cuanto es una condición interna que hace que ciertos resultados resulten atractivos. La no satisfacción de una necesidad empuja al individuo a actuar de una determinada forma, realizando un esfuerzo por alcanzar la meta que la satisfaga.

Durante la década del '50 se desarrollaron tres grandes teorías de la motivación que aún siguen vigentes, en el presente documento nos centraremos básicamente en dos de ellas.

### **Pirámide de las necesidades:**

Esta teoría fue formulada por Abraham Maslow, quien plantea que todo ser humano posee 5 necesidades, ordenadas de manera jerárquica:



- Fisiológicas, como hambre, sed, abrigo, sexo y otras necesidades físicas.
- Seguridad, que incluye seguridad y protección contra daños materiales y emocionales.

- Sociales o de afecto, que se refieren a la necesidad de sentimiento de pertenencia, aceptación y amistad.
- Estima, se refieren al respeto a sí mismo, autonomía y realización, y factores externos como posición reconocimiento y atención.
- Autorrealización, que incluye crecimiento, realización y el desarrollo de todo el potencial propio.

La teoría divide las necesidades en un orden inferior y superior. Dentro de la primera categoría se encuentran las necesidades fisiológicas y de seguridad. En la segunda se encuentran las necesidades sociales, de estima y autorrealización. La división se realiza bajo el criterio de que las necesidades de orden inferior se satisfacen de manera externa ( salarios, contratos, sindicatos, etc ), mientras que las de orden superior se satisfacen internamente . Por otro lado, la teoría supone que estas necesidades forman un continuo ascendente, de este modo al satisfacer una necesidad inferior, inmediatamente motiva al sujeto satisfacer la necesidad siguiente.

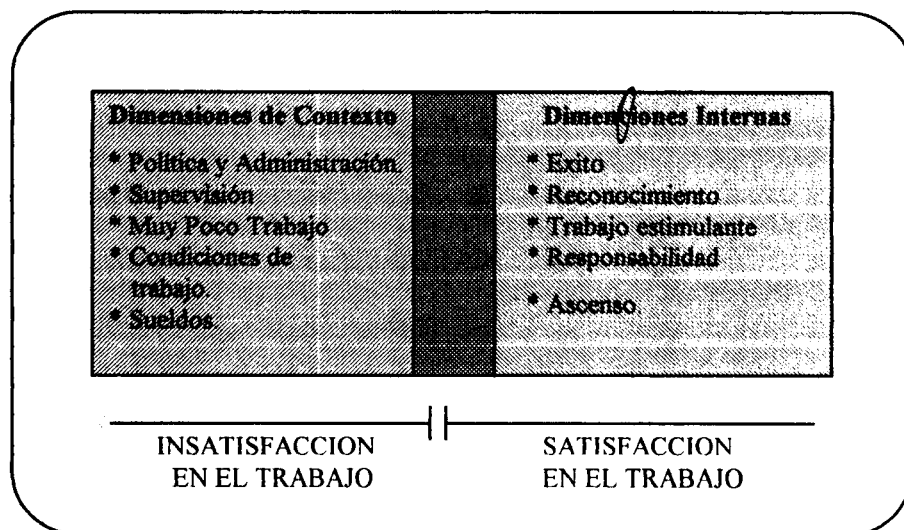
De este modo no se podría estar autorrealizado sino se han satisfecho las necesidades de seguridad, pues ésta, de orden inferior, aún interpela. Por último el autor plantea que existe una posibilidad de regresión a necesidades anteriores al nivel máximo alcanzado.

Sin embargo, la teoría de Maslow no logra explicar ciertos fenómenos que se dan en la práctica. Es el caso de aquellas personas que no han satisfecho las necesidades básicas fisiológicas pero que pueden estar ampliamente autodesarrolladas, como por ejemplo un profesor rural que sin tener condiciones básicas de vida puede autodefinirse como enormemente realizado con su trabajo. Es decir, al parecer las necesidades no necesariamente se organizarían en una secuencia ascendente de manera rígida. Ante esta constatación surgen teorías que intentan responder a la interrogante de cuál es la relación entre necesidad y motivación. Una de las más conocidas es la teoría de la Motivación - Higiene, de Herzberg.

## Teoría de la Motivación de Herzberg

Esta teoría fue planteada por Frederick Herzberg, quien plantea que existen dos relaciones paralelas o en dimensiones distintas, una entre los factores de satisfacción y otra entre los factores de insatisfacción. Es decir, para el psicólogo alemán no era lo mismo hablar de satisfacción que de insatisfacción. Plantea que existen características que guardan relación con la satisfacción en el trabajo, y que serían de orden interno como la realización, reconocimiento, el trabajo mismo, responsabilidad, progreso y desarrollo.

Por otra parte los factores que se relacionarían con la insatisfacción serían de tipo externo, como la política de la organización, administración, supervisión, relaciones interpersonales y condiciones laborales. Lo anterior implica la posibilidad de que una persona no satisfecha no sea lo mismo que una persona insatisfecha.



Herzberg sugiere que la primera dimensión sería la de *insatisfacción versus no insatisfacción* y la segunda sería *satisfacción versus no satisfacción o realización*. Los factores que guardan relación con la primera dimensión son los llamados *factores de higiene* y los que dicen relación con la otra dimensión son los factores de *motivación*.

Para Herzberg, el ser humano se encuentra entre dos impulsos. El primero de ellos es evitar el dolor, compartido con todos los animales. El otro impulso, que es puramente humano, es el de crecer psicológicamente.

En síntesis, cuando una persona trabaja en un lugar con una política óptima, con un buen salario, en un buen ambiente físico de trabajo, etc. se encuentra no insatisfecho, pero no necesariamente satisfecho. Del mismo modo un funcionario que trabaja en pésimas condiciones laborales, sin equipo de trabajo, con bajo sueldo, etc. va a encontrarse insatisfecho, pero se puede sentir realizado por su reconocimiento, labor de servicio, etc..

### **La Necesidad y los satisfactores**

En la teoría de la Economía a Escala Humana, desarrollada por el economista chileno Manfred Max - Neef, se establece una sustancial diferencia entre las necesidades y los satisfactores de éstas, puesto que un satisfactor puede contribuir a la satisfacción de diversas necesidades y -viceversa-, una necesidad, puede requerir de varios satisfactores. La relación entre necesidad y satisfactor está determinada por el tiempo, el lugar y las circunstancias.

Esta teoría se basa en la discusión de la veracidad de uno de los principios fundamentales de la economía neoliberal, cual es que las necesidades humanas son infinitas e inagotables. Por el contrario, la teoría de la Economía a Escala Humana sostiene que las necesidades son finitas, pocas y clasificables, ya que existen necesidades fundamentales, comunes en todas las culturas y en todos los períodos históricos.

Según Max - Neef, lo que estaría culturalmente determinado no son las necesidades, sino más bien los satisfactores, por ejemplo, internet, que es un satisfactor de la necesidad de comunicarse y que en otro momento histórico puede haber sido satisfecha a través de una carta, un periódico, un juglar, etc.

Como podemos darnos cuenta, las necesidades humanas son entendidas aquí en una doble distinción. Son por un lado una carencia (afecto, participación, etc.) y por otro lado un potencial (afecto, participación, etc.) y los satisfactores, no son bienes económicos disponibles, sino que pueden incluir formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales, condiciones subjetivas, valores y normas, etc..

La forma más común de expresión de las necesidades, es a través de los satisfactores. Normalmente se asocian a los satisfactores, una o varias necesidades. Por ejemplo, el satisfactor automóvil, asociado a la necesidad de movimiento, seguridad, ahorro de tiempo, etc.. La cultura chilena actual promueve este tipo de satisfactor, que asocia además a necesidades de estatus social, sin embargo, un buen sistema de movilización pública podría cubrir las necesidades inicialmente expuestas, dejando de lado la necesidad de poseer un automóvil en una ciudad tan congestionada como Santiago.

A modo de síntesis, podemos decir que las necesidades humanas fundamentales, son atributos esenciales relacionados con la evolución y no sólo son carencias, sino que también potencialidades individuales y colectivas. Por otra parte los satisfactores, son formas de ser, tener, hacer y estar, que se relacionan con las estructuras; también son de carácter individual y colectivo y permiten la actualización de las necesidades. Los bienes económicos, por su parte, son objetos y artefactos, que influyen en la eficiencia de un satisfactor.

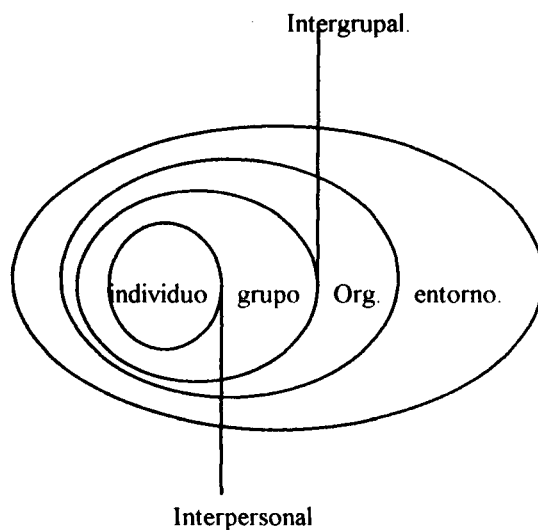
Esta teoría nos permite enfocar el estudio de las organizaciones públicas de salud, considerando adecuadamente la relación que existe entre las necesidades de los funcionarios y los satisfactores organizacionales disponibles, para responder con eficiencia al potencial que están dispuestos a entregar a través de su desempeño.

Otro elemento significativo que plantea esta teoría, es el equilibrio entre satisfactores espurios o suntuarios y satisfactores que permitan y favorezcan el desarrollo de habilidades y destrezas en un ambiente laboral tan exigente como las organizaciones hospitalarias. Es decir, nos plantea el desafío de identificar

satisfactores para necesidades individuales como satisfactores de carácter colectivo que potencien la eficiencia organizacional.

## EQUIPOS DE TRABAJO

Como ya se planteó, desde el enfoque Micro organizacional podemos entender el comportamiento de las organizaciones abordando como unidad de estudio al individuo y al grupo. En este apartado lo que nos interesa es el nivel de análisis de la interacción individuo grupo y entre grupos.



Para comenzar, es necesario distinguir qué entenderemos por grupo y por equipo de trabajo. Grupo es una clasificación general que se refiere a la unidad compuesta por dos o más personas que interactúan, son interdependientes y persiguen un objetivo común. Se distinguen los grupos informales y los formales. Los primeros no responden a necesidades de la organización, sino que surgen como respuesta a la necesidad de contacto social, como el grupo de amigos; de intereses, etc. Conformando una unidad natural. Por otro lado, los grupos formales son aquellos que se definen según la estructura de la organización. En esta categoría se distinguen los grupos de mando, formados por un supervisor y sus supervisados, y los equipos de trabajo. En conclusión, podemos decir que no todo grupo en una organización es un equipo de trabajo, y viceversa, ambos coexisten y pueden coincidir, pero cada uno presenta características particulares y en algunas condiciones antagónicas.

En el presente documento, nos focalizaremos en los equipos de trabajo, su ciclo evolutivo y posibles intervenciones.

Un equipo de trabajo, es un grupo de personas que interactúan para alcanzar un claro objetivo definido por la organización. Poseen una estructura que permiten explicar gran parte de la conducta de sus miembros y del grupo mismo. Las variables estructurales que definen al equipo son liderazgo formal, roles, normas, posición, tamaño y composición.

El *liderazgo* identifica en general el papel que desempeña un jefe de unidad, de proyecto, un director, supervisor, etc. Su importancia radica en que gran parte del éxito que alcance el grupo en su desempeño depende de su gestión, por otro lado no siempre el líder formal coincide con el informal, siendo ya este aspecto un foco importante de análisis para entender la disfuncionalidad de los equipos. En este punto profundizaremos en el apartado siguiente.

El *rol* se entiende como el conjunto de conductas esperadas de un sujeto que ocupa un determinado puesto, determina el papel que cada miembro desempeña en el actuar del grupo. Un sujeto puede tener variados roles, los cuales no necesariamente son compatibles, por ejemplo un médico que en su labor se le exige realizar transplantes de órganos, sin embargo su religión se lo impide. El concepto de rol incluye el realizar conductas coherentes con él, según como el sujeto perciba su rol y también las expectativas que los otros tengan de él. Cada una de estas características es una fuente de potenciales conflictos intrasujeto, como la incompatibilidad de las demandas de cada rol, e intersujetos, por ejemplo la posible contradicción entre la percepción individual del propio rol y las expectativas del resto del grupo, etc.

Las *normas* dicen relación con los estándares de conducta compartidos por el grupo. Estas pueden ser, por un lado formales y explícitas, como los manuales de procedimientos. Por otro lado, un gran porcentaje de las normas se establecen en la interacción de manera tácita e informal, por ejemplo el ritmo de trabajo. Ambos tipos de normas tienen por objetivo influir y controlar la conducta del sujeto, lo que implica un esfuerzo de adaptación al grupo.

Dentro de los grupos y entre ellos se conceden rangos o categorías sociales que dicen relación con su prestigio y valoración. El *estatus* puede ser explicitado en una organización a través de nombramientos, premios, lo que correspondería a un estatus formal, sin embargo también existe la asignación informal de éste, como ciertos privilegios tácitos que se basan en la experiencia, capacidad, educación, etc. En este punto encontramos otra fuente potencial de conflicto, que dice relación con la no coincidencia del estatus formal e informal, como el ascenso de algún miembro del grupo, que "goce" de la antipatía del resto del grupo.

Por último, y para no detenernos más, el tamaño del grupo tiene una alta injerencia en la efectividad y grado de conflicto del grupo. En cuanto a la composición, se ha prestado especial atención a la afinidad que exista entre los miembros del grupo, basado en características de compatibilidad, como personalidades, capacidad, perspectivas, que explican en gran porcentaje la formación de subgrupos dentro de los equipos. Es decir, nos dan cuenta de la cohesión grupal.

### **Desarrollo de un Grupo de Trabajo**

Según algunos modelos, se distinguen en la formación y desarrollo de equipos 5 etapas o estados en los cuales éstos pueden encontrarse: membresía, formación de subgrupos, confrontación, diferenciación y responsabilidad compartida. Estas etapas son ascendentes (expresan la madurez de un equipo), e implican distintas formas de comportarse en relación a una serie de temas o dominios propios al funcionamiento grupal, que en todo equipo se deben abordar. Estos dominios son: clima y relaciones interpersonales, comprensión y aceptación de la meta del equipo, atención y transmisión de información, toma de decisiones, reacción al liderazgo, y atención a la forma en que trabaja el grupo.

**Membresía:** por membresía comprenderemos la etapa de definición del grupo, en que los sujetos saben de la pertenencia a éste únicamente por la definición organizacional (es decir, sólo pertenecen formalmente al equipo). En esta etapa el

grupo se caracteriza por la ambigüedad de la meta u objetivo, lo que se traduce en un clima de cautela en que las relaciones interpersonales son de escasa expresión de sentimientos y bajo nivel de conflicto. Esta ambigüedad impulsa la transmisión intensa de información, pero con mucha distorsión y poca revelación. En estas condiciones las decisiones son tomadas por los miembros activos del grupo, poniéndose a prueba el liderazgo. Por último, en esta etapa el modo de trabajo aún no está definido y se pasa por alto.

**Formulación de subgrupos:** la formación de subgrupos implica un nivel mayor de desarrollo, y se refiere al momento en que el grupo de trabajo se divide en pequeños grupos de personas que se reúnen por afinidades personales o por tareas de equipo. El clima y las relaciones interpersonales se caracterizan por la crítica entre los subgrupos, por ejemplo, cuando fuera del horario de trabajo se discuten o comentan las diferentes formas de realizar el trabajo de los otros.

En esta etapa además los subgrupos poseen una aparente similitud de transmisión de información y entre los subgrupos aparece una falsa unanimidad. La comprensión de la meta u objetivo aún es escasa y vaga. En este contexto de fragmentación y pobre información, las decisiones se toman en puntos muertos, pasando por negligencias de las mismas, al líder, ante el cual sin embargo, existe una oposición disimulada. En síntesis, la hostilidad en el equipo no necesariamente es un fenómeno negativo, sino que expresa un etapa natural en el desarrollo de éste, representando una posibilidad de crecimiento.

**Confrontación:** es la etapa de desarrollo de equipo crucial, en que se intenta definir los espacios, tiempos, objetivos de trabajo, etc. Es el momento de explicitar las diferencias que se han ido perfilando en el desarrollo del grupo, expresadas en la existencia de hostilidad entre los subgrupos y que aparecen como conflictivas, en tanto se perciben por dos o más partes, como amenazantes. En cuanto a la comprensión y aceptación de las metas se buscan ventajas y se lucha por ellas, para ello se utiliza la estrategia de no traspasar información. En este contexto conflictual, las decisiones está dominada por los más fuertes y son de carácter categórico.

Entre los grupos existe un choque de fuerzas de liderazgo, por lo que cada subgrupo realiza maniobras para colocarse en esta posición, una de éstas es utilizar como arma la crítica a la forma de realizar el trabajo. Para resolver esta etapa se espera ocurra una negociación, que puede ser madura o inmadura, en cuanto busque un acuerdo para ambas partes o sólo se traduzca en explicitar sentimientos e ideas sin propuestas. Esta etapa es crucial para definir el futuro del grupo, en cuanto se redefine o cancela su existencia. El conflicto por lo tanto sería un elemento positivo para el desarrollo grupal, ya que permitiría el surgimiento de nuevas ideas que aúnen a sus miembros.

**Diferenciación:** es la etapa fruto de la confrontación, de la que ha surgido la redefinición de roles, límites, etc. Existe un clima de satisfacción, franqueza, confianza, dado que las diferencias han sido manifestadas. Se acepta mayoritariamente la meta negociada, transmitiendo responsablemente la información. Con ello se facilita que la toma de decisiones se base en la experiencia individual, y se realice entre el jefe y sus subordinados. El liderazgo se caracteriza por el apoyo general y las influencias diferenciadas. Esta etapa se distingue por una excesiva discusión de la forma de trabajo del grupo.

**Responsabilidad compartida:** por último el grupo ha alcanzado su grado ideal de desarrollo cuando aceptadas las diferencias se coordinan bajo el supuesto de contar con un grado considerable de confianza en las capacidades de sus miembros. Existe un clima de apoyo, franqueza con desacuerdos aceptados y un compromiso con la meta general. La transmisión de información es rápida y directa, facilitando la toma de decisiones por consenso o individualmente si se requiere de un experto que no necesariamente es el líder. Esto dado que pese al gran apoyo que recibe éste es posible disentir. Respecto de la manera de realizar el trabajo se discute sólo ocasionalmente.

Como conclusión a las etapas de desarrollo de equipos, podemos observar que en la realidad chilena existe una prevalencia de equipos de trabajo que se encuentran en la segunda etapa (subgrupos), evitando pasar a la etapa de confrontación. Se ha esgrimido que una de las variables que explicarían este fenómeno dice relación con una cultura que teme y evita el conflicto, por ser considerado nefasto para la

organización. Sin embargo, las últimas teorías plantean que el conflicto no sólo es inherente a un grupo, sino que es necesario, es el motor de la dinámica, un nivel funcional de conflicto asegura el dinamismo y desarrollo de un grupo, en cuanto en él se generan las nuevas estrategias, se confrontan distintos puntos de vista enriqueciendo el nivel de producción del equipo.

Por último, es necesario hacer notar que la producción de los equipos es cuantitativamente y cualitativamente distinta en cada etapa. Asimismo, es importante considerar que el desarrollo de un equipo puede no ser parejo en cuanto a los distintos dominios, como clima, relaciones interpersonales, comunicación, liderazgo, etc. Así, un equipo no necesariamente se encontrará homogéneamente en una sola etapa, sino que puede estar más maduro en ciertos aspectos que en otros. Este aspecto es central para realizar un análisis diagnóstico de las necesidades de desarrollo de un equipo.

### **Técnicas de Desarrollo de los Equipos de Trabajo**

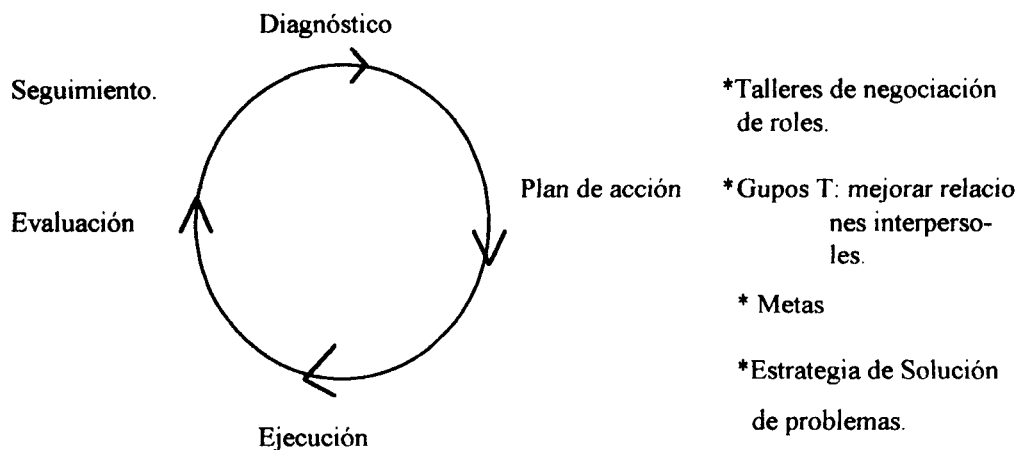
Dentro de la gama de actividades y para el desarrollo de equipo se encuentran técnicas que van desde lo más inestructurado como las técnicas de Relaciones Humanas (grupos de encuentro), hasta las más estructuradas, con ejercicios muy definidos que simulan situaciones cotidianas de trabajo en equipo.

Dentro de estas últimas tendencias, una de las técnicas de mayor éxito en las intervenciones de desarrollo organizacional es la llamada *Técnica de Desarrollo de Equipo*, esta es una técnica orientada a administrar condiciones de trabajo deficientes o insuficientes, a partir de un diagnóstico de las fortalezas y debilidades de un grupo o de una unidad de trabajo. A este análisis puede agregársele la identificación de las amenazas y oportunidades que el propio ambiente entrega a cada equipo.

El diagnóstico, supera la lógica estática de la recolección de información para sintetizarla en un "estado del arte", pues se pretende realizar un co-diagnóstico o diagnóstico - acción, es decir en la medida en que el consultor y el equipo van conjuntamente descubriendo fortalezas y debilidades, se va produciendo un cambio

en la percepción que el equipo tiene de sí mismo y de sus posibilidades de mejorar su trabajo.

Esta técnica, generalmente se materializa en una jornada de dos o tres días en un lugar fuera del ámbito del trabajo, en que los miembros del equipo se centren exclusivamente en una tarea de pensarse a sí mismos. Esquemáticamente el programa se resume de la siguiente manera:



## EL LIDERAZGO

En este apartado nos introduciremos en el concepto de líder, aspecto central en el éxito del desempeño de los equipos de trabajo y de la organización en general.

Por liderazgo entenderemos a la "influencia interpersonal ejercida en una situación y dirigida a través del proceso de comunicación hacia la obtención de metas"(R. Tannenbaum, I. Wechsler, F. Masark.). Esta influencia puede ser formal o informal, como ya ha quedado esbozado en los apartados anteriores, es decir, puede existir una influencia avalada en la posición jerárquica del sujeto identificado como líder formal ( supervisores, jefes, etc ). Sin embargo, no todos los que ocupan posiciones de dirección son líderes, y a la vez pueden existir líderes informales, que son aquellos reconocidos espontáneamente por un grupo.

Para entender el fenómeno de liderazgo se han formulado una serie de teorías, distinguiéndose los siguientes momentos:

**1- Teoría de los rasgos:** corresponden al grupo de primeras teorías que intentaron abordar el liderazgo, explicándolo como un conjunto de características de personalidad reunidas en un sujeto, siendo éstas de carácter innato. Las teorías de los rasgos al poco tiempo se desecharon porque en su afán explicativo no lograron generar un modelo simple y único acerca del liderazgo.

**2- Teorías de la conducta:** plantean que los líderes se distinguen por el tipo de conductas las que son posibles de aprender, siendo este aspecto su aporte con respecto a la teoría anterior.

Los estudios realizados desde esta perspectiva concluyen que existen básicamente dos tipos de líderes, unos orientados a la tarea, es decir aquellos que tienden a estructurar las situaciones, asignando labores, preocupados por el cumplimiento de las metas, estándares de producción, etc. Y por otro lado, encontramos a los orientados a las personas o relaciones interpersonales, que enfatizan la confianza, interés y respeto a los subordinados.

**3- Teorías contingentes:** este enfoque (posterior a los anteriores) engloba una serie de teorías que adoptan los aportes de los pensamientos anteriores y los complejizan con la incorporación de variables contextuales, concluyendo que la efectividad del líder dependerá de la situación en la que se encuentre, es decir, de las características de los subordinados, del grado de poder con el cual cuenta el líder y el nivel de estructuración de la actividad. La teoría que se utilizará para los efectos del documento se enmarca en esta corriente. Esta es la teoría situacional de Hersey y Blanchard.

### **Teoría Situacional de Hersey y Blanchard.**

Esta teoría gira en torno a la madurez de los seguidores, postulando que existiría un estilo de liderazgo adecuado para diferentes grados de madurez. Madurez

es entendida como la capacidad y la voluntad de las personas y los equipos para asumir la responsabilidad de guiar su propia conducta.

Se distinguen la madurez de tarea, como aquella que se refiere al nivel de conocimientos, habilidades y competencias necesarias para realizar una tarea sin supervisión, y la madurez psicológica, que dice relación con la motivación, compromiso y persistencia, en este sentido una persona con gran madurez psicológica no requiere de gran aliento exterior, siendo su motivación principalmente de carácter interior.

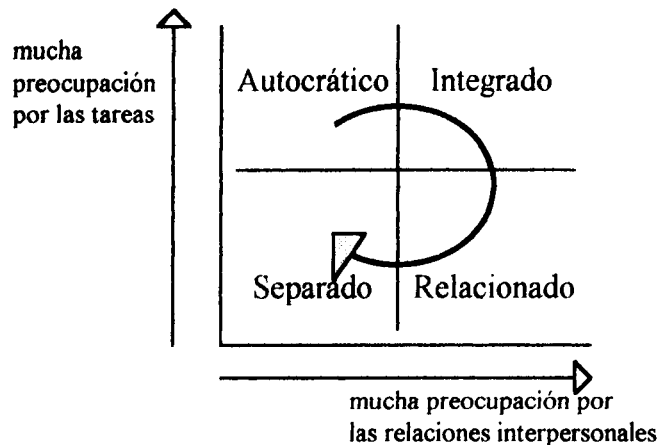
Los autores combinan estas características con las dimensiones de orientación a la tarea y relaciones interpersonales, definiendo cuatro estilos de liderazgo adecuados para determinados contextos:

***Estilo autocrático:*** este estilo se orienta básicamente a la tarea, y muy poco a las relaciones. Define roles, determina el qué, cómo, cuándo y dónde realizar las actividades. Este estilo sería adecuado en situaciones de baja estructuración, y en las que las personas no pueden (madurez de tarea) o no quieren (madurez psicológica) asumir la responsabilidad para hacer algo, no son competentes o no tienen confianza.

***Estilo integrado:*** este estilo se caracteriza por la persuasión. Se orienta bastante a la tarea y a las relaciones, dirige y da apoyo. Este líder es efectivo en un contexto en que las personas sí quieren realizar las actividades pero no pueden. Están motivadas, pero carecen de las competencias necesarias.

***Estilo relacionado:*** la principal actividad del líder es la participación, con un énfasis en las relaciones interpersonales. El líder y el seguidor toman en conjunto las decisiones, siendo el rol del líder el de facilitar y comunicar. Los seguidores del contexto en el que este estilo es efectivo, se caracterizan por poder realizar las tareas, pero no están motivados para ello. No desean hacer lo que el líder dispone.

**Estilo separado:** este líder se caracteriza por delegar, proporciona poco apoyo y dirección, es decir se orienta poco a la tarea y a las relaciones. El tipo de seguidores adecuados son aquellos que poseen madurez de la tarea y psicológica, en tanto pueden y quieren realizar lo que se les pide.



Un líder efectivo será aquel que tenga una buena percepción situacional, es decir que realice un adecuado diagnóstico de las necesidades del contexto, considerando las características de la tarea y de los seguidores, y que tenga la flexibilidad de adaptarse a esos requerimientos. Sin embargo, dado que diferentes estilos de liderazgo son adecuados a distintos contextos, es posible pensar que no necesariamente una persona sea capaz de responder a todas las situaciones, sino que pudieran existir diferentes líderes para cada contexto.

## DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN EN CLIMA ORGANIZACIONAL

El clima organizacional es un concepto que surge casi paralelamente al Desarrollo Organizacional. Este concepto intenta ampliar la perspectiva de análisis de las organizaciones, integrando al ambiente desde la perspectiva sistémica, complejizando el ámbito de análisis. Dado lo anterior, el concepto de clima remite a una serie de aspectos, sin referirse a algún proceso en particular.

Pese a que surge como respuesta a la necesidad de incorporar al ambiente en el análisis organizacional, generalmente es entendido como aspectos del ambiente interno. Para acceder a ellos se recurre a las percepciones que los miembros de la organización tienen respecto de las :

Condiciones de trabajo, Identidad, Ambiente interpersonal, Responsabilidad, Estabilidad Laboral, Presión de Trabajo, Desarrollo, Remuneraciones, Claridad Organizacional, Conocimiento y Aplicación de Normas y Sanciones, Toma de Decisiones, Imagen de la Administración, Comunicación Organización, Reconocimiento, Resolución de Conflictos, Adecuación al Puesto de Trabajo, Visión de la Supervisión, Trato, Imagen de la Empresa, Trabajo en Equipos Inter - áreas y Satisfacción General

En síntesis, el clima puede ser entendido como el conjunto de percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, ambiente físico, relaciones interpersonales y regulaciones formales, que afectan dicho trabajo. Las percepciones tiene un carácter valórico, en cuanto los miembros de la organización evalúan su experiencia en ella.

El clima organizacional se mantiene relativamente estable, aunque es posible introducir cambios a través de decisiones que perturben considerablemente a la organización. Ahora, la importancia de considerar al clima como un ámbito de posible intervención tiene relación con su capacidad de influir en los miembros, en su nivel de participación, identificación y compromiso.

Dado que en el clima influyen los comportamientos de sus miembros y las variables estructurales, es importante considerar estos focos para la introducción de posibles cambios, siendo necesario intervenir en más de una variable, para que dichos cambios sean duraderos.

### **Metodologías Diagnósticas**

El clima organizacional, al entenderse como percepciones de las personas de la organización acerca de ésta, puede (y debe) abordarse desde distintos tipos de metodologías. Asimismo, puede deducirse a partir de ciertos indicadores organizacionales, como los índices de ausentismo y rotación.

Comúnmente se realiza un primer tipo de aproximación a estas percepciones de carácter exploratorio, de tipo cualitativo, en donde se detectan aspectos importantes propios de cada organización, útiles para hacerse un esquema global acerca del clima de ésta. Se utilizan acá métodos de recolección de información tales como entrevistas en profundidad, entrevistas grupales, grupos de discusión, etc.

Luego, se utilizan metodologías de tipo cuantitativo (cuestionarios, encuestas, etc.) en que se recogen las percepciones de un amplio espectro, o de la totalidad de los miembros de la organización. Existen una serie de cuestionarios que abordan el clima desde distintas dimensiones, utilizando para ello preguntas cerradas, ya sea respecto de la situación actual como de la ideal, lo que permite establecer la distancia entre el presente y lo deseado. Escalas estandarizadas para dicho propósito son las de Likert y de Litwin y Stringer.

### **SÍNTESIS FINAL**

El Micro Comportamiento organizacional, objeto de análisis del presente documento, presenta interesantes aportes para el desarrollo de las organizaciones, en este caso, para el desarrollo de las organizaciones de Salud.

Aplicar los conceptos acá revisados en las organizaciones de Salud se abre como un interesante espacio de crecimiento para las personas que trabajan en el sector, para sus relaciones interpersonales, y para los distintos grupos que se organizan para brindar la atención en Salud a la población.

Aspectos como la motivación se hacen en especial relevantes en nuestra realidad, sobre todo al analizar los componentes intrínsecos y extrínsecos de la satisfacción laboral de los trabajadores de la salud.

Por otra parte, se hace altamente atractiva la posibilidad de desarrollar más aún los equipos de trabajo en salud, para lo cual los planteamientos acerca de etapas de desarrollo de éstas, o de procesos necesarios para su crecimiento se torna esencial.

El liderazgo, según muchos de los actores implicados en este proceso, sería una de las principales palancas de desarrollo para nuestras organizaciones. La generación y promoción de líderes situacionales, que puedan desarrollar un amplio repertorio de conductas y actitudes para enfrentar las diferentes situaciones que en el trabajo en Salud surgen, se alza como un instrumento esencial, imprescindible para cualquier proceso de modernización del sector.

Finalmente, ninguno de estos aspectos puede enfrentarse de manera aislada, y el concepto de clima organizacional nos abre una enorme puerta para hacer sintonizar diversos aspectos implicados en la situación laboral de los trabajadores del sector Salud. Cabe recordar que el clima no sólo es una imprescindible herramienta diagnóstica que encuadra cualquier tipo de acercamiento a las organizaciones, sino que en sí es una útil metodología y sistema de intervención.

Todos estos aspectos, unidos a variables propias del Macro Comportamiento Organizacional (a revisar en futuros módulos de trabajo), progresivamente nos acercarán a la realidad de nuestras organizaciones, y nos permitirán crear caminos viables y sustentables de desarrollo y modernización.

## CAPÍTULO 2

## METODOLOGÍA

### PRESENTACIÓN

La propuesta de intervención en Motivación Laboral, Liderazgo y Desarrollo de Equipo diseñada por el SSMS, tiene como propósito facilitar el diseño e implementación de un nuevo Sistema de Incentivos, que incida positivamente en el nivel de productividad de las Unidades comprometidas y en la satisfacción de los funcionarios que en ellas laboran. En este contexto, la realización de un diagnóstico tiene objetivos bien delimitados. Por una parte, nos interesa conocer el estado de la motivación laboral, la que entendemos como una relación entre las necesidades y sus satisfactores en el ámbito laboral. Por otro lado, interesa identificar los estilos de liderazgo existentes en la Unidades de Trabajo, ya que estos son esenciales para la articulación de cualquier proceso de cambio organizacional. De la misma manera, el establecer el nivel de desarrollo de los equipos de trabajo al interior de las Unidades funcionales del Hospital, nos permitirá establecer estrategias de intervención que hagan viable la instalación de un sistema de incentivos.

Dado los múltiples requerimientos que se asocian al diagnóstico organizacional, hemos optado por la generación de un proceso de diagnóstico, que permita articular diferentes modelos y metodologías de búsqueda y análisis de información.

La primera etapa en implementarse se inició en diciembre de 1995, y contempló el diagnóstico de necesidades y satisfactores en el trabajo, así como un diagnóstico e implementación de iniciativas en los temas de Liderazgo y Trabajo en Equipo. La intervención fue diseñada para el Hospital Barros Luco - Trudeau y al interior de éste, en cuatro unidades funcionales de trabajo, las que se seleccionaron en función de su posicionamiento organizacional, vale decir, una Unidad de Apoyo Clínico; una Unidad Administrativa y dos Unidades Clínicas.

El proceso desarrollado ha tenido por objetivo establecer una relación de confianza y cooperación entre los miembros de las Unidades y los miembros del Equipo Facilitador. Del mismo modo, se ha buscado dar a conocer la metodología de trabajo y aproximarse participativamente a la realidad de cada Unidad.

## DISEÑO DEL DIAGNOSTICO

Para la realización del diagnóstico se utilizaron los enfoques cualitativo y cuantitativo. En el ámbito cualitativo se utilizaron técnicas participativas como entrevistas, "focus group" y ejercicios de conocimiento, y en cuanto al enfoque cuantitativo se diseñó un instrumento de percepción de clima organizacional.

### Diseño Cuantitativo

#### Instrumento

El instrumento diagnóstico consistió en una encuesta de percepción de Clima Organizacional, la que fue adaptada a la realidad de los Servicios de Salud, de tal modo que abordara aquellos temas relevantes y distintivos del Sector.

El instrumento consta de 92 afirmaciones divididas por temas, ante las cuales el sujeto que contesta debe optar entre cinco categorías de respuesta que reflejen el grado de acuerdo o desacuerdo ante cada una de las afirmaciones. Se adjuntan 9 ítems de datos demográficos que faciliten la caracterización de la población o muestra (edad, sexo, estado civil, etc).

Las afirmaciones se elaboraron en función de 20 dimensiones descriptivas del Clima Laboral. Las "dimensiones" son las siguientes:

- ✓ 1. **Estructura:** Percepción respecto a las relaciones formales que definen los procesos organizacionales, y el grado en que facilitan u obstaculizan el desempeño y alcance de objetivos.
- ✓ 2. **Autonomía y Responsabilidad:** Percepción respecto a las oportunidades de innovación y libertad de acción en el desempeño laboral.
3. **Planeamiento y Efectividad:** Percepción referida a si las acciones y cambios que se realizan en el Hospital son bien planificados e implementados, asegurándose su efectividad y los recursos necesarios para su ejecución.

- ✓ 4. **Comunicación y Coordinación:** Es la percepción de la existencia y uso de vías de comunicación formales expeditas, tanto ascendente, como descendente y radiales.
- ✓ 5. **Evaluación y Retroalimentación:** Percepción respecto a los criterios utilizados para medir el desempeño laboral.
- ✓ 6. **Conflicto:** Es la percepción del grado en que se aceptan las opiniones discrepantes y se solucionan los conflictos con agilidad y prontitud.
- ✓ 7. **Relaciones Laborales:** Opinión acerca de las relaciones entre los trabajadores y directivos del Hospital, y del interés de estos últimos en mejorarlas.
- ✓ 8. **Confianza:** Es la percepción respecto a la organización como un ambiente protegido, en el que existe respeto e interés por sus miembros.
9. **Identidad:** Importancia atribuida por cada persona al hecho de pertenecer al Hospital Barros Luco Trudeau, y al Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- ✓ 10. **Cambio:** Percepción de la posibilidad que al interior del Hospital ocurran cambios y, específicamente, aumento en las remuneraciones.
- ✓ 11. **Percepción de los Directivos:** Nivel general de satisfacción con los directivos del Hospital y del Servicio Sur, y percepción de su confiabilidad, transparencia, e interés por mejorar el funcionamiento del mismo.
12. **Condiciones de Trabajo:** Percepción acerca de la calidad de las condiciones ambientales físicas de trabajo y de los medios disponibles para realizarlo.
13. **Carga de Trabajo:** Percepción y satisfacción con la cantidad de trabajo que desempeña cada entrevistado.
- ✓ 14. **Recompensas y Beneficios:** Percepción de las retribuciones que el Hospital entrega a sus trabajadores, ya sea de los beneficios otorgados, como de la preocupación por recompensar (económica o no - económicamente) el buen desempeño.

15. **Remuneraciones:** Satisfacción con la remuneración recibida, relevancia otorgada a este aspecto, y percepción de equiparidad en la distribución de las remuneraciones al interior del Hospital.
16. **Estabilidad:** Es la percepción del grado de seguridad de permanecer en la organización.
17. **Desarrollo de Carrera:** Es la percepción acerca de la existencia de un proceso de entrenamiento y capacitación que permita ascender y mejorar en la calificación laboral.
18. **Realización Personal:** Percepción respecto al grado en que las características del trabajo facilitan el alcance de objetivos de desarrollo individuales.
19. **Liderazgo:** Capacidad de los jefes para administrar, organizar y orientar el trabajo de sus dirigidos. De la misma manera, se considerará, también, la preocupación por los funcionarios, traducida en el fomento de buenas relaciones entre ellos.
20. **Desarrollo en Equipo:** Es la percepción de la existencia de un ambiente de cooperación y colaboración entre las distintas unidades o áreas y a la orientación hacia un objetivo único.

### **Aplicación del Instrumento**

Dado el carácter de diagnóstico, fue necesario realizar una aplicación del instrumento en condiciones similares para las cuatro Unidades, administrándose simultáneamente, y entregando sólo información general respecto a los propósitos del instrumento.

### **Análisis**

Dado que el diagnóstico es parte de un proceso amplio de intervención, y éste en su aspecto cuantitativo es una parte inicial, hemos optado por generar un análisis descriptivo. Este nos permitirá obtener una visión general acerca del

estado de las dimensiones estudiadas, para luego, con estos resultados, facilitar un desarrollo del estudio en profundidad, pero ya desde una perspectiva cualitativa.

En consecuencia, los estadígrafos utilizados en esta parte del estudio, son las frecuencias, porcentajes y desviación estándar. Este proceso se llevó a cabo utilizando el programa estadístico SSPS para Windows 5.6.5. y los resultados específicos para cada una de las Unidades, se presentan en el Anexo de esta tesis.

## **DISEÑO CUALITATIVO**

La Motivación, el Liderazgo y el Desarrollo de Equipo son ámbitos del funcionamiento de una Unidad de Trabajo que no están claramente accequibles para un observador. Es decir, es imposible recibir un relato claro y coherente de una persona referido a cómo es su Motivación o el estilo de Liderazgo existente en su Unidad, sino, más bien, esto se expresa a través de una serie de situaciones, como sus conductas recurrentes, sus momentos críticos durante el trabajo, sus quejas y reconocimientos, etc. Ahí surge la importancia de un observador externo, que ayude a sistematizar estos fenómenos, y luego pueda -en forma conjunta- elaborar un "esquema" acerca de lo sucedido.

En este sentido, se ha buscado establecer distintas técnicas de recolección y análisis de la información, que permitan el acercamiento a los fenómenos motivacionales, de Liderazgo y Desarrollo de Equipo, entre los cuales podemos mencionar:

**Observación Participante:** Consiste en permanecer y observar las conductas habituales en el lugar de trabajo de cada una de las Unidades participantes, de manera de familiarizarse con la realidad laboral existente, captando aquellas sutilezas en el comportamiento que expresen el estado de las variables analizadas.

**Entrevistas Semiestructuradas con los Jefes de las Unidades:** Se refieren a conversaciones dirigidas por una pauta general y flexible de temas, de modo de captar los elementos esenciales del funcionamiento de las Unidades a los cuales queremos acceder.

**Entrevistas Estructuradas:** Se refieren a conversaciones con ciertos personajes claves de las Unidades de Trabajo, que si bien no tienen una pauta concreta de entrevista, dan pie para acceder de manera natural a aspectos de análisis importantes para el presente proyecto.

**Conversación Dirigida (Estructurada):** Es un ejercicio de conversación estructurada entre miembros de las Unidades, a través del cual se lleva a las personas a abordar elementos importantes, de modo que facilitar la toma de conciencia de las motivaciones propias y de sus compañeros, referidas a su comportamiento en el trabajo.

**Entrevistas Grupales:** También llamadas Focus Groups, son conversaciones grupales centradas en un tema específico, el cual se analiza detenidamente, intentando descubrir la totalidad de las percepciones existentes entre los participantes. Un ejemplo de esto, es la discusión realizada por sub-Equipos de trabajo en cuanto a los puntos claves de satisfacción e insatisfacción laboral. Es importante destacar que en estas sesiones se realizó la devolución de los resultados de la encuesta.

**Discusión por Estamentos:** Es un ejercicio grupal que busca poner en común las percepciones de los miembros de algún sub-equipo en relación a sus propias características, en base al análisis de la supuesta percepción que otros miembros de la organización tienen sobre ellas.

Una vez diseñada las actividades de recolección de información, es importante programar vías de registro que puedan dar cuenta de la mayor y más variada gama de información. Para esto, se han ocupado los siguientes registros que dan base al análisis de datos:

- Pauta de registro por sesión
- Papelógrafos y documentos elaborados durante la sesión de trabajo
- Bitácora de comentarios de cada facilitador
- Cassettes de registro de sesiones específicas

Esta metodología permitió sistematizar información útil para el análisis en los temas de Motivación, Liderazgo y Trabajo en Equipo. El proceso de análisis se desarrolló como una progresiva categorización de la información inicialmente existente, que dio lugar a los resultados que se presentarán en el capítulo cuarto.

## **CAPÍTULO 3 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

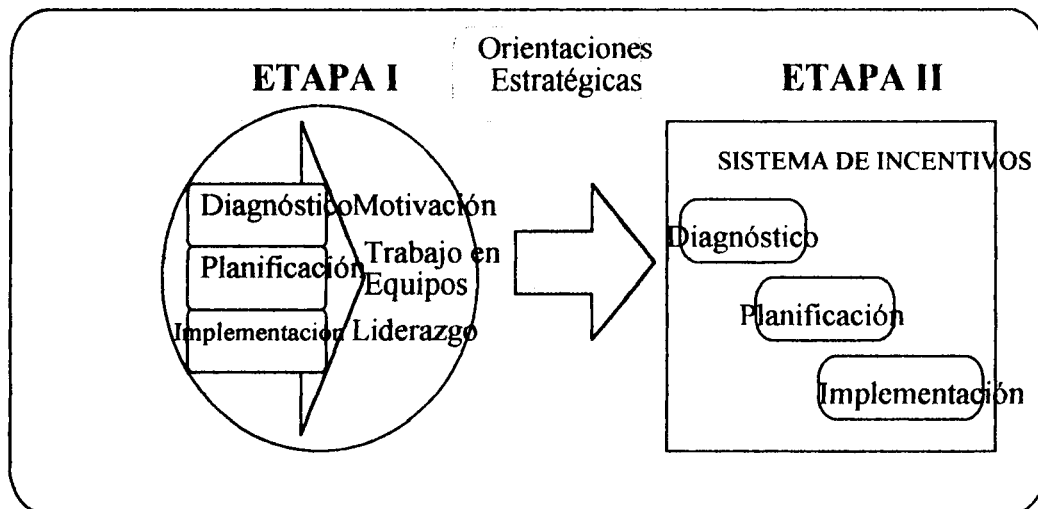
### **FOCALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

El presente proyecto considerará como objeto de intervención, a las Unidades naturales de trabajo existentes en cada Servicio, las que serán entendidas como Equipos de Trabajo. Se considerarán los siguientes criterios para seleccionar las Unidades de Trabajo de esta intervención:

- Unidades de Trabajo perteneciente a Hospitales de alta complejidad.
- En el Hospital se escogerán a lo menos tres tipos de Unidades de Trabajo, que representen los distintos ámbitos de la organización hospitalaria. A saber; dos Unidades Clínicas, una Unidad Administrativa y una Unidad de Apoyo Clínico.

Dentro de cada Unidad se considerará relevante la información y el comportamiento de cada estamento que la componen (médicos, profesionales no-médicos, técnicos para-médicos, auxiliares y administrativos). Esta diferenciación es relevante para realizar diagnósticos e intervenciones que respondan a las situaciones particulares de cada uno de ellos. Esto permitirá crear una plataforma de generalizaciones para reproducir cualquier estrategia diseñada, al ponderar la influencia que cada estamento tiene dentro de cada Unidad.

## MODELO DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN MICRO -ORGANIZACIONAL



Como se puede observar en el dibujo, el proceso se orienta hacia la consecución e implementación de un futuro Sistema de Incentivos para las Unidades de Trabajo. Esto, basándose en un proceso previo (Etapa I) en que se trabajará por desarrollar las áreas de la motivación, el trabajo en equipo y el liderazgo. Las orientaciones estratégicas guiarán todo el proceso de intervención, y por tanto se mantienen en ambas Etapas del modelo. A continuación se revisarán en detalle cada una de las dos Etapas del proceso.

### Primera Etapa

La Etapa I consta de tres momentos específicos, el diagnóstico, la planificación y la implementación de acciones de desarrollo. Estos tres procesos buscan conocer el estado de cada una de las dimensiones abordadas (motivación, trabajo en equipo, liderazgo) en cada Unidad de Trabajo, e implementar acciones para desarrollarlos, en función de un futuro cambio en el Sistema de Incentivos para el trabajo de la Unidad. Esta Etapa tendrá una característica esencial, que se refiere al nivel de participación de los miembros de cada Unidad de Trabajo en la realización de cada uno de las actividades -diagnóstico, planificación e implementación-.

Se espera que el propio Equipo (con apoyo del Equipo de Intervención) sea capaz de definir la situación en que está, así como las principales

orientaciones acerca de nuevas acciones y comportamientos a desarrollar. El Equipo de Intervención jugará un papel de apoyo, orientación y cuestionamiento, facilitando así el proceso de diagnóstico y desarrollo del grupo. Además, se implementarán instrumentos de diagnóstico de clima micro-organizacional referidos específicamente a las tres dimensiones en las que se centra el proceso (motivación, desarrollo de equipo, liderazgo).

La implementación de acciones en esta Etapa se realizará en base al diagnóstico, y estará orientada a que cada Unidad de Trabajo alcance mayores niveles de desarrollo de equipo (ver Marco Teórico). En este modelo, se consideran distintas dimensiones en el desarrollo de un equipo (relaciones interpersonales, comprensión de la meta del equipo, atención y transmisión de la información, toma de decisiones, etc.) en cada una de las cuales el equipo puede tener un nivel distinto de madurez (membresía, formulación de subgrupos, confrontación, diferenciación, responsabilidad compartida). La tarea entonces será diagnosticar el nivel de desarrollo en cada dimensión, y a partir de éste fijar un nivel óptimo a alcanzar en un determinado tiempo (2 a 3 meses), para lo cual se plantearán acciones de desarrollo y ejercicios de simulación. Los ejercicios que se ocupen serán elegidos a partir de una amplia gama de herramientas prácticas que las modernas técnicas de desarrollo en equipo (Team Building) ofrecen a este campo del desarrollo organizacional.

### **Segunda Etapa**

La Etapa II de la intervención contempla también tres momentos claves, el diagnóstico, la planificación y la implementación de un futuro Sistema de Incentivos. El diagnóstico se nutrirá de dos fuentes principales de información. Por un lado, la revisión del actual Sistema de Incentivos que el servicio ofrece a las Unidades de Trabajo, en cuanto a su nivel de utilización, de accesibilidad real por parte de los trabajadores, a los costos que implica, y en general a su actual impacto en la productividad y en la satisfacción de los trabajadores. Así también, se analizará el carácter individual o grupal de cada uno de estos incentivos, dado que el objetivo final es generar incentivos para el equipo de trabajo, más que para cada persona por su trabajo estrictamente individual.

Finalmente, se revisarán iniciativas en este sentido, que hayan sido implementadas en otros Servicios, así como se analizará el impacto de otras iniciativas implementadas durante la historia del Sistema de Salud Público. La segunda gran fuente de información a utilizar en el proceso de diagnóstico en esta Etapa II, se refiere a toda la información que arroje la Etapa I del proceso, en cuanto a la visión específica de las Unidades de Trabajo acerca de su funcionamiento, su motivación, su satisfacción, y la disponibilidad a acoger y reglamentarse a partir de futuros Sistemas de Incentivos.

La Planificación de acciones en esta segunda Etapa se realizará a partir del análisis de impacto, de costos y viabilidad de futuros Sistemas de Incentivos. Estas nuevas alternativas serán generadas por el Equipo de Intervención, acogiendo las propuestas que se espera que entregue cada una de las Unidades de Trabajo con las que se estará trabajando. Finalmente, la implementación de las alternativas seleccionadas se realizará a nivel de monitoreo del impacto que en cada Unidad tenga el futuro Sistema de Incentivos.

### **SECUENCIALIDAD DE LA INTERVENCIÓN**

Como es de entender, las dos Etapas de la intervención son interdependientes, en cuanto la primera es una preparación para la implementación de la segunda. Esto implica que en un primer momento sólo se ejecutará la Etapa I, intentando desarrollar los ámbitos de trabajo que requiera cada uno de los equipos con los que se trabaje.

Ahora bien, debe existir un momento del proceso en que se comience a implementar el cambio en la reglamentación de los incentivos para el trabajo en cada Unidad. Este momento dependerá principalmente del desarrollo que haya experimentado cada Unidad de Trabajo, y estará determinado por los logros que en conjunto -Unidad de Trabajo y Equipo de Intervención- se haya definido para la Unidad. Una vez alcanzado este nivel de desarrollo de equipo se comenzará con la implementación de la Etapa II.

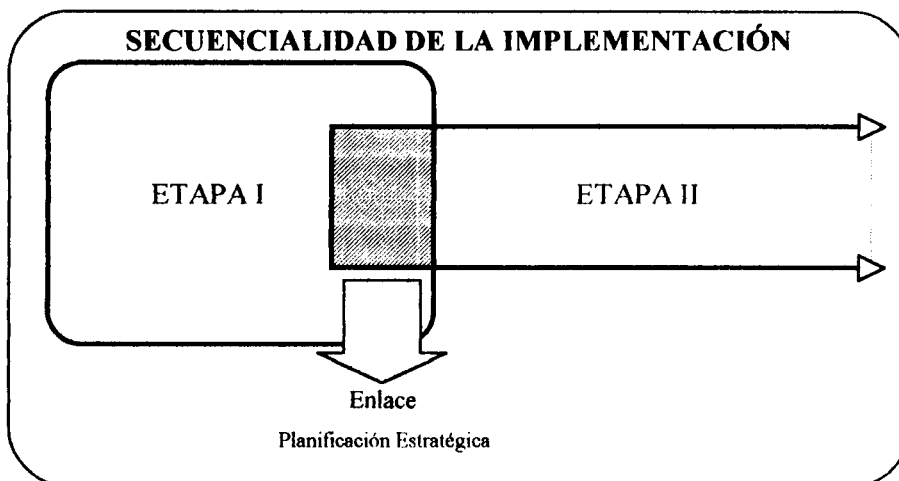
No obstante, debe existir algún elemento de enlace entre ambas Etapas, que logre dar sentido al proceso de cambio al interior de la Unidad de Trabajo. Para esto, un proceso de Planificación Estratégica para la nueva estructura

normativa, se plantea como una excelente oportunidad de cerrar la Etapa I -el desarrollo y preparación del equipo- y comenzar con la Etapa II -el futuro Sistema de Incentivos-.

Un ejercicio de Planificación Estratégica del equipo en relación a un futuro Sistema de Incentivos deberá comprender los siguientes pasos:

- Elección de valores y misión del equipo o Unidad
- Análisis de Fortalezas y Debilidades del equipo
- Análisis de Oportunidades y Amenazas que entrega el ambiente (servicio) al equipo
- Fijación de objetivos del equipo en cuanto a un Sistema de Incentivos
- Generación de alternativas Estratégicas
- Evaluación de alternativas en base a valores, misión y objetivos del equipo
- Puesta en acción de alternativas elegidas

Para sintetizar, la secuencialidad de la implementación puede representarse de la siguiente manera:



Cabe señalar que esta secuencialidad se refiere únicamente a los procesos de intervención en cada una de las Etapas. En la Etapa I, el diagnóstico que ésta incluye puede considerarse intervención (dado que al ser participativo ya genera cambios en los equipos), y por tanto, puede ser incluido en el esquema recién presentado. Por el contrario, la Etapa II se fundamenta en un diagnóstico de los actuales Sistemas de Incentivos, y de la percepción que de ellos tienen los trabajadores (componente del clima laboral). Es por esto que este diagnóstico deberá comenzar a realizarse desde mucho antes de implementar un futuro Sistema de Incentivos, y por lo tanto no está contemplado en el anterior esquema.

En cuanto a la temporalidad de las Etapas, existen dificultades para programar exactamente la duración de cada una de ellas. Si aseguramos que el desarrollo de un Equipo de Trabajo se refiere, en términos generales, a un aumento en la capacidad de cada equipo -y de las personas que los conforman- para poder hacerse cargo por sí mismos de los objetivos y responsabilidades que la organización les entrega, este desarrollo no puede planificarse íntegramente desde fuera, sino que en gran medida depende del tiempo y los procesos que el propio equipo necesite para desarrollarse. Es así que para la Etapa I en particular sólo se pueden definir rangos de tiempo ideales de duración, a partir de los cuales cada equipo determinará su crecimiento específico.

En términos ideales, se espera que la Etapa I se prolongue en cada equipo entre dos y cuatro meses, pudiendo incluso sobrepasar este rango, o mantenerse vigente -si es que el grupo así lo requiere- cuando ya se ha comenzado con la Etapa II. Por otro lado, se estima que el proceso de Planificación -enlace con la Etapa II- se prolongue entre dos y tres semanas, una vez definido y planificado el futuro Sistema de Incentivos.

Finalmente, la Etapa II se prolongará durante varios meses, a modo de monitoreo de este futuro Sistema de Incentivos para las Unidades de Trabajo.

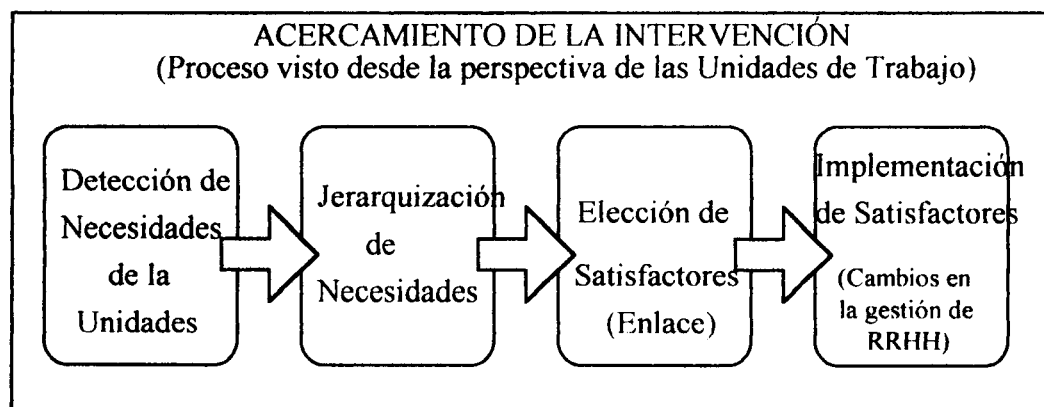
### **ACERCAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN (proceso visto desde los participantes)**

Resulta fundamental el hecho que la intervención sea para las Unidades de Trabajo un proceso atractivo de desarrollo de equipo, que implique cambios reales a nivel de beneficios e incentivos para trabajar mejor, entregando a los usuarios del Sistema una atención de salud de mayor calidad. Para esto, se debe adecuar todo el modelo de intervención -por muy técnico o complejo que parezca- a los patrones con que los propios trabajadores entienden su trabajo cotidiano.

Es por esto, que el proceso de intervención se presentará a las Unidades de Trabajo de manera simplificada, poniendo como eje de acción el tema de las necesidades de cada equipo, en función de satisfacerlas a través de futuros Sistemas de Incentivos para el trabajo cotidiano. Se presentará entonces como un proceso a largo plazo, que tiene crucial influencia en la reglamentación acerca de su funcionamiento como Unidad (esperando generalizar estos cambios a toda la estructura de la organización), que requiere un proceso de detección y jerarquización de necesidades.

De este modo, lo que se busca es presentar el mismo esquema en función de otro eje de trabajo, las necesidades. Así, se espera llegar más fácil y menos amenazantemente a cada uno de los equipos de trabajo. Lo esencial en este proceso es la detección y búsqueda de satisfacción de necesidades que tengan el carácter de grupales, es decir, que no se refieran a intereses o motivaciones de cada una de las personas o estamentos de cada Unidad, sino que sean definidos grupalmente como una necesidad común, a satisfacer colectivamente.

Este acercamiento de intervención se puede esquematizar entonces de la siguiente manera:



El primer paso será la detección de necesidades de cada Unidad de Trabajo, lo que entregará un panorama general acerca del nivel de desarrollo de cada equipo, así como el estado de la motivación y del liderazgo al interior de cada uno. Además, se obtendrá información acerca de una variedad de aspectos del clima organizacional, lo que entregará pistas acerca de futuras intervenciones. Finalmente, se tendrá información relevante acerca de la percepción de los equipos sobre los actuales Sistemas de Incentivos para el trabajo, información esencial para la planificación de la Etapa II del proceso.

En segundo lugar, se realizará la jerarquización de éstas, tratando de definir las de mayor prioridad para un buen funcionamiento como unidad. En este proceso la Unidad de Trabajo tendrá que trabajar como equipo, por lo que desde el punto de vista de un observador externo, formará parte del proceso de desarrollo de éste. Así mismo, se podrá jerarquizar las áreas de la motivación que requieren de mayor urgencia en su tratamiento, lo que guiará los futuros pasos de la intervención, así como la planificación de la Etapa II.

La elección de satisfactores corresponderá al proceso en que cada equipo busque e ingenie formas de satisfacción e incentivo frente al trabajo grupal distintas a las actuales, para que luego de un análisis de viabilidad reglamentaria y económica tengan la posibilidad de ser institucionalizadas a través de un futuro Sistema de Incentivos. Desde otra perspectiva puede ser visto como el proceso de Planificación Estratégica necesario para la implementación de la Etapa II.

Por último, la implementación de satisfactores se refiere a la puesta en marcha y monitoreo de los futuros Sistemas de Incentivos, diseñados conjuntamente (entre las Unidades de Trabajo y el Equipo de Intervención), en base a la Planificación Estratégica del equipo, y al diagnóstico y planificación de la Etapa II realizada por el Equipo de Intervención.

## EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

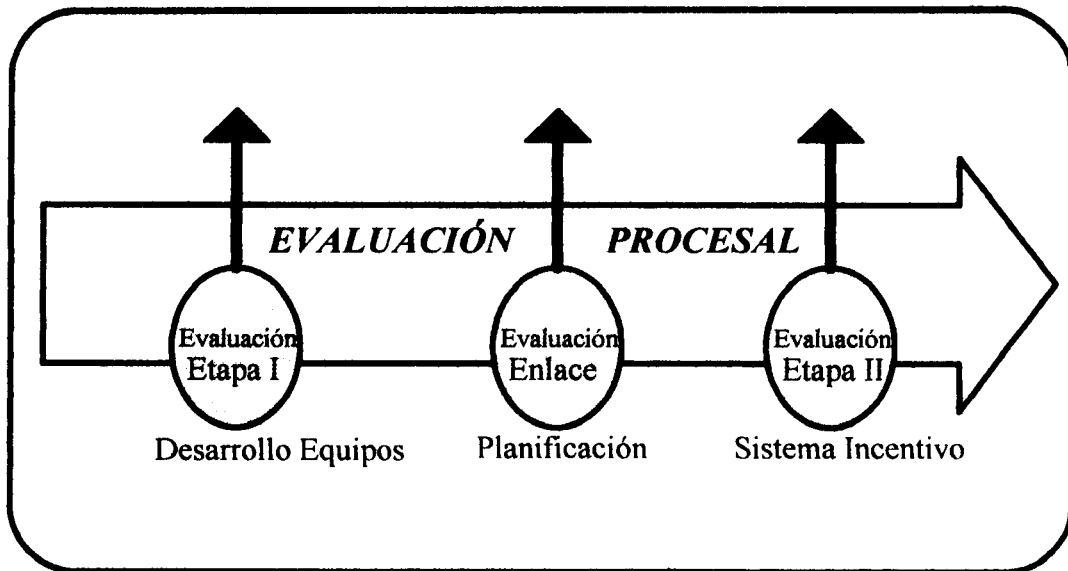
Dada la importancia de la evaluación, en cuanto nos permite acceder a información sobre distintos aspectos del proceso, se ha definido necesario implementar distintos niveles de evaluación , así como también distintos momentos para su aplicación. La utilidad de la información proporcionada está basada en la orientación, implementación de cambios y potenciación de procesos que se desarrollen en cada Unidad de Trabajo.

Se realizará una *evaluación procesal*, que será responsabilidad del Equipo de Intervención, y se llevará a cabo permanentemente con las Unidades escogidas.

Por otra parte se ha considerado la realización de una *evaluación de impacto*, la que se implementará en tres momentos, a saber:

- Al comenzar la etapa de enlace, cuyo objetivo es determinar y evaluar el nivel de preparación del Equipo de Trabajo para avanzar a la etapa siguiente.
- El segundo momento es al finalizar la etapa de enlace, de manera de conocer la Planificación Estratégica realizada por cada Equipo de Trabajo.

- Finalmente el tercer momento consiste en un monitoreo periódico del Sistema de Incentivos implementado.



### PROCESO INTEGRADO DE INTERVENCIÓN

Para resumir el modelo de intervención, los distintos aspectos hasta aquí revisados pueden integrarse en un modelo general que abarca las Etapas de Intervención, su secuencia, acercamiento y evaluación.

El modelo integrado logra reunir la visión que acerca del proceso tengan por un lado los agentes externos a cada Unidad de Trabajo (en la mitad superior del esquema), y por otro lado la visión de los miembros de cada Unidad (en la mitad inferior), todo esto en base a la secuencialidad y temporalidad de cada fase (el fondo del esquema).

A partir del esquema, se pueden diferenciar claramente tres momentos dentro del proceso global de intervención. El primero se refiere a la Etapa I (Diagnóstico, Planificación e Intervención dentro de las áreas de motivación, trabajo en equipo y liderazgo), que coincide con los dos primeros pasos dentro del acercamiento de la intervención (detección y jerarquización de las necesidades de cada Unidad), y la primera evaluación.

Un segundo momento se refiere a la transición o enlace entre las dos Etapas, que se concretiza en el proceso de Planificación Estratégica que realice el equipo (y su correspondiente evaluación), visto por ellos desde el punto de vista de los satisfactores a las necesidades grupales.

El último momento se refiere a la implementación de la Etapa II, es decir, a la puesta en marcha del futuro sistema de incentivo para las Unidades de Trabajo, y su monitoreo (evaluación) o análisis de impacto por parte del Equipo de Intervención.

## **MODELO DE INTERVENCIÓN**

El modelo de intervención que a continuación se presenta, se basa en dos supuestos o visiones fundamentales acerca del cambio al interior de las organizaciones. De estas dos visiones -que a continuación revisaremos- se desprenden, respectivamente, las dos principales características del modelo.

En primer lugar, ningún tipo de cambio puede perdurar en el tiempo si es que no se ajusta a la estructura normativa que regula y da sentido al trabajo que realizan las personas de la organización. En base a esta visión, se puede entender que la intervención a realizar buscará arraigarse en el largo plazo a nivel de la reglamentación interna de las Unidades de Trabajo, de manera que norme sus procesos de trabajo, independiente de la duración de la intervención.

La segunda visión se refiere a entender el cambio organizacional como un proceso complejo, y no como el resultado inmediato de la aplicación de algún tipo de norma o restricción. El cambio normativo requiere imprescindiblemente un proceso de preparación de la organización a éste, un tiempo en que la Unidad de Trabajo pueda reconocer y reorganizar sus fuerzas en función de la futura reglamentación, para adaptarse a ella de manera provechosa, generando nuevos comportamientos a nivel micro-organizacional. Lo que se desprende de esto se refiere a que la intervención a realizar tendrá una primera Etapa de preparación para el cambio normativo, que se fundamentará en las áreas de la motivación, el trabajo en equipo y el liderazgo.

El modelo general de intervención se estructura entonces en base a dos Etapas fundamentales, cada una de las cuales se subdividirá en fases de diagnóstico, planificación e intervención.

La primera Etapa se entenderá como el proceso de desarrollo de las Unidades de Trabajo (entendidas como un equipo), en cuanto a conocer su actual estado, y lograr niveles más altos de efectividad grupal en cada una de las áreas que contempla el trabajo en equipo (ver Marco Teórico). Además se espera conocer y adecuar a este desarrollo del equipo la forma en que se ejerce el liderazgo en estas Unidades de Trabajo, y diagnosticar los ámbitos del trabajo que entreguen mayor satisfacción o mayor motivación a las personas.

Esta primera Etapa no tendrá atractivo para los trabajadores si no es en función (a modo de preparación) de un cambio a largo plazo -la segunda Etapa de la intervención-, que se presente como una nueva regulación del trabajo en algún área relevante para su quehacer cotidiano. En este caso se ha optado por una redefinición de los Sistemas de Incentivos que la organización ofrece a los trabajadores y a las Unidades de Trabajo, dado el crucial aporte que este ámbito de la gestión de los Recursos Humanos representa para la calidad de la atención y el servicio que entregan los Sistemas de Salud, y su estrecha relación con la motivación de los trabajadores que al interior de ellos laboran.

### **Estrategia de Implementación**

Uno de los factores relevantes en el desarrollo del proyecto, dice relación con las *resistencias al cambio* producto de la amenaza que éste puede implicar a las formas habituales de realizar el trabajo, a las personas que realizan estos procedimientos tradicionales, y a los estilos de Liderazgo que surgen en esta estructura .

Otro factor clave, es el establecimiento de una *relación de confianza y Apoyo* con los participantes del proyecto, disminuyendo la amenaza que puede significar el cambio, pues despierta espacios de ambigüedad. De este modo, la imposición de modificaciones puede ser contraproducente, despertando estrategias de frenaje desde las propias Unidades, al no ser percibido como una necesidad propia.

Por último, la efectividad del logro de los objetivos depende también del modo de *funcionamiento del Equipo* que lleve a cabo dicho proceso, siendo necesario una máxima coordinación, constante reflexión y apoyo interno.

Para enfrentar dichas condiciones la estrategia diseñada se puede resumir de la siguiente manera:

*En primer lugar se generó una Plataforma de Apoyo a la intervención, lo que se traduce en la incorporación y compromiso del nivel directivo del Servicio y Hospital, como protagonistas fundamentales en el desarrollo del proyecto.*

*En segundo lugar, se afianzó una Plataforma Técnica, estableciendo una metodología de trabajo que permitiera la flexibilidad.*

*Por último se diseñaron metodologías diferenciales de aproximación a la Unidades, que respondieran a sus necesidades particulares.*

## **ACTIVIDADES REALIZADAS**

### **Creación de la Plataforma de Apoyo**

El objetivo principal en este punto es el apoyo de los niveles directivos a la intervención, de modo de asegurar su continuidad y posibilidad de cambio. En este sentido, se trabajó conjuntamente con la Dirección del Servicio y del Hospital a través de reuniones de discusión del proyecto. Además, el nivel directivo participó activamente en el lanzamiento oficial del proyecto, a través de un evento con los miembros de las Unidades participantes, en el cual se explicaron sus características y alcances.

Por otra parte, la plataforma de apoyo contempla el trabajo con los Jefes de las Unidades participantes, de modo de sensibilizarlos para el proceso de cambio, incorporándolos como actores y facilitadores en el trabajo a realizar. Así mismo, se ha buscado establecer una red de apoyo entre los jefes de las Unidades como miembros de un mismo proceso a nivel organizacional. El trabajo con los jefes busca además reforzar el conocimiento de la realidad de cada Unidad.

Se desarrollaron sesiones temáticas con los Jefes, que se estructuraron en módulos de trabajo semanal, en los cuales se abordaron temas relevantes como *Conocimiento e Información del Proyecto, Intercambio de Expectativas y Ámbitos del Desarrollo de Equipo*.

También se realizaron entrevistas en profundidad a cada jefe por separado antes y después de las sesión de trabajo con los miembros de cada Unidad. Estas entrevistas tenían un carácter informativo y a la vez pretendían realizar un seguimiento de los procesos de cambio de la Unidad en su totalidad. Por último, los jefes tenían libertad para participar en las sesiones de trabajo grupales.

### **Acercamiento a las Unidades de Trabajo**

Los objetivos planteados en el acercamiento a las Unidades de Trabajo fueron alcanzados a través de la implementación de módulos semanales de dos a tres horas de duración, los cuales correspondían a los objetivos antes señalados. Sin embargo, se establecieron objetivos específicos para cada una de las sesiones, de manera que se pudieran generar evaluaciones durante el desarrollo de la intervención. Estos objetivos específicos se desprenden de los objetivos generales antes señalados.

Las sesiones de trabajo más importantes que se realizaron fueron las siguientes: Aplicación del Instrumento de Clima Organizacional, Evento de Inauguración, Sesiones de Conocimiento e Intercambio de Expectativas, Sesiones de Confianza, Presentación de los Resultados de la Encuesta de Clima, Sesiones de Motivación Grupal y Sesiones de Diagnóstico de Necesidades y Satisfactores.

### **Coordinación del Equipo Facilitador**

La metodología de trabajo del Equipo facilitador, se sintetiza de la siguiente manera:

- Realización de reuniones de programación de actividades de la semana y distribución de responsabilidades.

- Realización de reuniones de discusión de la programación de las sesiones de trabajo con las Unidades destinatarias del proyecto.
- Reuniones de evaluación de las sesiones y del funcionamiento del Equipo.
- Elaboración de material necesario para la implementación de las sesiones.
- Realización semanal de las sesiones de trabajo.
- Registro de las sesiones a través de informes escritos semanales.

## **CAPÍTULO 4 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

Como se señaló en los capítulos relativos a la metodología del diagnóstico y a las estrategias de intervención, la búsqueda de información es muy diversa y amplia, por tanto, el ordenamiento y sistematización se lleva a cabo en dos niveles complementarios. El primero se refiere a llenar de contenidos las diversas dimensiones teóricas que componen este estudio.

Por otro lado, existen cuatro realizades específicas estudiadas (cada una de las unidades seleccionadas), en las que cada una de estas dimensiones se presentan y relacionan con énfasis o intensidades muy particulares.

A continuación se presentarán en forma integrada, tanto cualitativa como cuantitativamente, la información recolectada para cada una de estas Unidades.

El análisis comprende los siguientes tópicos:

- Características generales de cada Unidad.
- Resultados de variables más relevantes.
- Síntesis diagnóstica.

Esta metodología permitió sistematizar información útil para el análisis en los temas de Motivación, Liderazgo y Trabajo en Equipo. El proceso de análisis se desarrolló como una progresiva categorización de la información inicialmente existente, que dio lugar a los resultados que a continuación se presentan.

### **CARACTERÍSTICAS GENERALES DE CADA UNIDAD**

Como señaláramos anteriormente, el diagnóstico fue realizado en cuatro Unidades de Trabajo del Hospital Barros Luco - Trudeau, elegidas por su ubicación al interior de la estructura orgánica del Hospital. Estas Unidades de Trabajo son una Unidad Administrativa, una Unidad de Apoyo Clínico y dos Unidades Clínicas.

En este apartado presentaremos las características más relevantes de cada una de las Unidades estudiadas, con el objetivo de precisar el contexto de funcionamiento que éstas tienen al interior del Hospital. Esto permitirá establecer las bases sobre las cuales se articularán, posteriormente, las relaciones más complejas que motivan este diagnóstico.

## 1. Unidad Administrativa

Al parecer, las tareas dentro de esta Unidad son relativamente simples, es decir, no existirían funciones de alta complejidad, precisión o de articulación de conocimientos muy elaborados. Cada persona parecer dominar su trabajo particular, surgiendo por lo tanto problemas a nivel de la cantidad más que de la complejidad del trabajo.

A primera vista la realización de las actividades exigen la ejecución de tareas de corto periodo de ejecución, claramente definidas, lo que redundaría en la Ejecución monótona y repetitiva de la actividad, que no puede ser definida como de alta complejidad. Lo anterior, unido a la exigencia de alta precisión, dado que manejan los presupuestos del hospital, exige a los trabajadores un constante estado de atención o alerta.

En algunos de los subgrupos de trabajo, existe la exigencia de aplicar nuevas técnicas de computación, dado que se han incorporado algunos programas diseñados para el proceso de trabajo propio de esta Unidad en el hospital.

En síntesis, esta Unidad realiza tareas de corto ciclo, monótonas y repetidas, de baja complejidad y alta precisión, con exigencias tanto psicológicas como de realización de movimientos (ejemplo timbraje). La incorporación de nueva tecnología. Exige un alto nivel de concentración. Por otra parte existen exigencias de ambiental, como la existencia de un espacio común con características de hacinamiento, acumulación de material, ruido constante, problemas de temperatura (sobre todo en invierno), permanecer la mayor parte del tiempo sentado.

En consideración de lo anterior, las exigencias del trabajo provocan fatiga y pérdida de la atención. La monotonía, baja complejidad y alta cantidad de

trabajo, provoca tensión, lo que unido a las características físicas del lugar contribuyen a la aparición de irritabilidad y ansiedad.

Los funcionarios de esta UT se ubican en un edificio de tres pisos que data de principios de siglo, por lo que cada piso posee una altura superior a la actualmente considerada en las normas de construcción (según los criterios actuales correspondería aun edificio de 4 pisos, límite para la utilización de ascensores). Para comunicar a cada piso posee una sola escalera, que dada la altura de la construcción es de una alta pendiente.

Por otra parte, el edificio está en mal estado de mantención, falta limpieza, tiene vidrios rotos, escasa iluminación, pese a la magnitud de los ventanales, deficiencia en medidas de emergencia como en caso de incendios (extintores, salidas de emergencia, etc).

La superficie total del edificio está mal aprovechada, existiendo grandes espacios desocupados y espacios en los que existe un verdadero hacinamiento.

Finalmente, la mayoría de los funcionarios se encuentran ubicados en la oficina al final del pasillo. Esta oficina tiene dos puertas de acceso, se puede describir como una superficie amplia bien iluminada, dado que en cada costado tiene tres amplios ventanales, el espacio está precariamente dividido en dos a través de un tabique, y reforzado por muebles. La iluminación artificial es dada por tubos fluorescentes. De este modo en la sección sur se encuentran ubicados 7 escritorios, existiendo escaso espacio de circulación entre ellos, en un costado se ubica una cocinilla. El material de trabajo sobrepasa las capacidades de almacenamiento, por lo que se encuentra apilado en repisas, sobre los escritorios o en sillas anexas, que se han colocado cercanas a los escritorios.

En el sector norte se ubican 7 escritorios, también existe poco espacio de circulación, sí una buena iluminación. Sus paredes están cubiertas de estantes con materiales de trabajo, al igual que sobre los muebles que sirven para dividir ambas alas.

Dadas las características del espacio, se detectan problemas de ventilación y temperatura, lo que incide negativamente en el nivel de vigilia de los

funcionarios, por otra parte la disposición de los escritorios y acumulación de material incide en la existencia de riesgos de accidentes laborales.

Por otra parte el hecho de no poseer espacios de privacidad (para casi la totalidad de los miembros de la Unidad) incorpora una variable que aumenta el estrés, el que se refuerza con la imposibilidad de aislar el ruido de la totalidad de las máquinas de escribir, entre otros.

La acumulación del material, incide en la posibilidad de contar con la información necesaria para trabajar de manera oportuna y expedita.

El jefe no ha tenido mayor participación en la organización de la UT ni en la realización de modificaciones importantes. Este ha preferido mantener el estilo de trabajo, imprimiendo un estándar de rendimiento y cumplimiento estricto de normas, como los horarios y ausentismo.

El jefe percibe que el tipo de trabajo es rutinario y monótono, que exige mucha disciplina y concentración, con estricto cumplimiento de las normas y responsabilidades individuales. Aunque manifiesta que el trabajo quizás no es estimulante, según él cada funcionario debería "aprender a querer su trabajo", ideando formas de hacerlo más agradable, mantener su espacio en orden y claridad de las responsabilidades. Plantea que el tipo de actividades realizadas en la UT, no trae mayores complicaciones pues en general son tareas simples de cumplir, y fácilmente intercambiables.

Por otra parte destaca que existe una alta interdependencia con otras unidades del hospital como bodega, sin embargo el jefe percibe que el trabajo realizado por la unidad debería adelantarse a las contingencias provocadas por las unidades con las cuales se relacionan. En este sentido, según el jefe el retraso en el cumplimiento de las tareas a causa del no cumplimiento de las otras unidades serían excusas perfectamente predecibles, por lo que sería posible "adelantar trabajo".

## **2. Unidad de Apoyo Clínico**

Esta Unidad realiza distintas funciones de apoyo a las otras Unidades existentes en el Hospital y en el Servicio de Salud Metropolitano Sur, por lo que

se organiza en sub-equipos de trabajo, que permiten cubrir las demandas generadas, ya que éstas son de distinta naturaleza y procedencia. Podríamos decir, entonces, que esta Unidad se ha estructurado en función de la demanda.

Al interior de esta Unidad se pueden diferenciar cuatro sub-equipos de trabajo, los que están compuestos por tecnólogos, auxiliares, paramédicos, secretarías y médicos. La composición de cada uno de los sub-equipos está establecida en función de los distintos requerimientos o demandas que satisfacen, siendo el estamento médico el que lidera el trabajo de cada uno de ellos, con excepción del grupo de auxiliares.

Particularmente en esta Unidad, nos encontramos con la existencia de una doble jefatura. Existe un Jefe formal quien es el responsable nominal de su funcionamiento. Las características particulares de este Jefe y decisiones institucionales, han permitido la coexistencia de una Jefatura adicional que se responsabiliza del quehacer administrativo de la Unidad, pasando a ser ésta, la jefatura reconocida tanto por los funcionarios como por la institución. Sin perjuicio de lo anterior, esta situación genera espacios de ambigüedad tanto para el Hospital como para los miembros de la Unidad.

En general, podría decirse que esta Unidad cumple adecuadamente con los requerimientos que sobre ella recaen, evidenciándose problemas sólo a nivel interno (comunicaciones, carga de trabajo, etc.)

No obstante, se detectan algunos problemas asociados a la doble dependencia (dos jefes), que inciden en dificultades o anomalías en ciertos procedimientos o permisos. Junto a esto está la percepción generalizada del poco interés que muestran los médicos (no sólo los jefes) hacia los procesos administrativos.

Como sucede en casi todas las Unidades dentro del Hospital, no están claros los planes y prioridades. Pese a que, durante mucho tiempo, se ha funcionado de este modo, se aprecian problemas como la poca claridad en las prioridades de la Unidad, por ejemplo al momento de repartir los recursos, decidir inversiones, asignar recursos humanos, etc. Además, no existe una planificación estratégica que permita prever cambios o nuevas demandas hacia ésta.

En los últimos años se han producido importantes avances en la administración de la Unidad, como mayor orden, recursos para trabajar, agilización en los procedimientos, etc.

En general se aprecia acuerdo con las condiciones ambientales de la Unidad. Existirían algunos grupos favorecidos con sus condiciones ambientales (médicos, tecnólogos), mientras otros minoritarios perciben negativamente este aspecto (especialmente auxiliares paramédicos).

Una de las principales fortalezas de la Unidad es su equipamiento, fundamentalmente en lo relacionado con tecnología avanzada. En cuanto a necesidades, éstas son de carácter más sencillo, como materiales básicos para el trabajo de auxiliares y secretarías, junto a equipos de ventilación adecuados para los laboratorios.

La fortaleza de la jefatura administrativa es su compromiso con la Unidad y la fuerza con que inicialmente orientó su trabajo. Por otra parte, sus debilidades se refieren al desorden administrativo y a la sensación de sus subalternos de que no siempre escucha abiertamente y que sólo se centra en entregar críticas al trabajo mal realizado, no así al reconocimiento de los logros.

La información disponible refleja la existencia de buenas relaciones, en general, dentro de la Unidad, caracterizadas por un alto nivel de entretenimiento y bromas entre los funcionarios.

Al parecer, los grupos informales al interior de la Unidad coincidirían con la diferenciación estamental y funcional existente. De hecho, los tecnólogos, las secretarías, los auxiliares, y los médicos conforman grupos de amigos. Algunas excepciones a esta división estamental se refieren a pequeños grupos formados por personas que comparten una misma función específica.

Los médicos son el grupo menos cohesionado, debido probablemente a factores como el horario (muchos tienen contrato de media jornada), la naturaleza del trabajo (dividido), o la cultura propia de este gremio. Los grupos con mayor cohesión son los tecnólogos y probablemente los auxiliares de servicio (pese a los aparentes conflictos con su propio jefe).

### **3. Unidades Clínicas**

Con el propósito de conocer los aspectos generales de cada una de las Unidades Clínicas, se llevaron a cabo visitas, las que a la vez sirvieron como método de observación, sobre todo en lo referente a aspectos como infraestructura, número de funcionarios por Unidades, objetivos de su función, descripción de cargos, número de personas por cargo, etc. Las visitas fueron hechas por los miembros del equipo, y se coordinaron con los jefes de Unidad de cada uno éstos.

Del mismo modo, al igual que con los Jefes de Unidad, se concertaron reuniones con enfermeras de cada una de las Unidades, con el objetivo de informar sobre el proyecto y definir las expectativas recíprocas para la intervención. Se indagaron temas generales relacionados con los problemas que ellas veían en el funcionamiento de sus Unidades y las necesidades que detectaban.

La profundidad del diagnóstico en las Unidades Clínicas, a diferencia de la Administrativa y de la de Apoyo, es a nivel de liderazgo y jefaturas intermedias, no pudiéndose conocer en profundidad las percepciones del resto de los funcionarios y de los sub-equipos de trabajo existentes, debido básicamente a los movimientos gremiales y sindicales que se generaron a finales del año 1996.

A partir de las reuniones con las enfermeras, además de entrevistas que se realizaron específicamente para obtener esta información, se diseñó una entrevista tipo que incluyera en forma descriptiva los siguientes temas ejes a abordar:

- Puesto de trabajo
- Permanencia Real
- Problemas Frecuentes

Esta información permitió establecer la forma de funcionamiento de estas Unidades en función de las diversas tareas por ellas desarrolladas. La principal característica es que la organización está orientada a satisfacer las necesidades de los pacientes que se encuentran al interior de ellas. Esta atención significa dotar a cada una de estas Unidades de distintos tipos de cargos (médicos, enfermeras, auxiliares de servicio, etc.), permanentemente, durante las 24 horas del día. Otra

de sus características determinantes es que el estamento médico es el principal generador de todas las decisiones cotidianas que se toman al interior de las mismas.

## **RESULTADOS DE VARIABLES MAS RELEVANTES**

A continuación se presentarán las principales variables estudiadas en cada una de las Unidades participantes en el diagnóstico. El estudio contemplaba la revisión de 20 variables, las que fueron trabajadas de distinta manera en cada Unidad, según los énfasis propios que estas adquirirían en el proceso de diagnóstico realizado al interior de cada una de ellas.

Fue necesario confeccionar una síntesis, ya que la información disponible era demasiado extensa y detallada, dado los distintos mecanismos de recolección de información (encuestas, "focus group", entrevistas, etc.).

### **1. Unidad Administrativa**

#### **Condiciones Ambientales**

Por condiciones ambientales entendemos la disponibilidad de recursos materiales necesarios para la realización de los objetivos o metas laborales. También el concepto remite a las condiciones físicas del ambiente laboral, como luz, ventilación, temperatura, humedad, etc. Sin embargo, más allá de corresponder a una descripción del entorno físico del lugar donde se realiza el trabajo, también se incorporan las características y exigencias del trabajo, como parámetro para realizar una evaluación de la adecuación entre ambos aspectos, y su influencia en el desempeño como en la salud de los funcionarios.

La evaluación que se hace de las condiciones ambientales en general es negativa, sólo se destaca como positivo los horarios de trabajo (4 días de 8:30 a 17:30 y 1 día de 8:30 a 16:30 hrs.), pues se adecúan a las necesidades personales de atención a los hijos, labores domésticas, posibilidad de realizar actividades extra laborales, durante la semana o el fin de semana, etc.

En cuanto a la disponibilidad de materiales para la realización del trabajo, los funcionarios perciben que existen diferencias de acceso entre las distintas unidades, lo que corroboran en la realización de su trabajo ya que son ellos los que llevan el registro de los gastos y adquisiciones del hospital. Este hecho, los hace sentirse discriminados y desesperanzados ante las posibilidades de mejorar su entorno, el cual califican de deficiente

Los materiales con los que cuentan no responderían a las necesidades derivadas del trabajo, pues son de mala calidad u obsoletos. En este sentido la demanda se orienta a la incorporación de computadoras y fotocopadoras, dado que la naturaleza de su trabajo les obliga a la realización de cálculos, archivos, registros, etc, siendo conscientes que la carencia de recursos físicos interfiere en la calidad y velocidad de los productos.

Finalmente, las condiciones de temperatura, luminosidad y espacio son percibidas como “las condiciones de la cenicienta del servicio”. En este sentido existen quejas respecto a la calidad de las estufas de la unidad, alguna de las cuales desprendería gas, la escasa luminosidad, la carencia de mobiliario que responda a la necesidad de estar la mayor parte del tiempo sentado (sillas, escritorios), el desorden del material el cual se encuentra disperso o “artesanalmente” acomodado, dada la carencia de estanterías.

### **Carga de Trabajo**

Se comparte el hecho de que la carga de trabajo está mal distribuida, existiendo picks en los cuales es necesario realizar horas extras, aunque no reconocidas y por lo tanto sin goce de sueldo, aun más existen personas que se llevan el trabajo a sus casas, siendo contabilidad la excepción. Por otro lado, la cantidad de trabajo depende de otras unidades, lo que no pueden controlar.

En cuanto a la posibilidad de realizar una organización de equipo para distribuir mejor la cantidad de trabajo en los momentos de sobrecarga, se argumentó que esto era difícil pues existen tres personas que hacen la misma tarea, por lo que organizar internamente en los sub-equipos no tendría efecto.

### **Realización Personal**

Todos comparten la opinión de que el sistema no otorga las condiciones para alcanzar un desarrollo personal, porque carece de incentivos. Para los funcionarios, la realización personal se relaciona con las posibilidades de perfeccionamiento y de enfrentar mayores desafíos en el trabajo. Para ellos, el trabajo es rutinario, monótono y ausente de desafíos.

Los principales elementos señalados, que reafirman lo anterior, son:

- El servicio no da espacio para la realización personal, por lo que se tiende a buscar oportunidades fuera del Sistema Público, "en el sector privado".
- La capacitación que se logra por fuera del servicio no se puede aplicar pues no existen las condiciones. La capacitación que el servicio otorga es anticuada y de mala calidad.
- Discriminación ante las posibilidades de contar con capacitación de buen nivel, la información respecto a éstas sólo llega a determinados niveles. La capacitación ofrecida a los funcionarios de esta Unidad no sería relevante.

De la misma manera, se pudo constatar la existencia de percepciones distintas en torno a lo que se entiende por realización personal, la que estaría asociada a que, a pesar de las malas condiciones en las cuales realizan su trabajo, se sienten realizados ya que al interior de ciertos sub-equipos existirían pocos conflictos laborales y existe rotación de los puestos de trabajo.

#### **Desarrollo de Carrera**

No se respeta la carrera funcionaria y la asignación de grados por antigüedad, sino que llegan funcionarios nuevos con grados mayores, dependiendo del grado de cercanía con puestos de poder.

La capacitación o perfeccionamiento no es reconocido formalmente.

La carrera funcionaria es individual.

Los funcionarios que están de acuerdo estarían en grado tope, pues ya no pueden aspirar a más, mientras que aquellos que no han llegado a grado tope, opinarían distinto.

Existe desesperanza y apatía respecto a las posibilidades de desarrollo funcionario, lo que redundaría en la falta de iniciativa y orientación al logro.

### **Estabilidad Laboral**

Lo único que este sistema otorga es estabilidad. Es muy difícil que despidan a funcionarios que trabajan mal, el despido no depende de la eficiencia del funcionario.

### **Planificación y Efectividad**

Existe absoluta insatisfacción con respecto a este punto. Se plantea que la planificación del Servicio, o su ausencia, determina que todos los problemas lleguen a esta Unidad. No tienen posibilidad de realizar una planificación al interior del equipo, pues todo está absolutamente normado y definido por la estructura. Existe una alta dependencia de los procesos de otras unidades.

Por último el poco espacio de planificación que queda sin cubrir, es resuelto por el Jefe sin previa consulta.

La falta de claridad del flujo total del trabajo que se realiza, incide en una baja coordinación. Al ser el punto de engranaje de varias Unidades, se producen mayor cantidad de problemas, y se les acusa de ser "los cuello de botella" del sistema.

Se ha intentado planificar desde dentro, pero se ha fracasado dada su dependencia de las otras unidades. Se perciben con más presión que el resto de la Unidad

### **Cambio**

Se perciben posibilidades de cambio, pues "otros servicios han cambiado". Sin embargo, serían menores las posibilidades en esta Unidad dado que "son la cenicienta del hospital", no se le da la importancia que ellos atribuyen a esta sección.

Según la percepción general, el Jefe no tiene compromiso con el mejoramiento de la Unidad, pues el Jefe mejora su imagen ante la Dirección, al no pedir nada para su Unidad.

### **Liderazgo**

El Jefe de esta unidad manifiesta que el puesto de jefatura no le provoca la misma satisfacción que el hecho de trabajar como funcionario. Plantea que no sabe cuáles son las razones por las cuales lo designaron Jefe de la unidad, ya que según él no contaría con las características que debe poseer un jefe.

Plantea que ha perdido la posibilidad de establecer relaciones interpersonales satisfactorias, pues su rol no se lo permitiría. Cree que al ser jefe, el resto de las personas comienzan a percibirlo como un enemigo, del cual desconfían y se activa la política del "chaqueteo."

Por las razones antes esgrimidas, plantea que no se encuentra satisfecho con lo alcanzado con la Unidad, ya que no ha logrado una integración de los miembros de la unidad, el trabajo según él sigue siendo mediocre al igual que el cumplimiento de las normas.

Plantea que la unidad requeriría de un líder carismático que tuviera más facilidades para establecer relaciones interpersonales gratificantes, pero a la vez afirma que es necesario contar con una jefatura que haga cumplir las normas.

Destaca el cumplir con todas sus responsabilidades administrativas con el máximo de compromiso y responsabilidad, lo que según él se traducen en el cumplimiento estricto de los horarios de entrada, y la realización de trabajo en horas extras, las cuales no son remuneradas. Por otro lado, manifiesta como altamente positivo el orden con el cual realiza su trabajo, estableciendo las prioridades y cumplimiento con los plazos estipulados. Este último punto también lo destaca como positivo en tanto lograría imprimir este sello en la unidad. Una de sus fortalezas sería su trato justo y respetuoso.

Sus principales debilidades dicen relación con sus características de personalidad. Él se percibe como una persona tímida, que le cuesta establecer relaciones interpersonales y transmitir entusiasmo y a la vez disciplina.

Por otra parte, cree que su dedicación al trabajo y nivel de cumplimiento de los deberes del funcionario son difíciles de seguir, pues irían en contra del estilo de trabajo de los miembros de la unidad.

### **Autoevaluación del liderazgo**

Plantea que el nivel de exigencia que tiene para con su trabajo lo traslada al trabajo del resto de los funcionarios, lo que según él posiblemente no sería bien recibido.

También cree que en general no existe una buena percepción de su liderazgo, debido a que no es hábil en el establecimiento de relaciones interpersonales, cree que los funcionarios piensan que ha cambiado producto del poder, que se ha vuelto más estricto.

En cuanto a los aspectos positivos, piensa que lo perciben como un hombre trabajador, responsable, comprometido con su trabajo y respetuoso en el trato hacia los funcionarios.

### **Visión de los funcionarios sobre el liderazgo**

Perciben que el jefe es un excelente funcionario, en extremo responsable y comprometido con su trabajo, siendo difícil encontrar aspectos por el cual criticar su trabajo. También se destaca por el respeto en el trato.

No obstante, la visión que existe del estilo de liderazgo es negativa, se plantea que ejerce un poder de control excesivo, que no fomenta el buen clima laboral, dado que no participa en actividades que no sean estrictamente laborales, no enfrenta los conflictos interpersonales o con la jefatura. No permite el desarrollo de los funcionarios, ya que tiene un pésimo concepto de los funcionarios, lo que se reflejaría en las calificaciones (formales) que ha realizado y en la negación de algunos traslados.

Por otra parte, creen que es en extremo desconfiado, duda de todos los funcionarios (Por ejemplo, no cree cuando alguien tiene motivos para faltar, como la enfermedad de un hijo o propios malestares, así como la cantidad de tiempo que lleva el realizar los pagos, etc)

Es un jefe que no estimula ni recompensa el trabajo de los funcionarios, siempre critica el estilo de trabajo y el rendimiento alcanzado. No entrega

retroalimentación directa, sino que realiza comentarios a otros miembros de la unidad, llegando la información en forma de rumor al afectado.

Lo perciben como un jefe distante que no está comprometido con la unidad, que no se siente representante de ésta, lo que se refleja en los comentarios negativos que ha realizado con otros funcionarios respecto de la unidad o en la falta de interés que manifiesta en la defensa de las necesidades o demandas de la unidad ante los niveles directivos del hospital.

En general creen que el jefe percibe en la unidad muy pocas fortalezas, sin embargo, tampoco pueden afirmar lo anterior, pues debido a la escasa comunicación que tienen con él, la mayoría de la información que utilizan para emitir sus opiniones la recolectan de los rumores internos y externos a la unidad.

## **2. Unidad de Apoyo Clínico**

### **Condiciones Ambientales**

La encuesta arroja un amplio acuerdo con las condiciones (61% positivo), con un 17% de negativos. Esto, a rasgos generales, representaría las percepciones reales de los miembros de la Unidad, en cuanto hay grupos altamente favorecidos con sus condiciones ambientales (médicos, tecnólogos), mientras otros minoritarios percibirían negativamente este aspecto (especialmente auxiliares paramédicos).

Todos concuerdan con que en general el diseño del espacio físico no se ha realizado según normas técnicas ideales, sino que el criterio que se usa es el de alcanzar el mejor resultado posible con el dinero que se dispone (y así saldrían algunos perjudicados).

Los que perciben positivamente las condiciones ambientales son principalmente los Médicos, para quienes este sería una de las mejores Unidades de su tipo en el país.

El espacio físico es evaluado positivamente también por los Tecnólogos, quienes señalan que su espacio es adecuado y óptimo para realizar el trabajo.

El resto de los miembros percibe el espacio físico como inadecuado. Las opiniones más radicales son las de los auxiliares paramédicos. Para ellos, existen malas condiciones de ventilación, para los productos volátiles y solventes, lo que redundaría en enfermedades como alergias. Además, el trabajo lo realizan sentados y no hay sillas cómodas ni espacio suficiente (tres personas en una oficina chica). Se perdería demasiado espacio en archivos, siendo éste y las condiciones físicas insuficientes, existiendo también condiciones poco propicias para la manipulación de sustancias volátiles y tóxicas.

En cuanto a las Secretarías, los principales problemas son la mala distribución del espacio, ya que por ejemplo las muestras se reciben en el mesón, junto con papeles y equipos.

### **Carga de Trabajo**

Las percepciones positivas en relación a la carga de trabajo llegan a un 67% . Las negativas a cerca de un 22%. Los miembros de la Unidad, en general, están de acuerdo con estos resultados, salvo excepciones como secretarías y algunos tecnólogos.

Los tecnólogos y auxiliares que están de acuerdo con la carga de trabajo, reconocen que está bien, pues organizan su trabajo de tal manera que sus horarios están totalmente copados, cada uno sabe la cantidad de trabajo que debe realizar diariamente, nada falta o sobra. Se estructuraron gracias a la incorporación de tecnología (PC). Han desarrollado la polifuncionalidad del equipo, así, si alguien falta, el resto del equipo debe cubrirlo para realizar las metas diarias.

También de acuerdo con la carga de trabajo están los Médicos, que perciben que tendrían bien repartida esta carga entre todos, de acuerdo a la cantidad de horas de cada uno (hay cuatro médicos con jornada completa). Perciben que ha aumentado su cantidad de trabajo, reduciendo la de los tecnólogos. Desde afuera se ve que los médicos trabajan muy poco, que son flojos.

Las Secretarias, por su parte, perciben una alta carga de trabajo, relacionada con presiones externas (médicos) y con su propia desorganización.

Atención especial merece el caso de los Tecnólogos y Auxiliares que consideran demasiado elevada la carga de trabajo. Habrían contradicciones importantes entre la visión interna (que la carga es impredecible y por tanto difícil de controlar) y externa (que hay graves problemas de organización y repartición de trabajo). Desde otros grupos, se destaca que quienes tienen esta percepción son aquellos que no tendrían metas claras y que no tienen la presión de ninguna instancia para cumplir con su trabajo. Se percibe además que los auxiliares trabajarían más que los tecnólogos.

La visión interna (sobre todo de tecnólogos) es que la carga cambia diariamente según cada demanda. Es mucho menos predecible y por tanto es difícil estructurar bien la carga. Además hay que añadir la distinta urgencia de cada muestra, así como el estado de los materiales en el caso de los auxiliares. Se percibe que en general la carga de trabajo ha aumentado en relación a otros años.

Las auxiliares perciben que se les da más trabajo, más rutinario y con menos implementos técnicos. Se percibe que aquí hay un fuerte conflicto entre tecnólogos y auxiliares, por el estilo autoritario y por privilegios profesionales.

Existen problemas, además, con la evaluación del desempeño, que no se ha basado ni en la carga de trabajo, ni en la naturaleza de la labor asignada, etc.

No obstante, en esta Unidad se percibe menor cantidad de trabajo que otros Unidades (fundamentalmente en los clínicos).

### **Desarrollo de Carrera**

Los resultados estadísticos entregan una visión bastante negativa (60%), con un 44% de desacuerdo y un 16% muy en desacuerdo. Sólo 16,7% de positivos.

Esta visión es confirmada por los miembros de la Unidad, siendo el estamento médico el único que explicaría las percepciones positivas. Existe la percepción de que el sistema sólo ofrece desarrollo a los médicos (eso se refleja

incluso en ciertos abusos como el cumplimiento de los horarios, en la responsabilidad, etc), y que los demás están para servirlos.

Como consecuencia de las escasas posibilidades de desarrollo, se percibe importante número de funcionarios que no se comprometen con el trabajo, caracterizándose por su apatía (esta explicaría los porcentajes neutros), realizando sólo lo que "hay que cumplir".

En torno al tema de la capacitación, perciben que el hospital no ofrece posibilidades. En cuanto a la oferta existente, la capacitación es inadecuada a los requerimientos y necesidades. Se percibe, además, que de acceder a cursos, esto implicaría mayor cantidad de trabajo sin ningún reconocimiento extra.

Por otra parte, a veces se aprenden cosas imposibles de aplicar por la inexistencia de recursos. Las Secretarías alguna vez manifestaron interés en cursos paramédicos pero no tuvieron acceso.

Por otra parte, señalan que la estructura de grados es extremadamente rígida, por lo que subir grados o ganar más dinero es casi imposible. Además, el aumento en grado no implica un aumento significativo en las remuneraciones (no justifica quedarse más años antes de jubilar).

Además, no se reconoce formalmente el perfeccionamiento que cada funcionario realice por su cuenta. Existe la percepción de que el hospital exige y no entrega reconocimiento formal.

Para los Médicos, los únicos que perciben posibilidades de desarrollo, éste va por el lado del reconocimiento. Además, el desarrollo se vincula con la docencia y también con el trabajo con el resto del equipo médico (discusiones clínicas, etc.). Las restricciones para su desarrollo serían a nivel de plata e infraestructura. Perciben que el concepto de desarrollo es distinto para cada estamento, ya que para los tecnólogos es sólo sinónimo de mejores remuneraciones.

En los otros estamentos (no médicos) las posibilidades de desarrollo se perciben negativamente. Los Tecnólogos reconocen la no existencia de espacios

de desarrollo. Los logros son individuales y no reconocidos. Algunos manifiestan interés en desarrollar investigación y técnicas específicas.

Para los Auxiliares de Servicio, las alternativas de desarrollo podrían pasar por la movilidad hacia puestos de auxiliares paramédicos, lo que es percibido como inviable puesto que sólo existe el caso de un auxiliar, quien no ha sido bien reconocido por su capacitación como Auxiliar Paramédico.

### **Realización Personal**

Los resultados cuantitativos obtenidos en esta dimensión llaman la atención. Cerca del 72% de los encuestados perciben positivamente la posibilidad de desarrollarse personalmente a través de su actual trabajo. El 22% lo percibe como un aspecto neutro, y sólo el 6% ve la situación negativamente.

Los comentarios en la discusión cualitativa confirmaron estas cifras, y por la saturación del tema, sólo se trató con algunos estamentos.

Hay que resaltar que en este tema se produce un fenómeno interesante, pues pese a la percepción de falta de estímulos, innovación, motivación, desafíos y recompensas, al evaluar el trabajo personal, todos dicen estar a gusto con lo que hacen y sentirse realizados como personas.

En el caso de los Auxiliares y Tecnólogos, la realización personal se asocia con un trabajo cómodo, independiente (autónomo), y con una carga menor a otras Unidades.

Es cuanto a los Médicos, están conformes con las posibilidades de realización personal en su trabajo.

Contrariamente, la realización que los médicos perciben con respecto a sí mismos, es percibida por algunos tecnólogos como mediocridad e imposibilidad para el mejoramiento de la Unidad.

### **Remuneraciones**

Una amplia mayoría (66%) evalúa negativamente las remuneraciones, con un amplio margen de respuestas neutras (22%). Estos resultados se confirmaron en la discusión, por lo que ésta se centro en qué aspectos pueden considerarse al momento de cambiar el sistema de remuneraciones.

En general, se argumentó que para cualquier cambio se requiere de herramientas y dinero con los que el Hospital no cuenta. Se les planteó la posibilidad de mejoramiento con la incorporación de posibles riesgos, como un sistema con una parte del sueldo fijo y otra variable, según el cumplimiento de metas, frente a lo cual no hubo grandes reacciones.

Los Médicos, por su parte, perciben que sus remuneraciones son muy bajas, pero para ellos esto no es un gran problema, debido a la posibilidad de generar ingresos en el sector privado. Ello, sin embargo, va en desmedro de la investigación y el desarrollo. Para los médicos más jóvenes, su acceso al ámbito privado es más restringido, por lo que su preocupación por los sueldos es mayor.

### **Estabilidad**

Los resultados cuantitativos indican una equiparidad entre las percepciones negativas y positivas (39% cada una), mientras que el 22% sería neutro.

En la discusión se rechazan estos resultados y es criticado el instrumento, ya que las preguntas pudieron haber distorsionado los resultados. Se puede hipotetizar que la estabilidad es un aspecto confuso en las representaciones de los funcionarios. En ocasiones se asume como un gran valor (apoyados en la experiencia), mientras que otras se percibe como el gran elemento entorpecedor del desarrollo del Hospital. La primera posición se expresaría claramente en los intereses de los funcionarios que participan en la Fenats.

Se plantea que los estamentos más vulnerables en este aspecto son los más bajos, en especial los auxiliares, sin embargo no se traduce en despidos sino en traslados. En cuanto a los profesionales, estos escasamente son trasladados, dado que existe poca disponibilidad de los mismos.

En este contexto, se perciben una serie de vicios que repercuten en la ejecución de tareas y en estándares de calidad, lo que incide negativamente en aquellos que pretenden desempeñar un mejor trabajo, dada la interdependencia. Aún más, esta situación llevaría a realizar un trabajo, a nivel de los profesionales, por debajo de los estándares de calidad que exige su profesión.

Por otro lado, se plantea que esta situación existe a todo nivel, incluso en el directivo, en el cual tampoco existen metas claras que permitan realizar una adecuada evaluación de desempeño que amenace la estabilidad. En este mismo sentido, el fijar metas despertaría resistencias, pues se sienten formados en la cultura antes descrita, lo que se traduciría en una limitación para el cambio.

En el caso específico de los Médicos, la estabilidad es fundamental en los primeros años de carrera. Luego va perdiendo relevancia, puesto que la pérdida del trabajo en el Hospital no significa la pérdida de la estabilidad económica, pues el ámbito privado también les brinda estabilidad, ya que éste es autogestionado.

### **Planificación y Efectividad**

Los resultados cuantitativos muestran una distribución pareja entre las percepciones positivas, negativas y neutras. Dada la naturaleza de las preguntas, este tema no se pensó en relación a la Unidad, sino al hospital. Aquí se vertieron comentarios negativos frente a la excesiva generalidad de las preguntas. Además, se constató que no se sabe nada del Hospital, dado que esta Unidad depende más de los planes del generales del Servicio de Salud Metropolitano Sur que de la planificación del Hospital Barros Luco - Trudeau.

En ese sentido, se presentó como negativo que los jefes de la Unidad fijen metas para cada año, las que van aumentando progresivamente, ya que los demás funcionarios no participan en su definición, ni tampoco las conocen.

Los Médicos jefes reconocen su responsabilidad en la no difusión de las planificaciones generadas en los Consejos Técnicos (instancia establecida para estos fines), factor esencial para explicar el desconocimiento general de los planes.

### **Cambio**

Las posibilidades de cambio, en su sentido amplio como en particular para las remuneraciones al interior del Hospital fueron percibidas positivamente por un 60% de los funcionarios, existiendo un alto porcentaje de neutros (40%).

Entre los funcionarios con percepciones positivas frente al cambio, se destaca el estamento médico, quienes visualizan en los procesos de cambio al interior del hospital buenas intenciones y que éstas estarían implementadas por gente joven, lo que para ellos es positivo. Ahora bien, la posibilidad de contar con más recursos es vista con desconfianza. Como de la misma manera, perciben una alta incertidumbre frente a los cambios de la ley que rige las modalidades de contrato para los médicos.

Los comentarios negativos fueron señalados por los Auxiliares y Tecnólogos, para quienes los cambios realizados son sólo físicos (tecnología), faltando cambios a nivel organizacional o "humano". Por otro lado, han existido cambios en la forma de financiamiento del Hospital, por la implementación de nuevos mecanismos de recaudación y la apertura de un pensionados, pero esto sólo ha incidido en el aumento de la cantidad de trabajo y no en las remuneraciones ni en el reconocimiento.

Para ellos, existiría una mayor presión para cubrir con urgencia las demandas de los pacientes que pagan por las prestaciones, lo que abriría un dilema sobre la orientación básica del hospital, cual es la atención a pacientes sin recursos económicos.

### **Identidad**

La percepción de los funcionarios expresa una tendencia a la identificación con el sector público de salud, y con ello, con el Hospital en el cual trabajan.

### **Estructura**

En general, el exceso de niveles jerárquicos (hacia arriba) no genera grandes conflictos, porque ningún jefe presiona mucho ni participa en la toma de decisiones, lo que implica la existencia de autonomía, excepto cuando es

necesario relacionarse con el medio externo (pedir recursos, evaluaciones, permisos, etc.). Es decir, en ciertas situaciones críticas el exceso de niveles jerárquicos entorpece y demora los diferentes quehaceres de la Unidad.

Particularmente en esta Unidad, existe la posibilidad de generar recursos, dadas las demandas de servicio ejercidas desde el exterior del Hospital. Esto permite la existencia de un "fondo común" para todos los equipos. Desde uno de los sub-equipos, esto se evalúa negativamente, ya que no se fijan prioridades claras, y se sienten perjudicados. Para ellos, la distribución de los recursos económicos sería el principal problema de la Unidad, pese a que han aumentado en los últimos años.

En general el rol de los jefes (principalmente médicos) es visto como débil, ya que no inciden directamente en el trabajo de los sub-equipos. Como ya hemos señalado, esta Unidad está compuesta por varios sub-equipos de trabajo independientes y, de existir comunicación entre ellos, ésta no incide en las labores de cada uno.

Cada sub-equipo posee una estructura formal, liderada por un médico, la cual no opera en uno de ellos, pues el liderazgo ha sido ejercido por los tecnólogos, tanto formal como informalmente. La percepción general es que los médicos avalarían esta situación, puesto que esta jefatura sólo les traería problemas y de esta manera tendrían libertad para velar por sus propios intereses.

### **Evaluación y Retroalimentación**

La evaluación de desempeño de cada funcionario es realizada por el Jefe Administrativo y en muchos casos es percibida como injusta, puesto que la percepción de los trabajadores de la Unidad es que esta no se haría sobre parámetros objetivos, sino que estaría determinada por el estado de ánimo del jefe al momento de evaluar.

La percepción general es que el Jefe Administrativo evalúa bien a los médicos, pese a que no cumplen los horarios establecidos o faltan a su trabajo. Esto sucedería porque entre los médicos existe una suerte de protección mutua. Esto favorece a la percepción generalizada de que a los médicos no les interesa mejorar las cosas.

### **Conflicto**

En general existen muchos conflictos al interior de la Unidad, pero los problemas de cada sub-equipo no alcanzan a involucrar a las demás.

El conflicto entre las secretarias es el más evidente, siendo el más recurrente en el trabajo cotidiano.

Existen, también, conflictos entre tecnólogos y auxiliares de un mismo sub-equipo, los que son abordados internamente, sin repercutir en el trabajo general de la Unidad.

Para uno de los sub-equipos, su situación distinta, ya que el orden y la confianza existentes les permite enfrentar el conflicto abierta y directamente, esto se ve facilitado por el liderazgo ejercido por el Jefe de Tecnólogos.

Existe, además, un conflicto entre tecnólogos y el médico, el que se encuentra relativamente superado. Los primeros perciben que más que por problemas de la estructura, la baja participación del médico es por factores personales, de intereses.

### **Confianza**

Las principales fuentes de generación de desconfianza serían las jefaturas intermedias y la estructura, las que no garantizarían la satisfacción de las demandas de los funcionarios.

Esta dimensión es percibida negativamente por todos los funcionarios. En general, no existe confianza entre los estamentos y tampoco al interior de ellos.

### **Relaciones Laborales**

Respecto a esta dimensión existen posturas encontradas. Una de ellas rechaza la actual acción gremial y la ve como factor de resistencia al mejoramiento de las relaciones laborales, dado que estarían defendiendo irracionalmente a malos funcionarios.. Por otro lado, los funcionarios que pertenecen a la Fenats, evalúan positivamente su accionar.

Existe coincidencia al percibir una baja participación, la que sólo aumentaría en las movilizaciones en pos de mejoras salariales.

### **Comunicación y Coordinación**

Según los funcionarios, no existirían instancias de comunicación validadas y efectivas para influir en los destinos de la Unidad

Nunca se ha hecho una reunión general en el Unidad. No hay comunicación sobre las exigencias que se deben cumplir.

### **Percepción de los Directivos**

Los jefes y directivos del Hospital son vistos como lejanos (no se sabe de sus intereses ni de sus iniciativas). Se percibe que los jefes se definen por partido políticos.

Se percibe, no obstante, una nueva mentalidad, en oposición a la "antigua" mentalidad mediocre, aunque ésta se ve como difícil de superar.

En general, el tema tiene que ver con la comunicación descendente, en cuanto a que los consejos técnicos no logran transmitir la información a las Unidades, junto con el poco interés de los funcionarios por saber del Hospital.

### **Liderazgo**

El liderazgo efectivo lo realizan los tecnólogos, ya sea en lo administrativo o en lo relacional. Los médicos no ejercen un liderazgo real, ni están interesados en hacerlo.

Un liderazgo ideal (imposible de realizarse por un médico) tendría que ser objetivo, con capacidad para organizar, sin hacer diferencias, capacidad de escucha, ecuánime, ser fuerte, solucionar los problemas y ser ordenado.

El liderazgo del Jefe Administrativo es visto por los funcionarios como despreocupado por ellos, y que tampoco ayudaría a facilitarles el trabajo. Lo

consideran demasiado energético y muy acelerado, pasando a llevar la autonomía de los sub-equipos, al intervenir en decisiones que deberían tomarse internamente.

Por otra parte, descuida labores administrativas que desgastan a los tecnólogos.

Los médicos son percibidos como poco interesados en estructurar el trabajo global o preocuparse de los miembros de la Unidad. Sólo les interesa realizar su trabajo individual de la mejor manera posible. Se percibe que no predicán con el ejemplo. Por eso, jamás un médico podría ejercer un buen liderazgo.

Al Jefe Administrativo tuvo un comienzo muy activo y propositivo, el que se ha ido diluyendo con el tiempo. Actualmente se le percibe como muy desordenado, sin carisma. No entrega reconocimiento sino sólo castiga lo malo.

Los logros del Jefe (buen equipamiento, uno de los mejores del país), si bien son reconocidos, se interpretan como propios del momento en que llegó al Unidad.

El Jefe formal es visto como un excelente profesional, pero sin rol de liderazgo.

### **3. Unidades Clínicas**

Dada la complejidad de las Unidades Clínicas, la implementación del proyecto ha comenzado en éstas recientemente, por lo que hasta el momento sólo contamos con algunos datos recogidos en el proceso de diagnóstico. Sin embargo, el aprendizaje desplegado en la primera parte ha permitido que la intervención se desarrolle en forma más rápida y efectiva.

Es preciso señalar, que para el caso de las Unidades Clínicas, trabajamos con dos Unidades asistenciales, las que por la naturaleza de sus trabajos específicos dan cuenta de la realidad de estos servicios.

La Unidad Clínica 1 realiza atenciones ambulatorias y hospitalizaciones.

La Unidad Clínica 2 realiza atenciones ambulatorias, hospitalizaciones y cirugía.

Una vez aplicada la encuesta de clima a las Unidades de Trabajo Clínicas (U. Clínica 2 y U. Clínica 1) se obtuvieron resultados que orientan el diseño de estrategias de intervención que permitan el descubrimiento de un nuevo sistema de incentivos.

En primer lugar, es importante destacar algunas dimensiones que estarían directamente relacionadas con el tema de los incentivos. En el caso de la U. Clínica 2 se consultó sobre las condiciones de trabajo, entendiendo por éstas los distintos factores que influyen en el desempeño, tanto físicos (espacios, ruido, temperatura, etc.) como de horarios de trabajo.

Respecto a los primeros factores de Infraestructura, es significativo el hecho de que un alto porcentaje de los entrevistados dijeron estar en desacuerdo con las condiciones infraestructurales de su trabajo. Por su parte, en la U. Clínica 1, si bien el desacuerdo es menor en este mismo ítem comparado con la U. Clínica 2, la mayoría de los entrevistados también dijeron estar en desacuerdo con sus condiciones infraestructurales de trabajo.

Ahora bien, si este mismo factor se divide por estamentos, tomando a las dos Unidades en conjunto, se obtiene que el total de médicos (médicos y becados) está en desacuerdo con las condiciones de infraestructura en que se trabaja. Lo mismo pasa con la enfermeras, quienes en su totalidad estuvieron en desacuerdo. Sin embargo, la diferencia se produce en el estamento compuesto por los técnicos y auxiliares, en los que se manifiestan alrededor de un 50,0 % en desacuerdo. Esta diferencia puede ser relevante si se piensa en que, si bien existe consenso en que las condiciones infraestructurales de trabajo no son una necesidad satisfecha, existen diferencias por estamentos, lo que puede orientar el diseño de un sistema de incentivos grupal, pero tal vez dividido por estamentos.

Por su parte, respecto al tema de las recompensas y beneficios se obtuvo que en la e U. Clínica 2, un 57 % en desacuerdo con las recompensas que existen. Para el caso de la Unidad Clínica 1 un 63 % está en desacuerdo. Esto demuestra

que, al parecer, sólo el tema de las recompensas serían una necesidad insatisfecha que podría servir de objetivo en el diseño de un nuevo sistema de incentivos.

Otro de los indicadores que aparecen como insatisfechos y que se relacionan directamente con el tema de los incentivos, es el de las remuneraciones. Frente a esto, en la U. Clínica 2 se obtuvo más de 70 % de los entrevistados no está de acuerdo en que existe interés en el trabajo por el sueldo, mientras que un 50 % dice estar en desacuerdo con los sueldos y su distribución. En la U. Clínica 1 por su parte, un 88 % de los entrevistados mostró estar en desacuerdo con que el interés en su trabajo se centraba en el sueldo, mientras que un 31,3 % no estuvo de acuerdo con los sueldos y su distribución. Al parecer, al menos en U. Clínica 1, los sueldos y su distribución no sería una necesidad significativamente insatisfecha (un 37,5 % está de acuerdo). Si se divide por estamentos, se obtiene que más del 87 % de los médicos está en desacuerdo con que el interés en su trabajo se centra en el sueldo. Mientras que en el caso de las enfermeras, la población en desacuerdo es de un 89 % de las entrevistadas, el 80 % de los técnicos y auxiliares así lo perciben también.

Finalmente, es importante consignar los resultados que se obtuvieron de las consultas sobre la posibilidad y percepción del cambio, en especial, referido al aumento de las remuneraciones. Frente a esto, un 63 % de los entrevistados de la U. Clínica 2 dice estar indiferente con la percepción o la posibilidad de estos cambios. Del mismo modo un 57 % dice estar indiferente de U. Clínica 1.

De lo anterior es importante consignar que aún estos resultados son más bien cuantitativos, y constituyen el inicio de un proceso más completo de cierre de la fase de diagnóstico. Por lo mismo, lo que se ha presentado sólo son algunas premisas, pero que son posibles de modificar a medida que se vaya completando dicho proceso de cierre. Sin embargo, a pesar de ser sólo una aproximación preliminar, de los resultados cuantitativos de la encuesta se desprenden algunas hipótesis y antecedentes importantes de considerar:

- Existirían algunas diferencias según los distintos estamentos, en especial entre los técnicos y auxiliares y los dos estamentos restantes (médicos y enfermeras). Esto se vería, por ejemplo, en los temas como condiciones de trabajo infraestructura. Otra diferencia que se detecta, se refiere al tema de la posibilidad y percepción de los cambios dentro del Hospital.

- Respecto al estamento médico, sería importante hacer distinción entre los médicos y los becados. Esto resulta significativo a la hora de distinguir diferencias entre funciones, demanda y carga de trabajo.
- La mayoría de las necesidades insatisfechas según los entrevistados de ambas Unidades, responden a factores extrínsecos, como las remuneraciones, recompensas, condiciones de trabajo infraestructurales, etc.
- Las necesidades que aparentemente están satisfechas se refieren a factores como identidad, buena imagen de los directivos, relaciones laborales, etc., la mayoría factores extrínsecos.
- Resulta significativo que, previo a toda intervención y antes de detectar las necesidades insatisfechas, existe escepticismo en la posibilidad de cambio en los Unidades.

### **Problemas de Funcionamiento de Trabajo en Equipo**

A partir de la información que se ha obtenido hasta el momento, principalmente de las entrevistas, los datos de la encuesta de clima y del análisis funcional de cargos expuesto en el punto anterior, se han detectado, ciertos problemas que apuntan al funcionamiento de Trabajo en Equipo de las UT. Si bien estos problemas deben ser profundizados teóricamente a partir de un mayor número de entrevistas que involucren a una mayor diversidad de actores, se pueden distinguir dos tipos de problemas:

#### **Problemas Internos de las Unidades:**

Los problemas internos que pueden tener relación con la satisfacción de las necesidades, y por ende, con las carencias detectadas en términos de incentivos, se refiere, en primer lugar, a condiciones de trabajo infraestructurales, algunos de estos problemas son las malas condiciones de los servicios sanitarios, la poca disponibilidad de camas, la poca provisión de materiales, tanto médicos como de tratamiento (medicamentos, jeringas, etc.), la carencia de mobiliario

adecuado por ejemplo la falta de repisas o muebles). Junto con factores infraestructurales, se detecta insatisfacción por las condiciones ambientales de trabajo, como el olor del lugar de trabajo, la temperatura, etc.

En segundo lugar, y de manera bastante evidente, se mencionan algunos problemas más frecuentes de los cargos que constituyen las Unidades Clínicas. Esta información se obtuvo a partir de la entrevista del análisis funcional de los cargos. Específicamente, éstos aluden a la baja dotación con que se cuenta en cargos como las enfermeras o auxiliares de enfermeras, la disparidad existente en el nivel de preparación y capacidad de los técnicos y auxiliares, la incertidumbre frente a la permanencia real de los médicos, la excesiva carga de trabajo de los becados que determina una sobredemanda de éstos al resto de los funcionarios (en especial a las enfermeras), y problemas de comunicación y organización del trabajo, que repercuten en los sistemas de turno, los responsables de tareas específicas, el seguimiento de los tratamientos de los pacientes por parte de las enfermeras o de sus auxiliares, etc.

#### **Problemas de la relación de las Unidades con su Entorno:**

Los problemas derivados de la relación de los Unidades con el entorno inmediato dentro de la organización, se refiere aquéllos como la fluidez de comunicación y cumplimientos de las demandas con otras Unidades, como los Laboratorios, el área de abastecimiento, aseo, lavandería, etc. Aquí se distinguen problemas de índole administrativo y problemas relacionados con la atención de pacientes. De esta forma, dentro de los primeros destacan la falta de provisión de sábanas, por ejemplo, que se deriva de la relación con la unidad de lavandería, o la carencia de mobiliario necesario para guardar algunas provisiones de las Unidades. En cuanto a los problemas que tienen relación con la atención de pacientes, existe una mala percepción dado lo engorroso que resulta el proceso de la toma de exámenes y todo lo que ello involucra (burocracia para el paciente, desorden administrativo, malos canales de comunicación, etc).

Por otro lado, y a un nivel más amplio, existe incertidumbre y desorientación en los funcionarios de ambas Unidades, frente a los cambios que pueden implicar la gestión de modernización en la cual se centra el Hospital.

## SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

A continuación se entregarán los resultados diagnósticos preliminares en cada uno de los temas contemplados en el proyecto (Desarrollo de Equipo, Motivación, Liderazgo), buscando describir cada una de las realidades existentes en las Unidades Participantes. Se buscará integrar la información surgida del diseño cuantitativo, con la recogida a través de técnicas cualitativas.

### Desarrollo de Equipo

Entenderemos por Desarrollo de Equipo el proceso que convierte a una agrupación de personas que trabajan juntas, en un Equipo de Trabajo con tareas claras e interdependientes, relaciones interpersonales positivas, comunicación eficiente, e identificación con el trabajo. En cada uno de estos aspectos se pueden manifestar distintos niveles de desarrollo, los que intentaremos describir para cada una de las Unidades participantes. Gran parte de la información ha sido analizada a partir de los resultados cuantitativos (ver anexos, tabla Desarrollo de Equipo), integrándolos finalmente con la información cualitativa.

Ambas Unidades presentan estados distintos en su desarrollo como equipo. En relación a la *subdivisión de tareas*, en la Unidad de Apoyo se funciona a partir de sub-grupos interdependientes de trabajo, con metas y tareas específicas, lo que produce compromiso al interior de cada uno. Por su parte, en la Unidad Administrativa sólo existe una división individualizada (no-interdependiente ni colaborativa) del trabajo, lo que no promueve el compromiso hacia el grupo de trabajo.

En segundo lugar, es común en ambas Unidades la presencia de *conflictos ocultos* o "*latentes*", que no se manifiestan ni confrontan abiertamente, ya sea por temor a sanciones o rechazos, o por la percepción de incapacidad para encontrar soluciones satisfactorias. Coincidentemente, hay una fuerte importancia de las *vías informales de comunicación* al interior de la Unidad.

Otro aspecto común se refiere al rol que cumple el liderazgo para los miembros del equipo. En ambas Unidades, se percibe que las funciones se realizan en forma correcta *independientemente de la presencia de los jefes*. Como

es posible de observar en el apartado destinado al tema del liderazgo, existe una percepción de los jefes como centrados exclusivamente en las tareas (sin preocuparse de las relaciones), específicamente del control sobre los subordinados. Esto genera frecuentemente un clima de tensión y poca confianza entre jefes y subordinados.

Refiriéndonos específicamente a la Unidad Administrativa, se aprecia la existencia de subgrupos de afinidad (que en ocasiones coinciden con las divisiones de tareas). Éstos permiten la expresión de afectos y opiniones respecto al funcionamiento de la Unidad. Sin embargo, se presentan rivalidades encubiertas entre los subgrupos, que se expresan en conflictos esporádicos o comentarios fuera del contexto laboral, lo que redundaría en la percepción general de que en la Unidad no existe una relación de confianza y apertura. Este último aspecto se manifiesta también en el ocultamiento de información, y en la importancia de la red de comunicación informal.

Así, las relaciones interpersonales en la Unidad Administrativa se caracterizan por una tensión latente, que probablemente explicaría la insatisfacción y bajo orgullo manifestado de pertenecer a esta Unidad. Dentro de estas relaciones interpersonales conflictivas, las personas optan por establecer exclusivamente relaciones de tipo formal, dentro de las normas de trabajo existentes.

En el caso de la Unidad de Apoyo, sus miembros se perciben como partes de un equipo de trabajo que se organiza en sub-equipos, los cuales tendrían claridad en los roles, metas y procedimientos. Por lo anterior, existe una percepción positiva en cuanto a las capacidades de la Unidad para alcanzar las metas y planes propuestos.

En esta Unidad, las relaciones interpersonales enriquecedoras se dan principalmente al interior de cada sub-equipo y de cada estamento. Esto hace que el ambiente general de la Unidad sea percibido como de desconfianza y temor a posibles sanciones. En este contexto, es posible percibir la presencia de conflictos entre miembros de distintos estamentos y sub-grupos, los que se expresan a través de chismes y pequeñas confrontaciones acerca de los procedimientos y carga de trabajo. Esto podría explicar la insatisfacción manifestada de pertenecer a la Unidad.

En síntesis, se aprecia que ambas Unidades no presentan un desarrollo homogéneo de las variables consideradas en el desarrollo de equipo, existiendo diferencias claras en cuanto a la percepción de la existencia de un equipo de trabajo. Sin embargo, es coincidente en ambas Unidades, la presencia de conflictos latentes que se expresan a través de vías informales de comunicación, así como también la percepción de la no necesidad de contar con jefes para alcanzar las metas propuestas, siendo necesaria la redefinición del rol de la jefatura, para potenciar el trabajo en cada Unidad. El clima de tensión y poca confianza generado por estas condiciones, podrían explicar la insatisfacción por pertenecer a dichas unidades.

### **Liderazgo - Supervisión**

Para representar el estado del Liderazgo (jefatura) en las Unidades participantes en el Proyecto, intentaremos primero explicar algunos aspectos comunes que podrían dar cuenta de los estilos de Liderazgo habituales dentro del Hospital (y probablemente dentro de los Servicios de Salud), para luego centrarnos en una breve descripción de cada estilo de jefatura.

El primer aspecto común importante es el *reconocimiento* que los jefes de cada Unidad tienen de parte de sus subordinados, en cuanto los consideran *profesionales experimentados* en su área específica de trabajo, es decir, gozan del reconocimiento a su capacidad técnica particular. Esto hace constatar de inmediato que, de existir algún problema, éste no surgiría de un cuestionamiento de su capacidad profesional, descartándose por tanto posibles iniciativas de capacitación técnica específica que busquen fortalecer su Liderazgo. Probablemente la capacidad profesional de algunos jefes de sub-equipos dentro de la Unidad no sería igualmente reconocida.

Un segundo aspecto común relevante, se refiere a la constatación de un *estilo de Liderazgo centrado absolutamente en la consecución y/o ejecución de las tareas* encomendadas a su Unidad, sin abarcar aspectos referidos a las relaciones interpersonales entre los miembros (confianza, expresión de sentimientos, intereses particulares, ánimo en el trabajo, conflictos), descuidando incluso problemas referidos a su propia relación con los subordinados (desconfianza, desentendimiento, rencor, etc). La preocupación exclusiva por las

tareas se acompaña en una importante cantidad de situaciones de autoritarismo en la toma de decisiones por parte de los jefes de las Unidades. Estos resultados cualitativos son absolutamente concordantes con los resultados de la encuesta, en donde se observa una fuerte tendencia a percibir poca preocupación de las jefaturas en los aspectos relacionados con los funcionarios y en la promoción de buenas relaciones interpersonales (ver anexos, tablas de percepción del Liderazgo y Supervisión).

En relación a lo anterior, es posible que el estilo de Liderazgo exclusivamente centrado en las tareas no surja sólo de sus características personales, sino que represente y sea funcional a las características del sistema. Aspectos como la cultura organizacional, la estructura existente y los procedimientos que ella genera, podrían determinar fuertemente la necesidad de los jefes de centrarse sólo en procedimientos y tareas, entregándoles la atribución de las relaciones interpersonales a otros miembros de la Unidad (sobre todo mujeres de mandos medios). De esta reflexión se desprende que las iniciativas de mejoramiento de la función de Liderazgo no se deben referir a tratar características personales (individuales) de los jefes, sino a comprender y perfeccionar la estructura y el diseño organizacional. A continuación profundizaremos en los estilos específicos de cada uno de los jefes participantes en el proyecto.

En cuanto a aspectos específicos de la jefatura de la Unidad Administrativa, se observa insatisfacción con su condición de jefe, junto con la valoración negativa de los supervisados en relación a sus conductas habituales de control y despreocupación por el bienestar general de las personas. Además, no logra cubrir problemas existentes de *desarrollo individual* de los miembros de la Unidad, el manejo y resolución de problemas de *relaciones interpersonales*, la *retroalimentación* orientada a mejorar el desempeño de sus subordinados y el diseño de nuevos *procedimientos de trabajo* (para lo cual probablemente esté limitado por los requerimientos del sistema).

Por su parte, la jefatura de la Unidad de Apoyo se manifiesta satisfecha con su estilo de liderazgo, existiendo una percepción ambigua de sus subordinados acerca del mismo (valoración positiva por la estructuración del servicio, y negativa por el autoritarismo habitual). En cuanto a los problemas existentes en la Unidad que no logra cubrir la jefatura, se encuentran las malas

condiciones y alta presión de trabajo de auxiliares y administrativos (ya que se preocupa principalmente de la satisfacción de los profesionales), la competencia profesional entre médicos y profesionales no - médicos, y las posibilidades de capacitación y desarrollo de todos los miembros de la Unidad (reconocido por todos como problema del sistema).

Intentando resumir el estado de la función del Liderazgo en ambas Unidades de Trabajo, éste se caracteriza por la preocupación de los jefes en las tareas de la Unidad más que en las relaciones interpersonales o "ambiente" de trabajo, manifestando el jefe de la Unidad Administrativa mayor tendencia al control sobre los subordinados, mientras que el de la Unidad de Apoyo a la calidad técnica de los productos de la Unidad. En ambos casos sus subordinados critican su autoritarismo, pese a reconocer su capacidad profesional en el área de trabajo.

### **Motivación Laboral**

La Motivación Laboral es uno de los aspectos centrales del diseño de la intervención planteado en el SSMS, a través de cuyo estudio se espera establecer un nuevo Sistema de Incentivos para las Unidades de Trabajo participantes.

En este sentido, el proceso de detección de necesidades y satisfactores para ellas, se presenta como el mecanismo central para abordar el tema de la Motivación. Hasta la fecha, se ha obtenido un listado preliminar de necesidades por Unidad de Trabajo, esperando a futuro confrontarlo con los miembros de las Unidades, para elaborar así una nueva clasificación

En la Unidad de Apoyo se han descubierto necesidades que influyen en la satisfacción o insatisfacción laboral de su miembros. Entre las necesidades satisfechas se encuentra la de Logro o Competencia, la de Relaciones Interpersonales, y relativamente las de Reconocimiento Social, Seguridad y Autonomía. Entre las necesidades insatisfechas están las de Aprendizaje y Desarrollo, Reconocimiento Económico, Coordinación y la necesidad de Materiales y Condiciones adecuadas de trabajo.

En la Unidad Administrativa surgen necesidades relativamente similares a las analizadas en la Unidad de Apoyo, pero su nivel de satisfacción es distinto. Dentro de las necesidades satisfechas se encuentra la de Seguridad y Estabilidad, y relativamente la de Relaciones Interpersonales. Entre las insatisfechas están las necesidades de Reconocimiento, Retroalimentación, Desarrollo, Enriquecimiento de la Tarea e Infraestructura y Espacio.

El Equipo Facilitador ha elaborado una descripción detallada de cada una de estas Necesidades para cada Unidad, diferenciando cuando es necesario entre los distintos satisfactores para cada nivel estamental. Esta información se encuentra disponible en la Unidad de Estudios del Departamento de Recursos Humanos de nuestro Servicio.

Al comparar los resultados del análisis de la Motivación en ambas Unidades, surgen aspectos interesantes de reflexionar.

En primer lugar, llama la atención la relativa homogeneidad en la satisfacción de las necesidades de los miembros de la Unidad Administrativa, en contraposición a la variedad de necesidades y satisfactores surgidos en los distintos grupos estamentales existentes en la Unidad de Apoyo. Esto pone inmediatamente interrogantes y desafíos acerca de la naturaleza colectiva que pueden tomar los futuros Sistemas de Incentivos que el Proyecto pretende implementar.

Otro aspecto importante se refiere a la estrecha relación existente entre la naturaleza de la tarea realizada en cada Unidad, y la satisfacción de necesidades de sus miembros. En la Unidad Administrativa -donde existen procesos estandarizados de trabajo- surge la insatisfacción frente a la necesidad de enriquecimiento de la tarea, mientras que en la Unidad de Apoyo se manifiesta la satisfacción frente a las necesidades de Logro y Autonomía en el trabajo.

Por otra parte, las necesidades de relaciones interpersonales y reconocimiento social se manifiestan en ambas Unidades como un aspecto central dentro de la Motivación Laboral. Mientras que en la Unidad de Apoyo ésta se satisface en forma clara al interior de cada estamento, en la Unidad Administrativa es más difusa y ambigua. El reconocimiento social en ambas se encuentra insatisfecho, pero dada la estructura organizativa de la Unidad

Administrativa (en que sólo existe un superior que puede otorgar reconocimiento, y no lo hace) la insatisfacción se manifiesta más fuertemente.

Si bien es por todos reconocida la satisfacción por la estabilidad laboral existente, en ninguna de las Unidades existen oportunidades de satisfacer las necesidades de desarrollo y aprendizaje, así como en ambas se evidencia el poco reconocimiento económico de parte de la organización a su desempeño.

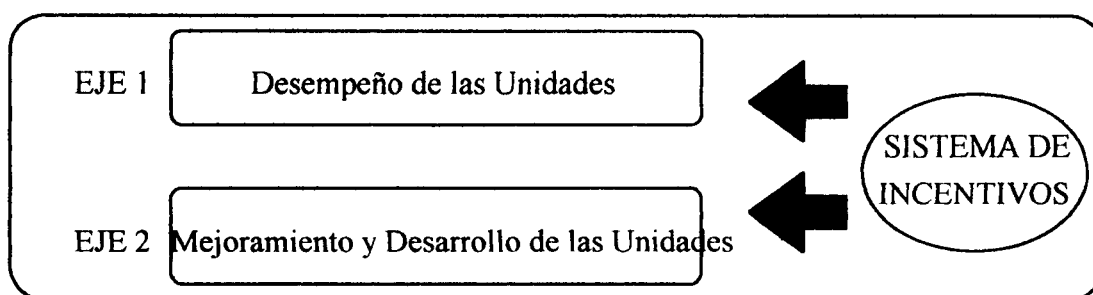
Frente a aspectos básicos para trabajar, en ambas Unidades surgen problemas de tipo material, que mientras en la Unidad de Apoyo se relacionan principalmente con equipos médicos de trabajo, en la Unidad Administrativa tienen que ver con el espacio físico en el que trabaja cada persona.

## CAPÍTULO 5 PROPUESTA MODELO DE INCENTIVOS

### MODELO PRELIMINAR DE SISTEMA DE INCENTIVO

A continuación se presentará el Modelo General que ha orientado las acciones implementadas en cada Unidad participante. Esto se hará para que la lectura de los distintos procesos de desarrollo impulsados, se puedan enmarcar dentro de la preparación de condiciones para la implementación del sistema de Incentivos

Después de haber analizado la realidad de las Unidades participantes (principalmente la administrativa y la de apoyo clínico), y haber estudiado experiencias y planteamientos de distintos autores, se ha establecido un esquema muy básico para el Sistema de Incentivos, centrado en dos ejes principales: el desempeño de los miembros de las Unidades de Trabajo y los procesos de mejoramiento y desarrollo de la Unidad. Ambos aspectos deberán estimularse con el Sistema de Incentivos, de modo de no sólo mejorar la atención de Salud entregada por las unidades, sino también generar las condiciones para el continuo desarrollo y aprendizaje de nuevos procesos al interior de ellas.



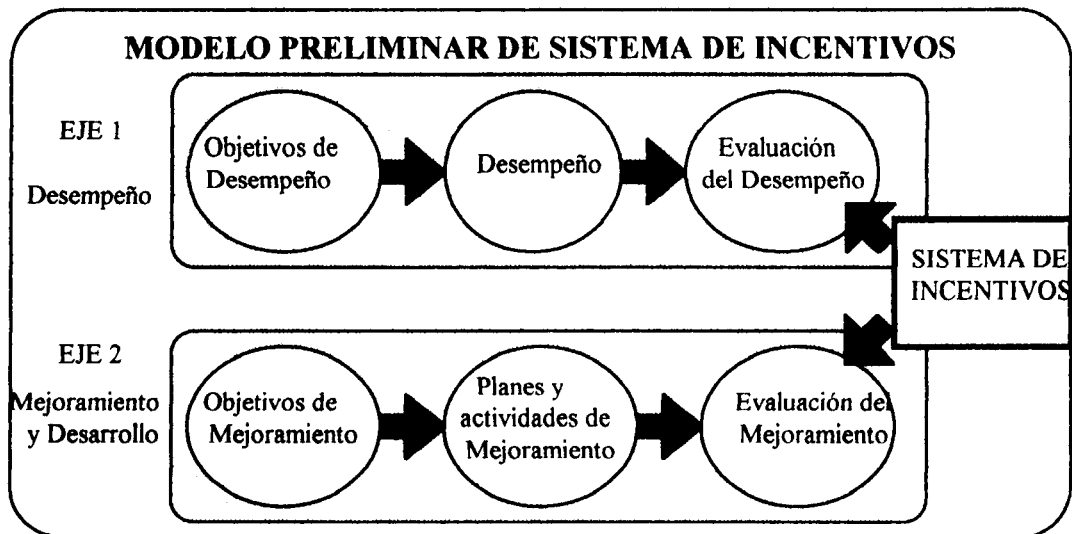
El Primer Eje -el Desempeño de la Unidad- se refiere a la actividad concreta de la Unidad de Trabajo, en base a objetivos de “atención” o “producción” establecidos conjuntamente. Contempla los indicadores directos de resultados. Por su naturaleza, puede diferenciarse entre desempeño individual, grupal o de la Unidad completa. Dados los objetivos y posibilidades del presente proyecto, se ha considerado exclusivamente la posibilidad de establecer incentivos grupales.

El Segundo Eje -el Mejoramiento y Desarrollo de la Unidad- tiene como principal objetivo el desarrollar las condiciones para que cada unidad, y a la larga el Hospital, se transforme en un Sistema "Inteligente", capaz de reformar sus acciones en función de los distintos requerimientos de su entorno, de modo de responder con mayor efectividad ante él. Se espera que al premiar las iniciativas de mejoramiento se logre incentivar el progresivo desarrollo de cada Unidad. Este eje es además una excelente posibilidad para entregar incentivos cuando la naturaleza del trabajo haga difícil establecer objetivos de desempeño (probablemente en las Unidades Clínicas).

Como es de suponer, la actual inexistencia de un Sistema de Incentivos controlable y efectivo dentro del sistema organizacional hace lejanos ambos ejes del Modelo de Sistema de Incentivos, sobre todo el referido al mejoramiento y desarrollo de las Unidades. Es así como se espera conseguir en primer lugar la entrega de incentivos al buen desempeño, y una vez ésta lograda, poder dirigirse hacia el reforzamiento de los proyectos de desarrollo dentro de cada Unidad.

En cuanto a contenidos, el modelo contempla en ambos ejes cuatro elementos básicos. En primer lugar, los objetivos que regirán tanto el desempeño de las Unidades, así como las iniciativas de desarrollo dentro de éstas. Luego, se contempla el desempeño y el mejoramiento propiamente tal, medible a través de indicadores claros y compartidos. En tercer lugar, se contempla la evaluación del desempeño de la Unidad y de sus miembros, así como de los procesos de mejoramiento, como parte central del proceso de entregar Incentivos. El cuarto elemento, consecuencia de la evaluación, lo representan los incentivos

(satisfactores, premios) al buen desempeño, y al desarrollo de la Unidad. La siguiente gráfica representa lo señalado.



Al analizar el estado actual de cada uno de los elementos en las Unidades participantes, hemos observado una gran distancia entre el ideal de funcionamiento dentro del modelo y las reales prácticas organizacionales. Esto ha impulsado a diversas iniciativas de desarrollo dentro de cada Unidad, de modo de preparar las condiciones para la implementación del modelo, las cuales serán detalladas para cada Unidad en la sección siguiente.

En cuanto a la organización del trabajo y del desarrollo de cada Unidad en base a Objetivos, se puede decir que es un proceso lejano para las Unidades participantes, pero no imposible. El trabajo se organiza en torno a funciones y plazos de exigencia, y no a partir de objetivos definidos. De todos modos, se cuenta con las condiciones básicas para esto, cuales son, el trabajo autónomo a partir de grupos definidos, la posibilidad de fijar metas en conjunto con los requerimientos del hospital, y por sobre todo, la posibilidad que cada equipo tiene de controlar su desempeño en función de su esfuerzo. En relación al eje de desarrollo, se podría decir que el sistema no está preparado ni acostumbrado a dirigir por sí mismo su propio desarrollo, enmarcando posibles iniciativas dentro de una Planificación Global del Hospital en cuanto a éste.

En lo referido al Desempeño propiamente tal, se puede señalar que se pretende que este pueda definirse en función de criterios claros que den cuenta de él, principalmente a nivel grupal (dado que al trabajar en equipo los indicadores

individuales se hacen difusos). Actualmente, si bien podrían fijarse indicadores al trabajo grupal, no existe un soporte de información y de medición suficiente para mantenerlo. Caso más extremo es el de las escasas iniciativas de mejoramiento y desarrollo, que rara vez contemplan criterios de medición que den cuenta de sus verdaderos efectos.

En tercer lugar, la Evaluación se presenta como un elemento central dentro del modelo. En el caso de la evaluación del desempeño, actualmente se manifiesta como uno de los mecanismos que más influye en el clima laboral al interior de cada Unidad, principalmente en lo referido a la relación y evaluación de los funcionarios hacia sus jefes. Como es sabido, es de carácter estrictamente individual, y frecuentemente se percibe como un proceso injusto, no basado en el desempeño real de cada funcionario sino en función de percepciones subjetivas influidas por los estados de ánimo al momento de evaluar. El cambio en el proceso de evaluación del desempeño es uno de los elementos centrales del estilo de Liderazgo de un jefe de Unidad, y se inserta como un proceso altamente influido por la cultura organizacional en los establecimientos públicos de salud. Se espera dirigir el proceso hacia la medición en base a criterios previamente definidos.

Se espera entonces mejorar el proceso actual de medición del desempeño, orientando la actual evaluación individual como un proceso de estrecha relación entre cada trabajador y su superior directo. Por otra parte, se buscará generar nuevos mecanismos de evaluación grupal para cada Unidad, que puedan complementar con incentivos a los logros grupales.

En relación a la evaluación de las iniciativas de mejoramiento y desarrollo de cada Unidad, esta tendrá que realizarse conjuntamente entre los jefes de las Unidades y la Dirección del Hospital (en base a criterios globales de Establecimiento), posiblemente asesorados por equipos apoyo profesional. En esta área es donde observamos el mayor atraso y por tanto es la más lejana de alcanzar dentro del trabajo planificado.

Finalmente, en cuanto a los Incentivos o premios, estos se determinarán en función de los satisfactores definidos en el proceso de diagnóstico con las Unidades. Su naturaleza será principalmente grupal, es decir, que satisfaga

necesidades compartidas por ciertos grupos, ya sean de trabajo o estamentales. A continuación se presenta un listado preliminar de satisfactores para cada unidad

## **NECESIDADES Y SATISFACTORES**

De acuerdo a la información obtenida a través del diagnóstico organizacional realizado en la Unidad Administrativa y de Apoyo se plantean una serie de necesidades, a partir de las cuales se desprenden los posibles incentivos que servirán como punto de partida en la planificación e implementación de los mismos.

Con el objeto de sistematizar la información obtenida en el trabajo con las distintas Unidades en torno al tema de la motivación laboral, presentamos a continuación una serie de necesidades que resultan importantes para las personas que trabajan al interior de estas Unidades de Trabajo. En cada una, se puede observar cómo son cubiertas (satisfechas o insatisfechas) entre los miembros de la UT, diferenciando -cuando es necesario- ente los distintos estamentos existentes.

Cabe señalar que esta información fue recolectada principalmente a partir de un ejercicio específico de Motivación Laboral y son sólo de carácter diagnóstico. Se espera que cuando se implemente definitivamente el sistema de incentivos se realicen sesiones de trabajo con las distintas Unidades, que permitan profundizar más exhaustiva definición de necesidades, así como la definición de una amplia gama de satisfactores frente a cada una de ellas.

El listado de necesidades que a continuación se presenta, se refiere a los principales aspectos que surgen al momento de analizar las circunstancias de mayor satisfacción e insatisfacción que se producen en los trabajadores

### **Unidad de Apoyo Clínico**

- **Necesidad de Logro (Hacer las cosas bien)**

Uno de los aspectos que más recurrentemente aparece al momento de analizar el estado de la motivación laboral de los trabajadores de la Unidad de Apoyo Clínico resulta de la necesidad de cada persona de realizar correctamente

las funciones que se le han asignado o que él mismo se ha propuesto. Se refiere principalmente al sentimiento de auto eficacia, o de "hacer las cosas bien".

En este sentido, se puede decir que en todos los niveles jerárquicos y estamentales presentes en esta UT esta necesidad resulta altamente significativa para las personas. En general, los miembros de la Unidad de Apoyo Clínico se sienten conformes con su propio desempeño (por tanto esta necesidad estaría de algún modo siendo satisfecha), tanto a nivel individual como colectivo.

Resulta interesante precisar que en los niveles inferiores de la escala estamental la necesidad de logro se manifiesta como la necesidad (y en este caso satisfacción) de hacer bien el trabajo asignado. En cambio, en los niveles profesionales (tecnólogos y médicos) se manifiesta como la satisfacción por una creciente especialización y experticia en el ámbito de acción laboral en el que se desenvuelven.

- **Necesidad de Reconocimiento (social y económico)**

La necesidad de reconocimiento por el trabajo desempeñado puede ser entendida a partir de dos aspectos básicos. Una se refiere a la necesidad de reconocimiento social por el trabajo (tanto formal como informal), en la que en general los miembros de esta UT se sienten satisfechos. Por otro lado, está la necesidad de reconocimiento económico por el trabajo desempeñado (aspecto básico del contrato laboral), frente a la cual gran parte de los miembros se sienten insatisfechos. Lo importante de considerar a ambos aspectos como parte de una misma necesidad -el reconocimiento- es que para las personas serían elementos indisolubles del reconocimiento que creen que la organización en la que trabajan debe entregarles. A continuación se describen con mayor detalle cada uno de estos tipos de necesidades.

La necesidad de reconocimiento social en los niveles más bajos de la estructura se manifiesta concretamente como la posibilidad de recibir *aprobación* informal de parte de los estamentos más altos (profesionales), en cuanto felicitar, agradecer y reconocer los errores que surgen de responsabilidades ajenas tanto a secretarias como a auxiliares paramédicos. Esto pocas veces sucede (por el estilo habitual de relaciones laborales), pero cuando ocurre produce -según ellos mismos señalan- gran satisfacción en el propio trabajo. Este reconocimiento es de

tipo informal, ya que en general se percibe que formalmente la organización brinda pocos espacios de reconocimiento social al trabajo de sus funcionarios.

En los estamentos profesionales la necesidad de reconocimiento social se manifiesta de otras formas. En los Tecnólogos Médicos esta necesidad no se manifiesta abiertamente. se podría suponer una suerte de desesperanza frente a satisfactores de este tipo, dado su tradicional carácter subordinado (y conflictivo) en relación al estamento médico. Es posible suponer que el reconocimiento que esperan los tecnólogos se refiera a tomar en cuenta su aporte teórico, al mismo nivel académico que el de los médicos.

En cuanto a los médicos, la necesidad de reconocimiento a su desempeño se manifiesta en relación a sus colegas de otras especialidades, marco en el cual la especialidad de Anatomía Patológica no goza de un prestigio reconocido.

Finalmente, en cuanto al reconocimiento económico por la labor desarrollada, en todos los estamentos parece existir una fuerte insatisfacción frente a la compensación que la organización puede darles a sus funcionarios.

- **Necesidad de Relaciones Interpersonales**

Resulta interesante señalar que este es uno de los aspectos más compartidos y reconocidos como fuente de satisfacción laboral. Se refiere a la necesidad de establecer relaciones interpersonales profundas y agradables. Los miembros de todos los estamentos (aunque principalmente secretarias y tecnólogos médicos) reconocen encontrarse en un lugar donde las relaciones son buenas, entretenidas y enriquecedoras.

Las relaciones interpersonales, como ha sido detalladamente descrito en el capítulo correspondiente, se dan principalmente a nivel intraestamental y con las personas que conforman el propio equipo de trabajo, es decir, la más fuerte relación se establece con el compañero inmediato de labores.

- **Necesidad de Autonomía**

Se refiere a un aspecto repetidamente señalado en las actividades de recolección de información, en cuanto al espacio necesario para decidir las actividades, formas o plazos en los que se trabaja, así como la necesidad de trabajar sin excesiva presión externa.

En relación a esto, se puede observar que los distintos estamentos otorgan una gran importancia a este aspecto, pero existen importantes diferencias en la satisfacción de la necesidad de autonomía y tranquilidad.

En las secretarías esta necesidad está altamente insatisfecha, ya que su trabajo se caracteriza por fuertes presiones externas (tanto de público como de miembros de otros estamentos), junto la fuerte cantidad y premura de procedimientos a seguir. Según dicen, siempre hay alguien apurando o presionando por algo que deben obtener rápidamente.

Entre auxiliares paramédicos, así como los profesionales (médicos y tecnólogos) la satisfacción de esta necesidad es distinta. Señalan tener espacios de decisión en el trabajo personal, así como plazos claros en los cuales desenvolverse.

Finalmente, y en relación al último componente de esta necesidad, la mayoría señala estar altamente agobiado con la fuerte cantidad de trabajo existente.

- **Necesidad de Aprendizaje y Desarrollo**

Este aspecto se refiere a la posibilidad formal e informal de desarrollarse en la actividad de trabajo, en cuanto adquirir habilidades y conocimientos que enriquezcan a las personas. Los miembros de todos los estamentos señalan esta necesidad como importante, existiendo importantes diferencias en la satisfacción de ella.

Tanto secretarías como auxiliares paramédicos señalan tener espacios de aprendizaje informal (no programado por la organización) en su trabajo, lo que los satisface de una manera importante. Ahora bien, también coinciden en el reconocimiento de la inexistencia de posibilidades formales de aprendizaje y

desarrollo al interior del Hospital (cursos de capacitación por ejemplo), lo cual es fuente importante de insatisfacción frente a esta necesidad, ya que se percibe que institucionalmente el aprendizaje y desarrollo de los funcionarios no sería un elemento facilitado y valorado.

En los tecnólogos médicos el aprendizaje y desarrollo es percibido como una necesidad concreta para el buen desempeño profesional, lo cual los hace estar individualmente perfeccionándose de modo continuo. Así también, existe insatisfacción por la inexistencia de espacios formales de capacitación profesionales.

Entre los médicos en cambio se produce una aparente satisfacción frente a las posibilidades de aprendizaje y desarrollo, posiblemente porque tienen la posibilidad concreta de estar conectados con la actividad académica y universitaria, específicamente en relación a la especialidad Anatomía Patológica. De todas formas, tampoco se sienten completamente satisfechos con la relación existente entre ellos y la Universidad, ya que tampoco se les daba el espacio necesario para desarrollar, adaptar y generar nuevos conocimientos y tecnologías.

Las siguientes necesidades, de materiales y de trabajo en equipo, se refieren a condiciones necesarias para trabajar, más que a aspectos individuales que determinen la satisfacción laboral. Se podría decir entonces que en el contexto laboral, la insatisfacción de estas necesidades afectan muy negativamente en el ambiente de trabajo, sin embargo, la satisfacción de estas necesidades no asegura satisfacción laboral de los trabajadores sino sólo condiciones básicas para desarrollarse. es lo que algunos llaman "necesidades higiénicas" en el entorno laboral.

- **Necesidad de buen trabajo en equipo**

La necesidad de buen trabajo de equipo se refiere al requerimiento de parte de los miembros de la Unidad de Apoyo Clínico de trabajar coordinadamente y con comunicaciones fluidas entre los distintos estamentos.

Se ha podido observar, que en los estamentos más bajos (secretarias y auxiliares paramédicos) la insatisfacción de esta necesidad provoca graves

problemas en el desempeño habitual (ahí explotan los problemas de coordinación globales).

Por el contrario, la necesidad de trabajo en equipo se manifiesta en los estamentos profesionales como un conflicto de poder, el que se apacigua en el distanciamiento entre los profesionales.

- **Necesidad de materiales y condiciones apropiadas**

Los miembros de todos los estamentos reconocen la inexistencia de materiales, equipos, y lugares de trabajo apropiados para desarrollar un trabajo apropiado. Este aspecto está desarrollado en el capítulo correspondiente en el presente informe.

- **Capacitación**

La capacitación se presenta como una necesidad permanente y con alta demanda a todo nivel estamentario. Aunque, si bien existen las oportunidades para ello, se presentan de manera desigual en los diferentes niveles. Siendo más beneficiado el personal médico que el no - médico.

En este sentido se plantea:

Incentivar al personal la efectiva posibilidad de optar a cursos de capacitación, los cuales para que actúen como satisfactores reales, deben ser atingente a la labor que desempeñan los funcionarios, ya que muchas veces los cursos dictados no contribuyen al quehacer laboral. Dentro de este marco, resulta prioritario el evaluar las facilidades otorgadas al personal para poder asistir a dichos cursos ya que muchas veces el acceder a ellos significaría una mayor cantidad de trabajo sin ningún tipo de reconocimiento extra. Esto es posible de controlar optando por la capacitación interna, que se manifiesta como una posibilidad real en el caso de los profesionales no médicos y que contribuiría con el aprovechamiento del recurso humano existente.

Para el estamento médico un incentivo importante resulta el obtener becas de estudio y horas de investigación, lo que contribuye a su perfeccionamiento y especialización (meta valorada).

- **Condiciones Ambientales**

Estas son percibidas como deficientes en la mayoría de los casos. Siendo más notoria la disconformidad en los estamentos de auxiliares de servicio técnicos paramédicos y secretarias. De ello se desprenden los siguientes satisfactores:

- Mejoramiento de las condiciones físicas del lugar de trabajo, como por ejemplo, la adquisición de ventiladores en zonas de emanación de sustancias tóxicas, sillas ergonómicas, etc.

- **Comunicación y Participación**

Existe una falta de participación que se traduce en insatisfacción, sentimiento de desvalorización y alienación lo que incide en la falta de compromiso y el aprendizaje de la desesperanza que es característico de esta organización. Por lo que resulta como incentivo para el personal:

Instancias de participación y posibilidad de informarse tales como: reuniones periódicas, en las cuales se discutan, analicen o simplemente se entregue información en torno a temas que resulten de interés y que involucren al personal. Esto es especialmente importante en aquellas oportunidades en las cuales se generan cambios al interior de la organización. El método participativo, reduce la probabilidad de surgimiento de resistencias, lo que provoca conflictos y detención de los procesos.

- **Organización del Trabajo**

La mayoría de las veces no existe una normativa clara en cuanto a las funciones que cada persona debe realizar. Esto trae como consecuencia el que se superpongan funciones tanto entre el personal de un mismo estamento como entre personal de aquellos diferentes. Por ello resulta como un satisfactor importante:

El que exista una planificación del trabajo participativa, para cada sub-unidad, especificando la forma de distribución de las tareas y funciones a desempeñar, valorando la capacitación del personal, enriqueciendo el trabajo de aquellos funcionarios capaces de realizar tareas más complejas que las que ha realizado hasta ahora, no significando esto una mayor carga de trabajo.

### **Unidad Administrativa**

- **Capacitación**

El personal plantea la necesidad y el deseo de capacitarse en el uso de nuevas técnicas y herramientas para alcanzar mayor desarrollo en la propia ocupación como en otras actividades realizadas en la unidad.

En este sentido los satisfactores propuestos son cursos de capacitación en computación específicamente herramientas estadísticas.

Capacitación en nuevos sistemas de contabilidad.

Y en el caso particular de quienes tienen contacto con público, capacitación en atención a personas.

- **Condiciones Ambientales**

La necesidad de mejoramiento de las condiciones ambientales dificultan la expedita realización de las tareas, dado que la carencia de tecnología y material de apoyo incide en el ritmo de trabajo, acumulación de tareas, esfuerzo físico y psicológico, etc.

Satisfactores asociados podrían ser:

Mejoramiento del entorno laboral: calefacción, baños, cocinilla, sillas anatómicas, repisas, escritorios, teléfonos, etc.

Incorporación de equipos de trabajo como computadoras y fotocopiadoras.

- **Organización y Carga de Trabajo**

Se detecta como necesario la creación de una normativa de trabajo referido tanto a las funciones a desempeñar como a la cantidad de trabajo a realizar. En el caso de esta unidad en particular la variable carga de trabajo es sensible a fluctuaciones externas a la unidad, por lo que existen períodos de aumento de trabajo incontrolable, lo que influye evidentemente en el cumplimiento de la tarea y en la calidad de ésta (además de la introducción de un estresor importante para el personal).

En este sentido, la ausencia de una clara planificación y coordinación incide en la mala distribución de la carga de trabajo, imposibilitando el adelantarse a las modificaciones externas y contar con una retroinformación que facilite la redistribución de las tareas. De este modo la planificación sería una condición previa y necesaria.

Un incentivo asociado sería la entrega de horas extraordinarias debidamente justificadas y rendidas.

- **Comunicación y Participación**

Es necesario crear instancias de comunicación para coordinar y planificar en forma conjunta con las unidades que estén en contacto con la unidad administrativa, dada la naturaleza del trabajo.

En este sentido un satisfactor sería la realización de reuniones periódicas informativas y la participación en la toma de decisiones en los temas atinentes.

- **Desarrollo de Carrera**

Un aspecto central es la estructura de grados, que no permite movilidad y por lo tanto un tipo de reconocimiento formal del buen desempeño. Así satisfactores posibles serían dinero por trabajo destacado o cumplimiento de objetivos y/o jefaturas medias pagadas.

## **CAPÍTULO 6                      CONCLUSIONES**

### **DESAFÍOS ORGANIZACIONALES**

La iniciativa de desarrollar un modelo de sistema de incentivos en el sector público de salud, surge de la necesidad urgente de incorporar en los ámbitos de la administración el desarrollo y mantenimiento de los recursos humanos. En primer lugar, el mantenimiento de una dotación constante y suficiente es básica para la gestión de los planes de salud y por otro lado el desarrollo de los recursos humanos es central para el mejoramiento continuo de la calidad del servicio prestado, alcanzando la satisfacción de los funcionarios que trabajan en el sistema como de los usuarios del mismo.

Es decir, un sistema de incentivos está orientado al alcance de objetivos organizacionales en pos de la productividad, calidad, etc, retribuyendo a quienes se esfuerzan y alcanzan logros orientados a la satisfacción de las necesidades organizacionales. Este proceso significa un esfuerzo directo para los funcionarios, pues implica un constante desafío a sus capacidades de desarrollo y efectividad, pero por sobre todo es un reto a las capacidades de los Servicios de Salud de planificación y efectividad.

En este sentido, la búsqueda y alcance de objetivos implica a la organización la inversión de recursos de diversas índoles, financieros, materiales, de tiempo, etc.

Pues aunque se traten de incentivos no monetarios para los funcionarios, estos siempre implican costos para la organización, de hecho una de las formas de estimar la efectividad de los incentivos es calculando la relación de retorno "costos - ganancias", estas últimas no siempre monetarias.

Por ejemplo, el tiempo dedicado a la planificación de una unidad, es inversión en desarrollo pues no se dedica a la corrección de errores ("disminución de costos") sino que al adelanto de éstos, su prevención y por lo tanto la ganancia corresponde a el avance hacia metas que superan el estado actual de una determinada unidad ("ganancia")

Dados estos obstáculos, el diseño y aún más, la implementación de un sistema de incentivos en el Sistema de Salud, el que no cuenta con un desarrollo suficiente en esta área, se encuentra con variados obstáculos. En primer lugar, es necesario lograr que la organización acepte el desafío de dar el primer paso invirtiendo en el desarrollo de sus recursos humanos, lo que implica *cambiar la visión desde la perspectiva del gasto a corto plazo hacia la inversión en desarrollo a largo plazo*. Este punto es clave si pensamos en que uno de los énfasis del Sistema de Salud está puesto en la solución de problemas contingentes y en la reducción de gastos, ambos aspectos sustentados en una cultura administrativa de larga data.

Por otro lado, un segundo obstáculo lo constituye la deficiente planificación organizacional del sector salud, existiendo poca claridad de las metas, objetivos, necesidades de los usuarios, capacidades requeridas, nivel de los recursos con los que se cuenta, etc. Todo lo cual dificulta la definición de qué aspectos se intenta incentivar, qué objetivos deben alcanzar los funcionarios, cómo se llevarán a cabo las estrategias para alcanzarlos, etc. Lo que se refleja en el actual sistema de evaluaciones de desempeño e incentivos asociados.

En este contexto, la implementación del modelo de sistema de incentivo propuesto, implica la respuesta del Sistema de Salud a ambas exigencias, cambio de enfoque desde la perspectiva de gasto en recursos humanos a inversión; y desarrollo de la planificación. Pero, dado que las iniciativas organizacionales tienden a ser de lenta implementación, el éxito del modelo de sistema de incentivos propuesto, es más probable de alcanzar enfatizando en su inicio el eje del desempeño, lo que aceleraría la necesidad de cambio del estilo de dirección, sin embargo, dadas las características de diversidad y complejidad de los Servicios de Salud, no siempre es posible definir objetivos y criterios claros de productividad, siendo en este caso central el eje de desarrollo, dado que su amplitud recoge aspectos como la calidad, desarrollo de equipo, innovación, iniciativa, etc. Como aspectos a incentivar.

## **UN SISTEMA DE INCENTIVOS V/S UN MODELO DE SISTEMA DE INCENTIVOS**

Otro punto que es central destacar, y que también se plantea como un desafío a la organización, es la de entender al Sistema Público de Salud como una entidad compleja y diversa, lo que hace perder sentido a la gestión como un proceso homogéneo, aspecto que se pasa a detallar.

Las organizaciones públicas de salud, poseen una gran diversidad de ámbitos involucrados en la entrega de salud, desde lo administrativo hasta lo propiamente asistencial, lo que se refleja en la existencia de unidades administrativas, de apoyo y clínicas. Por otra parte, esta complejidad se manifiesta en la existencia de diversos estamentos, presentes en distintas proporciones en cada unidad.

El carácter antes mencionado, de complejidad y diversidad de los Servicios de Salud, se refleja en la naturaleza del trabajo desarrollada en las distintas unidades, la que les otorga un sello distintivo, pues poseen objetivos distintos, los procesos de trabajo van desde timbrar documentos hasta realización de intervenciones quirúrgicas, establecen cierto tipo de relaciones con todas o algunas unidades, las características de los funcionarios que las componen también difieren, etc. Todo lo cual, repercute en diversidad de necesidades y por lo tanto de incentivos.

Esta complejidad, incluso se ha expresado en la dificultad de hacer participar conjuntamente a los distintos estamentos en actividades orientadas a la implementación del actual proyecto. Existiendo un respaldo de la cultura organizacional que acepta la diferenciación e incluso la jerarquización, aspecto que debe ser considerado para la implementación de cualquier iniciativa de carácter participativo.

En este sentido, parece poco útil el diseño e implementación de un sistema único de incentivos, pues es iluso pensar que un conjunto homogéneo de recompensas satisfaga la variedad de necesidades de todos los funcionarios y que por otro lado, sea capaz de reforzar el alcance de objetivos diferenciales o específicos para cada tipo de unidad.

Dado lo anterior, se propone el diseño de un modelo flexible de incentivos que sea adaptable a las necesidades y planificaciones de cada tipo de unidad, que se enmarque dentro de los cánones legales, y que efectivamente responda a necesidades laborales siendo satisfactorios posibles de costear, siendo esta propuesta coherente con el momento de revisión y modernización por el que atraviesa el sector Salud.

### **GESTIÓN ORIENTADA A LA CRISIS O AL DESARROLLO**

El desarrollo del presente proyecto ha significado la incorporación de un equipo interdisciplinario que propone a la gestión de recursos humanos nuevas visiones, especialmente desde las ciencias sociales, aspecto enfatizado en uno de los objetivos del Proyecto de Gerencia. Aunque a primera vista esto puede parecer un hecho cotidiano, en la práctica se ha constituido en un nuevo desafío organizacional, pues la presencia de una nueva óptica de análisis no sólo implica la necesidad de diseñar un espacio en la estructura que lo acoja, sino que también adaptarse a una nueva dinámica de gestión.

Este último punto es central, pues si se desea tener éxito en un proyecto de cambio, todos los esfuerzos deben estar coordinados, de lo contrario no sólo se ponen en riesgo recursos, sino que también a los destinatarios de las iniciativas y la credibilidad de quienes las implementan.

En el caso particular de este proyecto, ha sido difícil definir el rol de apoyo o staff que se pretende tenga el equipo facilitador, dadas las características que la gestión hospitalaria ha tenido por largos años, la que puede ser caracterizada como orientada a la crisis o solución de problemas urgentes, de hecho la planificación a largo plazo es un tema que recientemente se incorpora a la gestión. De este modo, los temas que el equipo de apoyo incorpora a la discusión pueden parecer poco relevantes, dado su largo plazo, o muy por el contrario, pueden ser vistos como un punto más que solucionar "en ese mismo instante", visión que también es corto placista.

De este modo queda planteado un nuevo desafío, que es definir qué tipo de Consultoría Interna se requiere y cómo se puede implementar.

## **EN SÍNTESIS**

En síntesis, se puede concluir que el éxito que alcance un sistema de incentivos en el sector salud, implica un desafío de adaptación de éste a la exigencias planteadas, es decir, se requiere de un cambio de óptica respecto a los recursos destinados al mejoramiento de las capacidades de los funcionarios, o desarrollo de los recursos humanos, desde la lógica de solución de errores o problemas urgentes que implican la reducción de costos, hacia la prevención de los mismos invirtiendo en el mejoramiento del proceso que los provoca, pudiendo exigir un estándar superior de rendimiento.

Lo anterior, también supone el cambio de una visión a corto plazo hacia una de largo plazo, la que concretamente se traduce en la realización de planes de desarrollo, que clarifiquen la distribución de recursos y esfuerzos. Este punto es básico para la definición de metas y por lo tanto de criterios de evaluación del desempeño e incentivos asociados.

Por otro lado, los desafíos propuestos para el equipo facilitador se orientan hacia la adaptación del modelo de sistema de incentivos a las particularidades de cada unidad participante en el proyecto.

Finalmente, el equipo cumplirá un rol de apoyo a la organización, en el cumplimiento efectivo de los desafíos propuestos.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Brito, Novich, Mercer. "El Personal de Salud y el Trabajo: Una mirada desde las Instituciones". Revista Educación Médica y Salud, Vol. 27, No. 1, 1993.
2. Díaz, Rogelio. "La Psicología Laboral Organizacional" (Conferencia en Taller 2, Proyecto de Fortalecimiento de la Gestión de Recursos Humanos en los Servicios de Salud"), Minsal, 1995.
3. Foucault, Michel. "La Vida de los Hombres Insanos" (conferencia), Le Piqueta, Madrid, 1990.
4. Foucault, Michel. "El Nacimiento de la Clínica", Editorial Siglo Veinti Uno, México, 1991.
5. Gadamer, Hans-Georg. "El Estado Oculto de la Salud", Editorial Gedisa, Barcelona, 1996.
6. Giaconi, Juan - Valdivia, Gonzalo. "El Sistema de Salud Chileno", Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago 1994.
7. Gibson, Ivancevich, Donnelly. "Organizaciones. Conducta - Estructura - Procesos", Interamericana, México, 1979.
8. Gyarmati, Gabriel - Horwitz, Nina. "Sociología Médica y Sociología de la Salud", Documentos del V Congreso Chileno de Sociología, Universidad de Concepción, 1994.
9. Mayntz, Renate. "Sociología de la Organización", Alianza Editorial, Madrid, 1967.
10. Max-Neef, Manfred y otros. "Desarrollo a Escala Humana, Una Opción Para El Futuro". Cepaur, Número Especial de Development Dialogue, Suiza, 1986.
11. McGregor, Douglas. "El Lado Humano de Las Organizaciones", Mc Graw Hill, Colombia, 1994.
12. Muñoz, Fernando - Savieso, Luis. "Modernización del Sector Salud Pública" (Conferencia en Taller 1, Proyecto de Fortalecimiento de la Gestión de Recursos Humanos en los Servicios de Salud"), Minsal, 1995.

13. Pfeffer, Jeffrey. "Organizaciones y Teoría de las Organización", El Ateneo, Buenos Aires, 1987.
14. Pucheu, Juan Andrés. "Modelo de Análisis de la Cultura", Documento de Trabajo CDO - Consultores, Santiago 1996.
15. Pucheu, Juan Andrés. "Ideas Sobre el Proceso de Cambio Cultural en las Organizaciones Hospitalarias", Documento de Trabajo CDO - Consultores, Santiago 1994.
16. Rodríguez Mancilla, Dario. "Gestión Organizacional. Elementos para su Estudio", Centro de Extensión Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago 1991.
17. Rodríguez Mancilla, Dario. "Diagnóstico Organizacional", Segunda Edición. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago 1995.
18. Tezanos Pinto, Sergio de. "Breve Historia de la Medicina Universal", Editorial Universitaria, Santiago, 1987.

# **ANEXO**

## **“PRESENTACION DE RESULTADOS ESTADISTICOS”**

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS ESTADISTICOS

### CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA:

La encuesta de clima organizacional se aplicó a 76 personas, funcionarios del Hospital Barros Luco Trudeau, correspondientes al Servicio de Salud Metropolitano.

Los cuadros que a continuación se presentan, muestran las distribuciones de la muestra por *sexo*, la *edad* de los funcionarios, *unidades* a las que pertenecen, la distribución de la muestra por *estamentos*, y finalmente la *antigüedad* en la organización.

#### Distribución por sexo :

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	35	46,1 %
Mujer	41	53,9 %
<b>Total de la Muestra</b>	<b>76</b>	<b>100,0 %</b>

#### Distribución por Edad :

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 años/29años	08	10,5 %
30 años/49 años	47	61,8 %
50 años y más	16	21,1 %
No contesta	05	06,6 %
<b>Total Muestra</b>	<b>76</b>	<b>100,0 %</b>

#### Distribución por Unidad :

UNIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Clínica 1	21	27,6 %
Clínica 2	16	21,1 %
Administrativa	21	27,6 %
Apoyo Clínico	18	23,7 %
<b>Total Muestra</b>	<b>76</b>	<b>100,0 %</b>

**Distribución por Estamento ( agrupados en 4 grupos ) :**

<b>ESTAMENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Grupo 1 (Médicos/Becados)	16	21,1 %
Grupo 2 (Tecg. Médico/Enfermera)	09	11,8 %
Grupo 3 (Aux. Paramédico-Servicio)	16	21,1 %
Grupo 4 (Administrativo)	24	31,6 %
Grupo 5 (Otros/No contesta)	11	14,5 %
<b>Total de la muestra</b>	<b>76</b>	<b>100,0 %</b>

**Distribución por Antigüedad :**

<b>ANTIGÜEDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Un año o menos	15	19,7 %
Entre 2 y 10 años	17	22,4 %
Entre 11 y 20 años	17	22,4 %
21 años y más	22	28,9 %
No contesta	05	06,6 %
<b>Total Muestra</b>	<b>76</b>	<b>100,0 %</b>

Este informe presenta los resultados de la "Encuesta de Clima Organizacional" aplicada en las cuatro Unidades participantes del proyecto en el Hospital Barros Luco Trudeau.

Los resultados se presentan en base a las siguientes dimensiones:

1. Estructura.
2. Autonomía y Responsabilidad.
3. Planeamiento y Efectividad.
4. Comunicación y Coordinación.
5. Evaluación y Retroalimentación.
6. Conflicto.
7. Relaciones Laborales.
8. Confianza.
9. Identidad.
10. Cambio.
11. Percepción de los Directivos.
12. Condiciones de Trabajo.
13. Carga de Trabajo.
14. Recompensas y Beneficios.
15. Remuneraciones.
16. Estabilidad.
17. Desarrollo de Carrera.
18. Realización Personal.
19. Liderazgo.
20. Desarrollo en Equipo.




Los resultados se presentan por dimensiones. En cada dimensión se encuentra un cuadro de distribución de frecuencias de cada una de las afirmaciones, y un gráfico de torta, en donde se identifica el agrupamiento de la dimensión con cada una de las afirmaciones que la componen.

El agrupamiento de las afirmaciones y la creación de las dimensiones de trabajo, guarda relación con el diseño de investigación, y su libro de códigos.

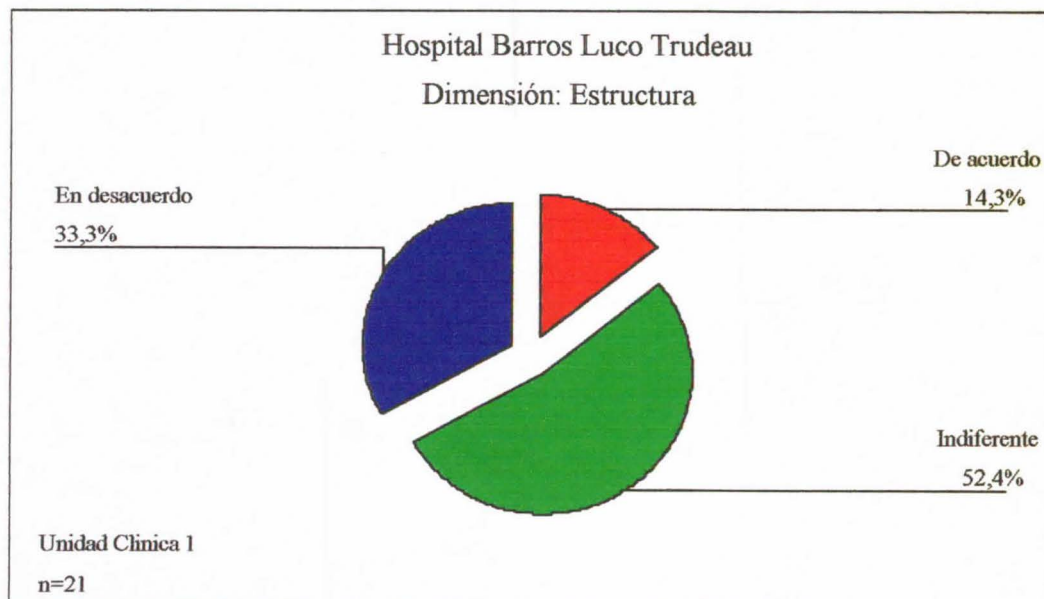
**UNIDAD CLINICA 1****1. ESTRUCTURA**

Percepción respecto a las relaciones formales que definen los procesos organizacionales, y el grado en que facilitan u obstaculizan el desempeño y alcance de objetivos.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En este Hospital los funcionarios tenemos claro cuales son nuestras atribuciones y responsabilidades.	9 (42,9)	3 (14,3)	8 (38,1)	1 (4,8)
2. Las tareas de mi Departamento o Unidad de Trabajo están bien organizadas y definidas.	7 (33,3)	5 (23,8)	7 (33,3)	2 (9,5)
3. El control que hay sobre el trabajo de cada funcionario es adecuado.	5 (23,8)	3 (14,3)	12 (57,1)	1 (4,8)
4. La cantidad de niveles jerárquicos facilitan el buen funcionamiento del Hospital.	5 (23,8)	6 (28,6)	10 (47,6)	--
5. Los procedimientos administrativos facilitan la realización de las labores.	9 (42,9)	4 (19,0)	8 (38,1)	--




(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

## 2. AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD

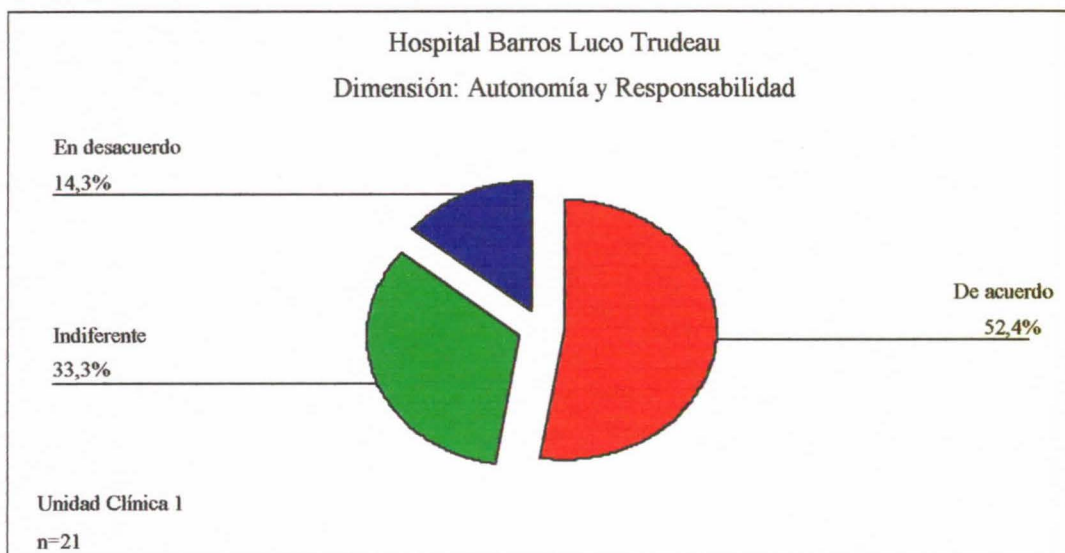
Percepción respecto a las oportunidades de innovación y libertad de acción en el desempeño laboral.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Tengo suficiente libertad para hacer mi trabajo de la manera que considero más adecuada.				
2. (Estoy satisfecho con) el aporte que hago al Hospital.	15 (71,4)	--	5 (23,8)	1 (4,8)
3. (Estoy satisfecho con) las responsabilidades que se me dan en mi trabajo.	15 (71,4)	--	5 (23,8)	1 (4,8)

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



### 3. PLANEAMIENTO Y EFECTIVIDAD

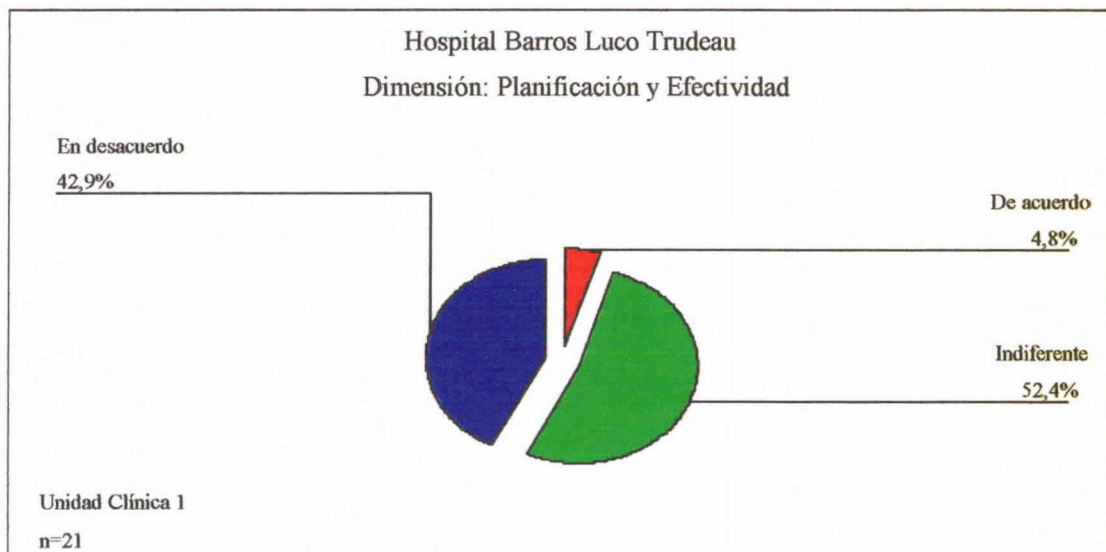
Percepción referida a si las acciones y cambios que se realizan en el Hospital son bien planificados e implementados, asegurándose su efectividad y los recursos necesarios para su ejecución.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En el Hospital existe una buena planificación.	5 (23,8)	4 (19,0)	11 (52,4)	1 (4,8)
2. La organización del Hospital asegura que se tengan los recursos para trabajar.	2 (9,5)	5 (23,8)	13 (61,9)	1 (4,8)
3. En este Hospital los cambios que se proponen se llevan a la acción.	2 (9,5)	7 (33,3)	11 (52,4)	1 (4,8)

(N = 21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



#### 4. COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN

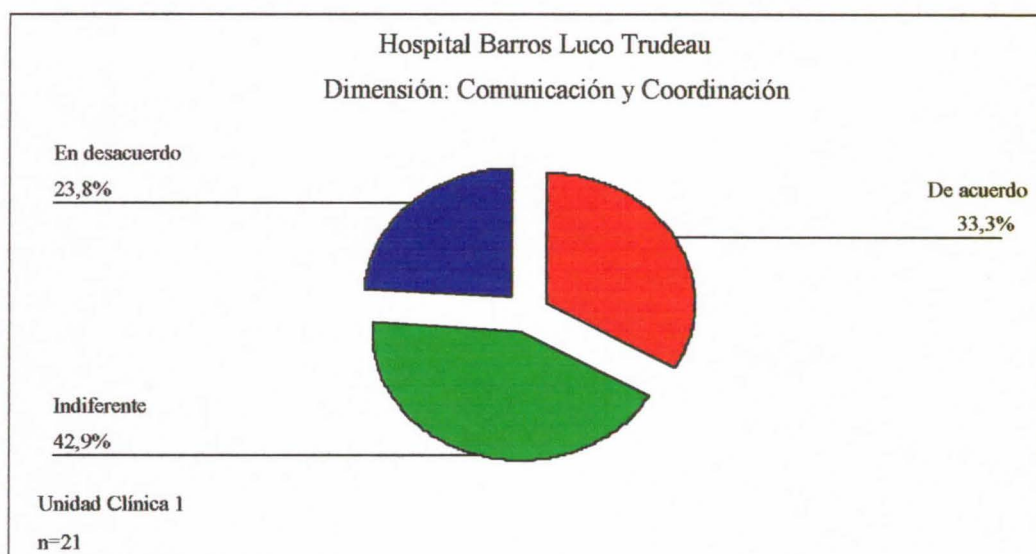
Es la percepción de la existencia y uso de vías de comunicación formales expeditas, tanto ascendente, como descendente y radiales.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Mi unidad de trabajo se comunica y relaciona con otras unidades de trabajo del Hospital.	10 (47,6)	6 (28,6)	5 (23,8)	--
2. En este Hospital se comunican adecuadamente los planes, políticas y decisiones que se toman.	2 (9,5)	5 (23,8)	14 (66,7)	--
3. En este Hospital se escucha la opinión de la gente que trabaja en él.	6 (28,6)	5 (23,8)	10 (47,6)	--
4. Frecuentemente me interesa conocer las decisiones y orientaciones que toma el Hospital.	15 (71,4)	3 (14,3)	2 (9,5)	1 (4,8)

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 5. EVALUACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN

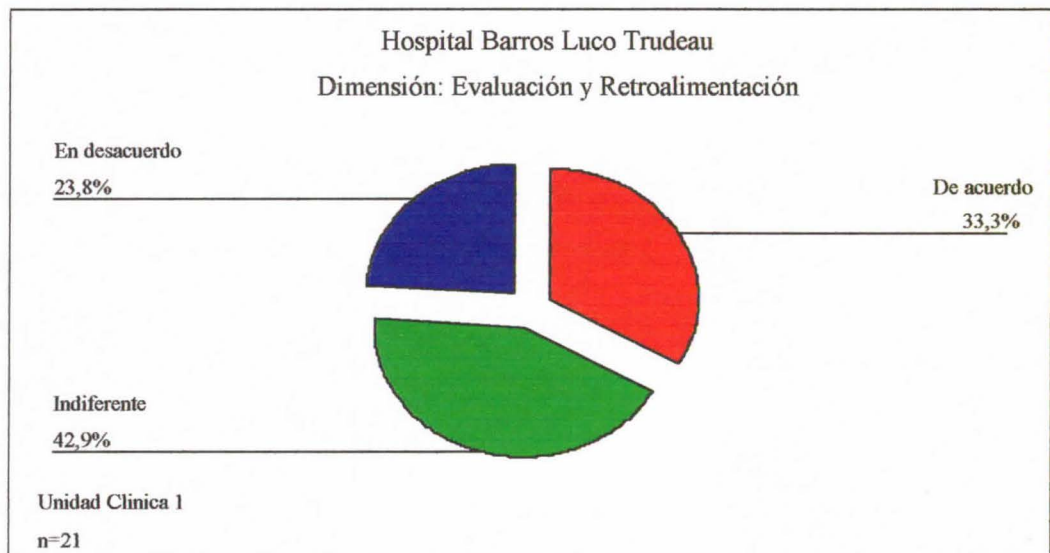
Percepción respecto a los criterios utilizados para medir el desempeño laboral.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
✓ 1. En general, los funcionarios conocen la opinión de mis jefes acerca de mi desempeño laboral.	10 (47,6)	5 (23,8)	6 (28,6)	--
✓ 2. El sistema de calificaciones representa el real desempeño de los funcionarios.	6 (28,6)	2 (9,5)	13 (61,9)	--

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 6. CONFLICTO

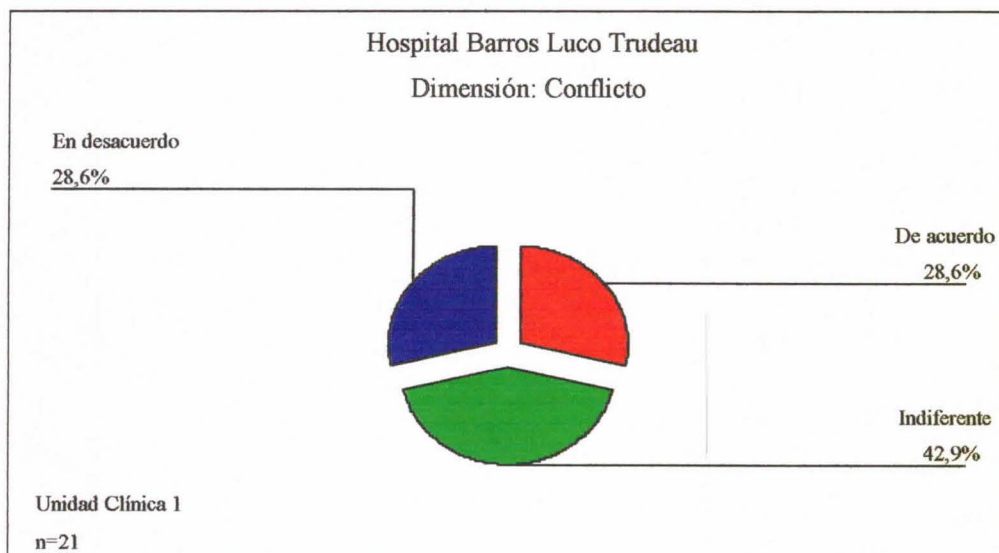
Es la percepción del grado en que se aceptan las opiniones discrepantes y se solucionan los conflictos con agilidad y prontitud.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Cuando hay problemas o conflictos, estos se tratan de solucionar abiertamente.	7 (33,3)	5 (23,8)	9 (42,9)	--
2. Aquí uno puede decir lo que piensa aunque a algunos no les guste.	7 (33,3)	3 (14,3)	11 (52,4)	--

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 7. RELACIONES LABORALES

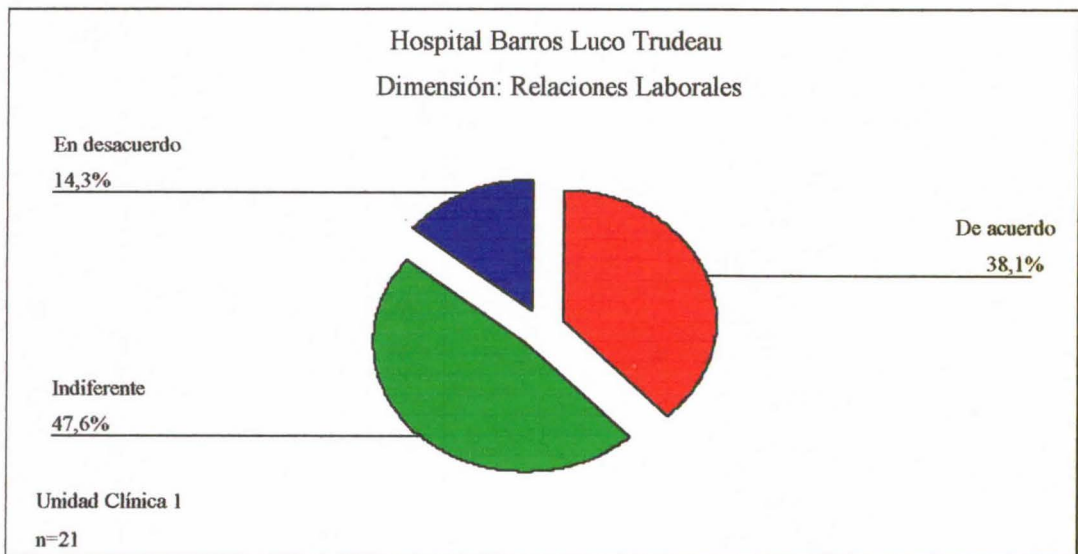
Opinión acerca de las relaciones entre los trabajadores y directivos del Hospital, y del interés de estos últimos en mejorarlas.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Este Hospital está interesado en mejorar las relaciones con los funcionarios.	5 (23,8)	9 (42,9)	7 (33,3)	--
2. Frecuentemente me interesa conocer las decisiones y orientaciones que toma el Hospital.	5 (23,8)	10 (47,6)	5 (23,8)	1 (4,8)

(N = 21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 8. CONFIANZA

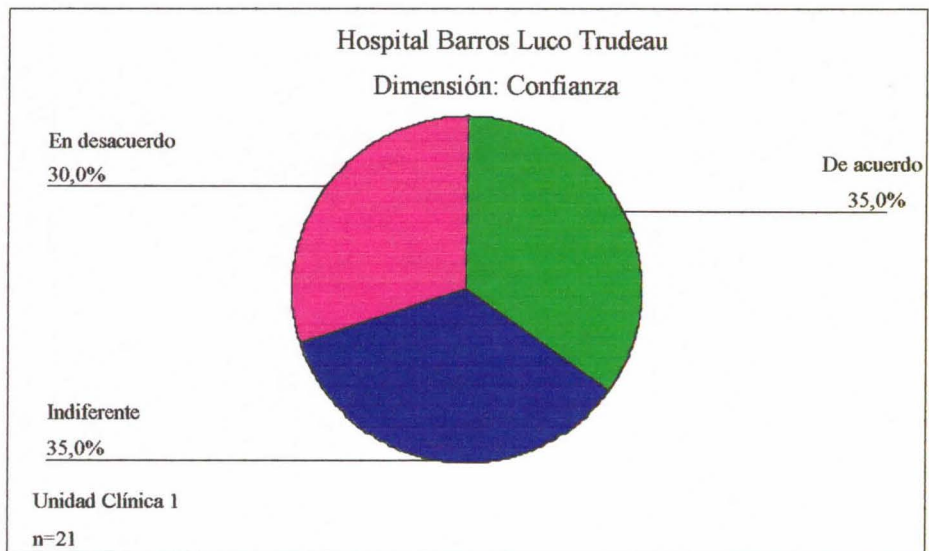
Es la percepción respecto a la organización como un ambiente protegido, en el que existe respeto e interés por sus miembros.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
✓ 1. En general en este Hospital uno puede confiar en la gente.	3 (14,3)	6 (28,6)	11 (52,4)	1 (4,8)
✓ 2. Entre los funcionarios y su jefe existe confianza.	8 (38,1)	4 (19,0)	7 (33,3)	2 (9,5)

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 9. IDENTIDAD

Importancia atribuida por cada persona al hecho de pertenecer al Hospital Barros Luco Trudeau, y al Servicio de Salud Metropolitano Sur.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general, tengo puesta la camiseta del Hospital Barros Luco Trudeau.	16 (76,2)	3 (14,3)	1 (4,8)	1 (4,8)
2. Me parece importante pertenecer al Servicio Sur (SSMS).	14 (66,7)	5 (23,8)	1 (4,8)	1 (4,8)

(N = 21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 10. CAMBIO

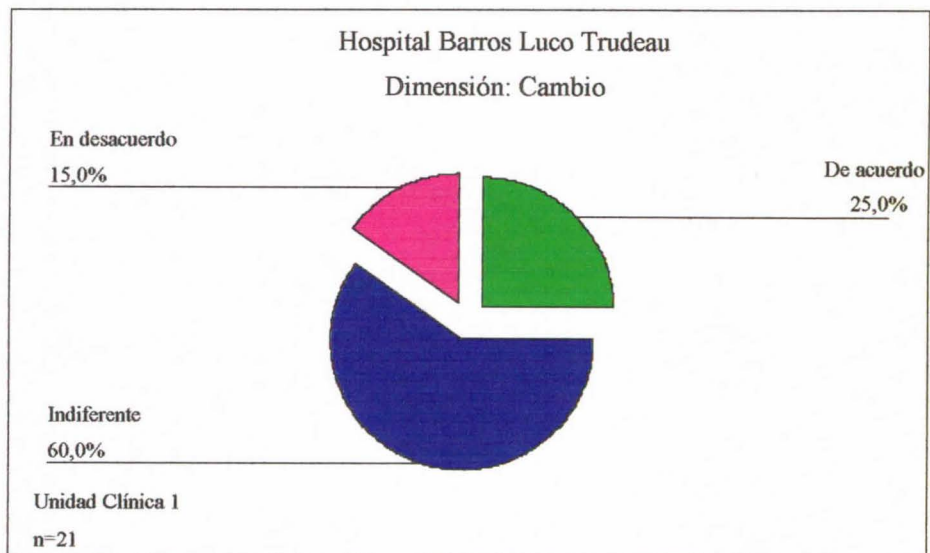
Percepción de la posibilidad que al interior del Hospital ocurran cambios y, específicamente, aumento en las remuneraciones.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Creo que el Hospital está cambiando.	6 (28,6)	9 (42,9)	5 (23,8)	1 (4,8)
2. Creo que las remuneraciones del Hospital mejorarán.	4 (19,0)	6 (28,6)	10 (47,6)	1 (4,8)

(N = 21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 11. PERCEPCIÓN DE LOS DIRECTIVOS

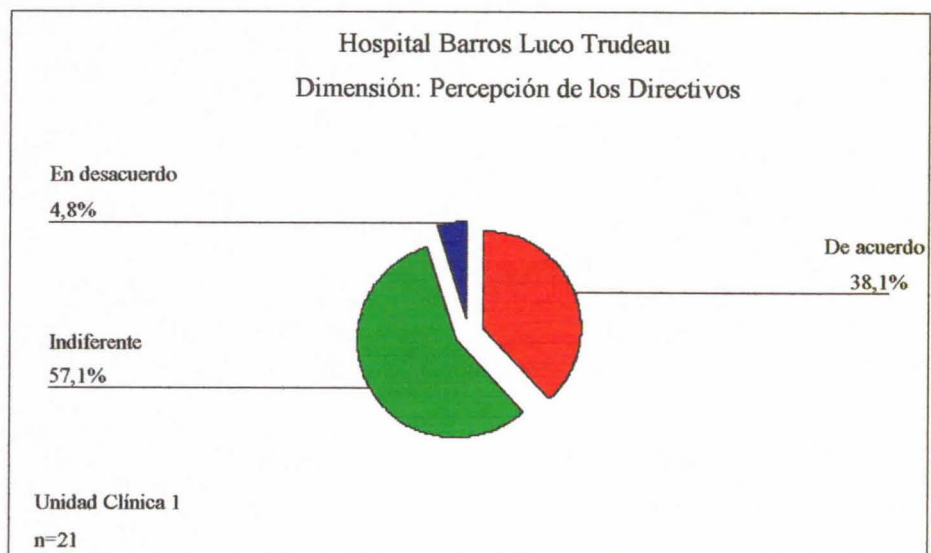
Nivel general de satisfacción con los directivos del Hospital y del Servicio Sur, y percepción de su confiabilidad, transparencia, e interés por mejorar el funcionamiento del mismo.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Los criterios para designar a los jefes son estrictamente técnicos.	7 (33,3)	6 (28,6)	8 (38,1)	--
2. Los directivos del Hospital y del Servicio Sur están interesados en mejorar las cosas.	8 (38,1)	10 (47,6)	3 (14,3)	--
3. (Estoy satisfecho con) la dirección del Hospital.	7 (33,3)	8 (38,1)	4 (19,0)	2 (9,5)

(N = 21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 12. CONDICIONES DE TRABAJO

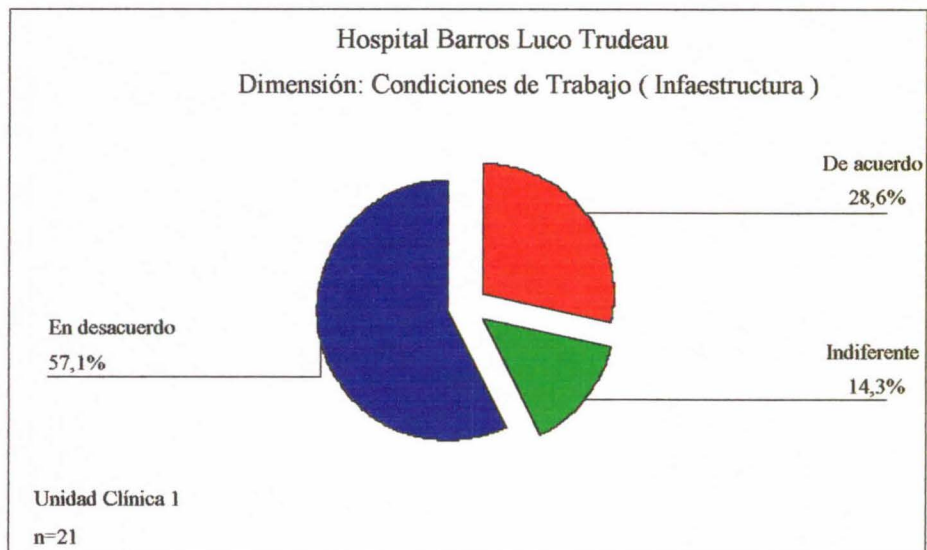
Percepción acerca de la calidad de las condiciones ambientales físicas de trabajo y de los medios disponibles para realizarlo.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Las condiciones ambientales de mi lugar de trabajo son adecuadas.	3 (14,3)	4 (19,0)	13 (61,9)	1 (4,8)
2. Los horarios de trabajo de este Hospital son adecuados.	9 (42,9)	5 (23,8)	7 (33,3)	--
3. El espacio de trabajo de los funcionarios es cómodo y permite el buen desempeño laboral.	5 (23,8)	2 (9,5)	14 (66,7)	--

(N = 21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



### 13. CARGA DE TRABAJO

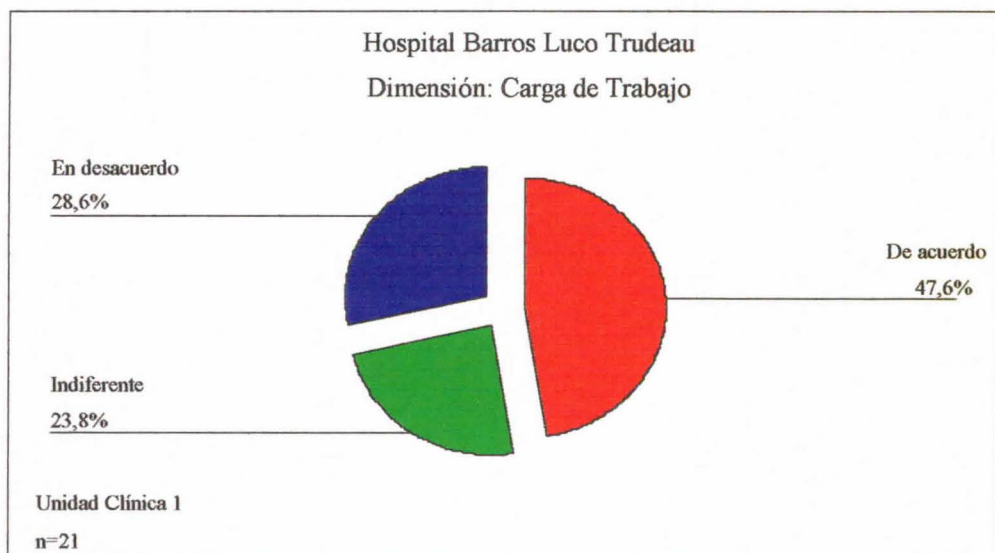
Percepción y satisfacción con la cantidad de trabajo que desempeña cada entrevistado.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. La cantidad de trabajo que se debe realizar no afecta mis relaciones familiares y mi salud.	7 (33,3)	4 (19,0)	10 (47,6)	--
2. (Estoy satisfecho con) la carga de trabajo que acá tengo.	13 (61,9)	1 (4,8)	6 (28,6)	1 (4,8)

(N = 21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



#### 14. RECOMPENSAS Y BENEFICIOS

Percepción de las retribuciones que el Hospital entrega a sus trabajadores, ya sea de los beneficios otorgados, como de la preocupación por recompensar (económica o no-económicamente) el buen desempeño.

**TABLA DE FRECUENCIA**

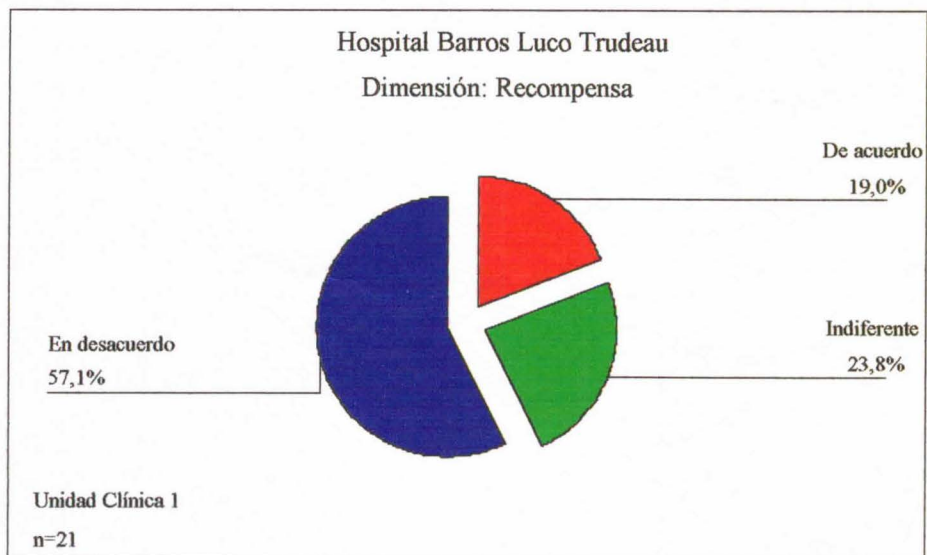
	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En este hospital, los que trabajan mejor tienen la posibilidad de ganar más.	3 (14,3)	4 (19,0)	13 (61,9)	1 (4,8)
2. Existe preocupación por recompensar bien a los buenos funcionarios.	3 (14,3)	3 (14,3)	15 (71,4)	--
3. Los beneficios que recibo (servicio médico, bienestar, sala cuna, bonos de escolaridad, etc.) son buenos.	7 (33,3)	7 (33,3)	7 (33,3)	--
4. Las recompensas que uno puede recibir por trabajar bien no son sólo de dinero.	14 (66,7)	3 (14,3)	4 (19,0)	--

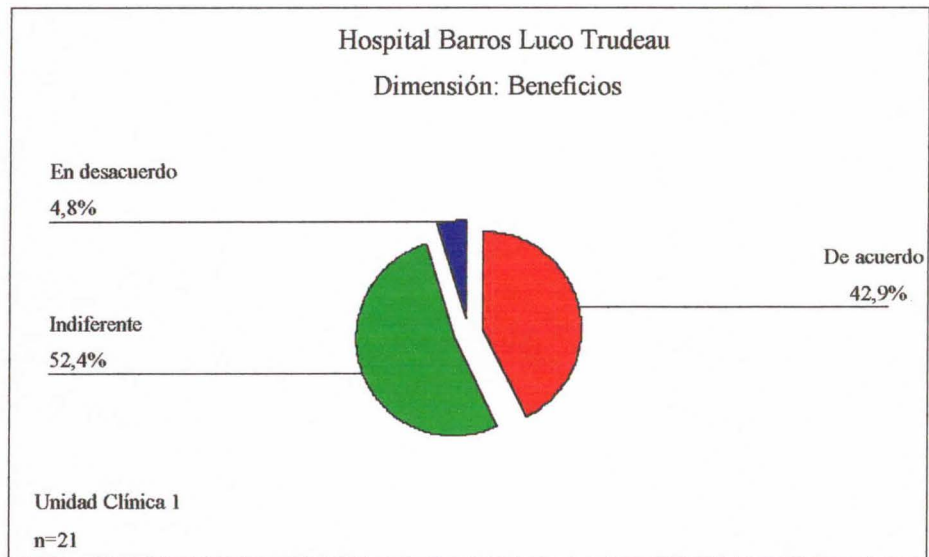
(N = 21)

Esta dimensión se agrupó en base a dos aspectos:

- Recompensas.
- Beneficios.

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**






**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

## 15. REMUNERACIONES

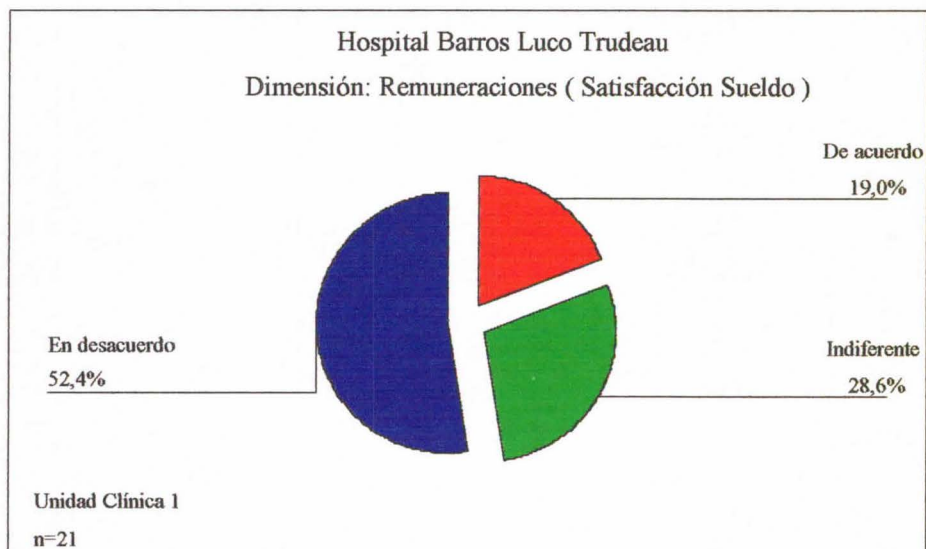
Satisfacción con la remuneración recibida, relevancia otorgada a este aspecto, y percepción de equiparidad en la distribución de las remuneraciones al interior del Hospital.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Este trabajo me interesa principalmente por el sueldo que recibo.	2 (9,5)	1 (4,8)	15 (71,4)	3 (14,3)
2. Las remuneraciones al interior del Hospital son adecuadas a los distintos estamentos.	3 (14,3)	4 (19,0)	14 (66,7)	--
3. (Estoy satisfecho con) el sueldo que recibo.	4 (19,0)	3 (14,3)	13 (61,9)	1 (4,8)

(N = 21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 16. ESTABILIDAD

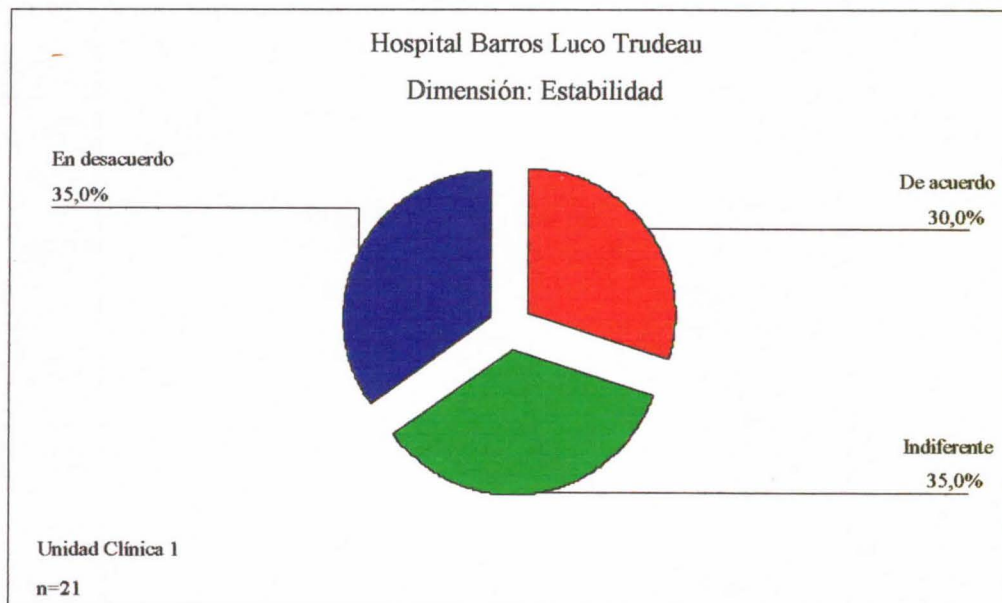
Es la percepción del grado de seguridad de permanecer en la organización.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Lo principal que me ofrece este trabajo es la estabilidad	9 (42,9)	3 (14,3)	8 (38,1)	1 (4,8)
2. Si alguien trabaja mal, es fácil que lo despidan	3 (14,3)	4 (19,0)	13 (61,9)	1 (4,8)

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 17. DESARROLLO DE CARRERA

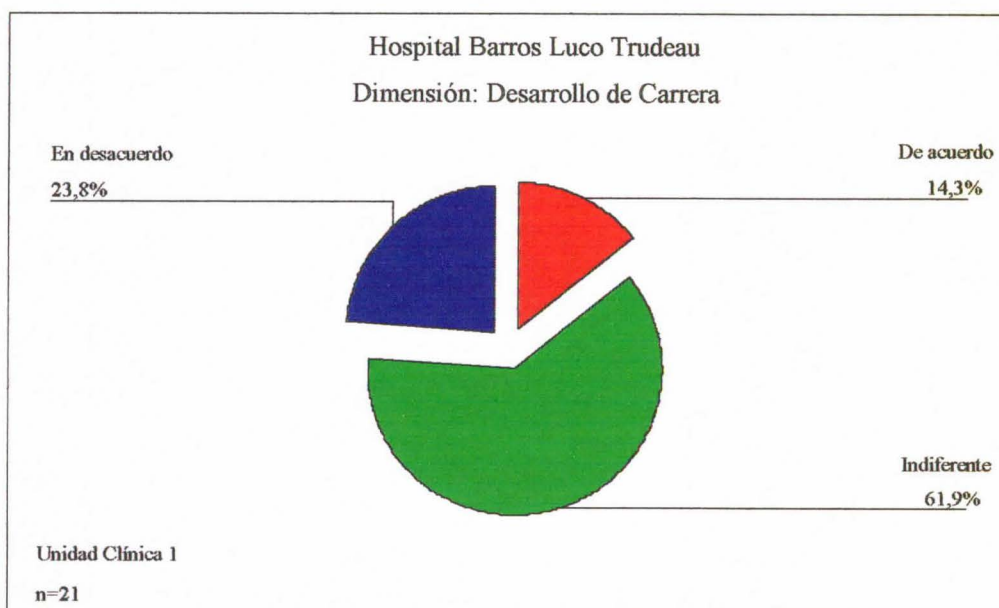
Es la percepción acerca de la existencia de un proceso de entrenamiento y capacitación que permita ascender y mejorar en la calificación laboral.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. La estructura de grados permite la carrera funcionaria.	11 (52,4)	4 (19,0)	6 (28,6)	--
2. Las personas que acá trabajan tiene la posibilidad de desarrollarse laboralmente (profesionalmente).	4 (19,0)	7 (33,3)	9 (42,9)	1 (4,8)
3. (Estoy satisfecho con) las posibilidades de progreso y ascenso.	5 (23,8)	4 (19,0)	11 (52,4)	1 (4,8)

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 18. REALIZACIÓN PERSONAL

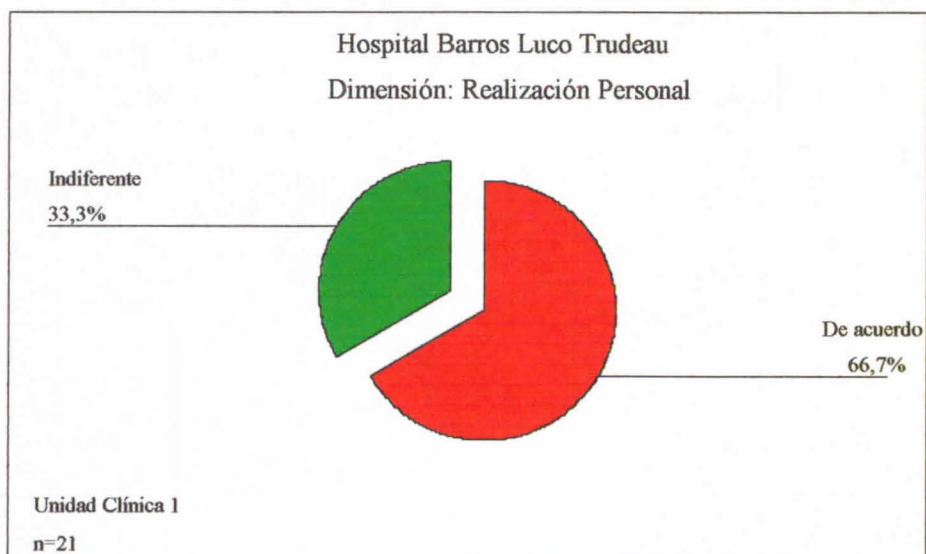
Percepción respecto al grado en que las características del trabajo facilitan el alcance de objetivos de desarrollo individuales.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO 	INDIFERENTE 	EN DESACUERDO 	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. La razón principal para estar en este trabajo es mi realización personal.	15 (71,4)	4 (19,0)	1 (4,8)	1 (4,8)
2. Este trabajo resulta frecuentemente estimulante para mí.	14 (66,7)	3 (14,3)	2 (9,5)	2 (9,5)
3. (Estoy satisfecho con) el desarrollo personal que alcanzo en mi trabajo.	14 (66,7)	1 (4,8)	5 (23,8)	1 (4,8)

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 19. LIDERAZGO

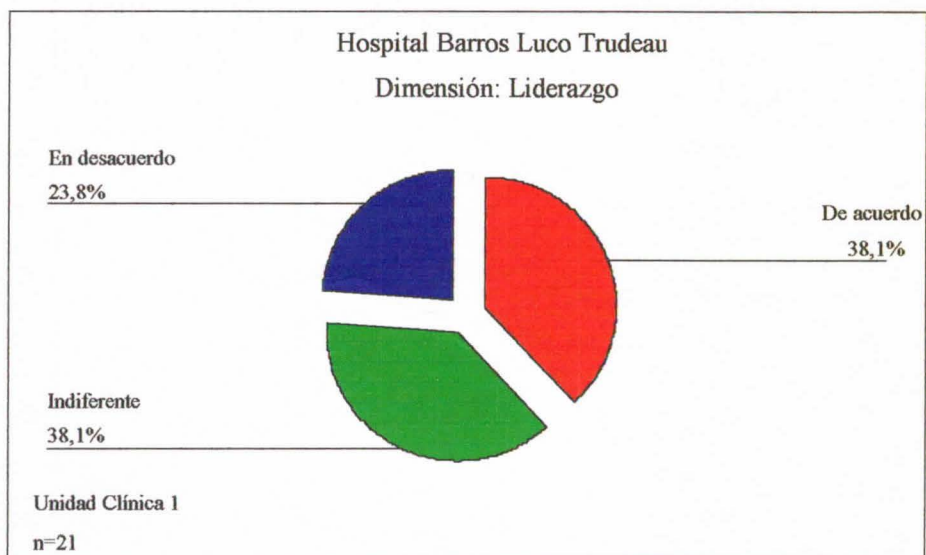
Capacidad de los jefes para administrar, organizar y orientar el trabajo de sus dirigidos. De la misma manera, se considerará, también, la preocupación por los funcionarios, traducida en el fomento de buenas relaciones entre ellos.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general las personas que están en cargos de jefatura tienen las capacidades para administrar y organizar el trabajo.	10 (47,6)	3 (14,3)	7 (33,3)	1 (4,8)
2. En este Hospital los jefes de Unidades o Unidades de Trabajo se preocupan del funcionario (de como se siente y de sus problemas).	7 (33,3)	4 (19,0)	10 (47,6)	--
3. Los jefes de Departamento o Unidad de Trabajo fomentan las buenas relaciones entre los funcionarios.	7 (33,3)	8 (38,1)	6 (28,6)	--
4. Los jefes de Departamento o Unidad ayudan y orientan el trabajo.	13 (61,9)	5 (23,8)	3 (14,3)	--

(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**





## 20. DESARROLLO EN EQUIPO

Es la percepción de la existencia de un ambiente de cooperación y colaboración entre las distintas unidades o áreas y a la orientación hacia un objetivo único.

Se consideran los siguientes aspectos:

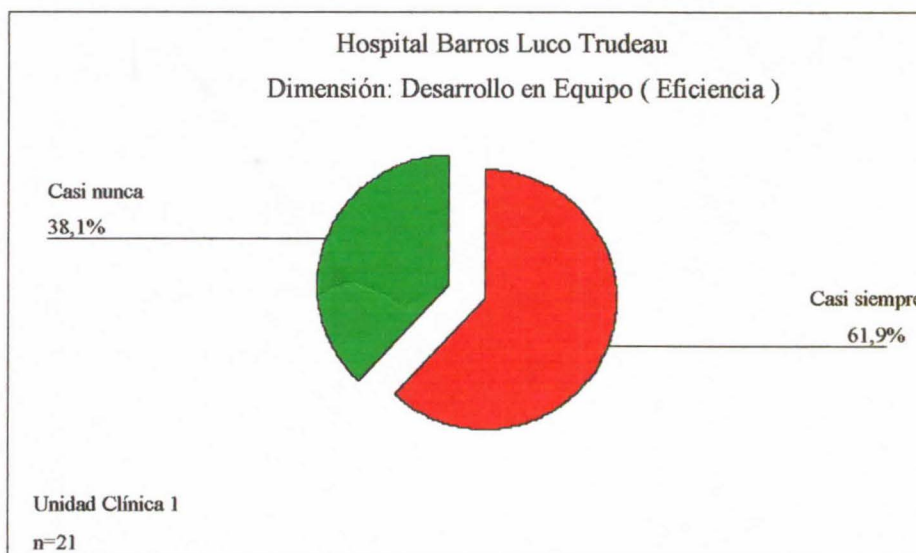
- Eficiencia.
- Unidad.
- Coordinación.
- Comunicación.

**TABLA DE FRECUENCIA**  
**Aspecto Eficiencia**



	CASI SIEMPRE 	CASI NUNCA 	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. En mi Unidad de trabajo cumplimos con las tareas que debemos realizar.	16 (76,2)	5 (23,8)	--
2. Cada tarea es realizada por las personas más capacitadas para ello.	12 (57,1)	8 (38,1)	1 (4,8)
3. Cuando se planifica algo en mi Unidad, se cumple según lo programado.	12 (57,1)	8 (38,1)	1 (4,8)

(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

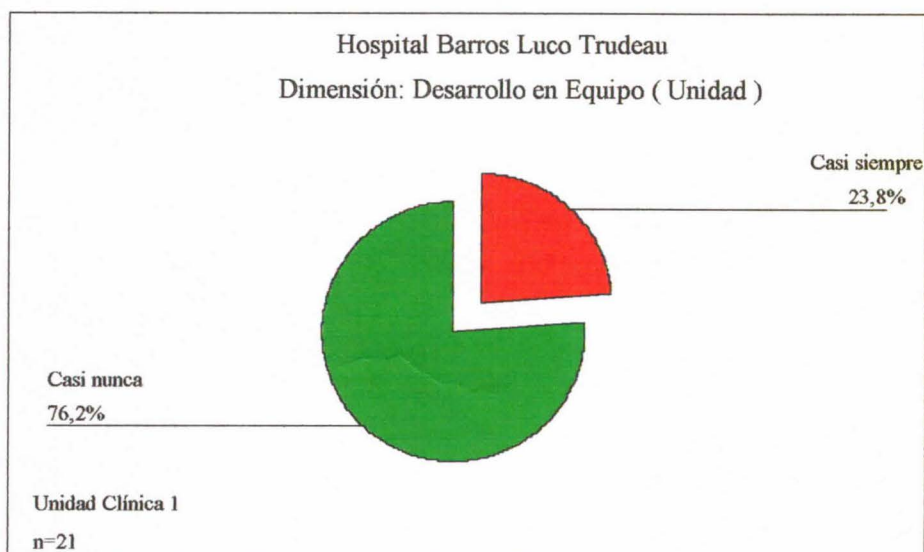


**TABLA DE FRECUENCIA**  
Aspecto Unidad



	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. La gente de mi Unidad de trabajo apoya al Jefe en su trabajo.	14 (66,7)	7 (33,3)	--
2. Conocemos y compartimos los objetivos de la Unidad, la forma de alcanzarlos, y los plazos definidos para ello.	7 (33,3)	12 (57,1)	2 (9,5)
3. Los compañeros de trabajo reconocen y valoran los aportes de cada uno al trabajo.	6 (28,6)	15 (71,4)	--
4. Hay momentos en que las personas de esta Unidad se sienten orgullosas de pertenecer a ella.	11 (52,4)	10 (47,6)	--
5. La gente de la Unidad conforma un grupo bien cohesionado.	6 (28,6)	14 (66,7)	1 (4,8)

(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

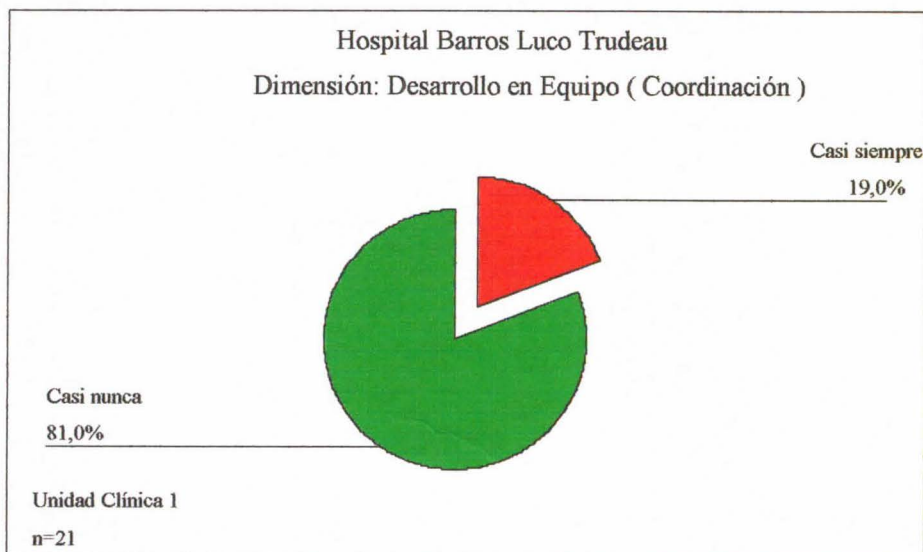


**TABLA DE FRECUENCIA**  
**Aspecto Coordinación**



	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. Para realizar el trabajo de mi Unidad nos organizamos como un equipo.	8 (38,1)	13 (61,9)	--
2. Funcionamos como un equipo de trabajo.	6 (28,6)	15 (71,4)	--
3. Cada persona tiene clara su función específica en la Unidad de Trabajo.	13 (61,9)	8 (38,1)	--
4. Cuando es necesario, los miembros del equipo somos capaces de realizar otras funciones.	13 (61,9)	8 (38,1)	--
5. La responsabilidad para realizar el trabajo de la Unidad es compartida.	11 (52,4)	10 (47,6)	--

(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

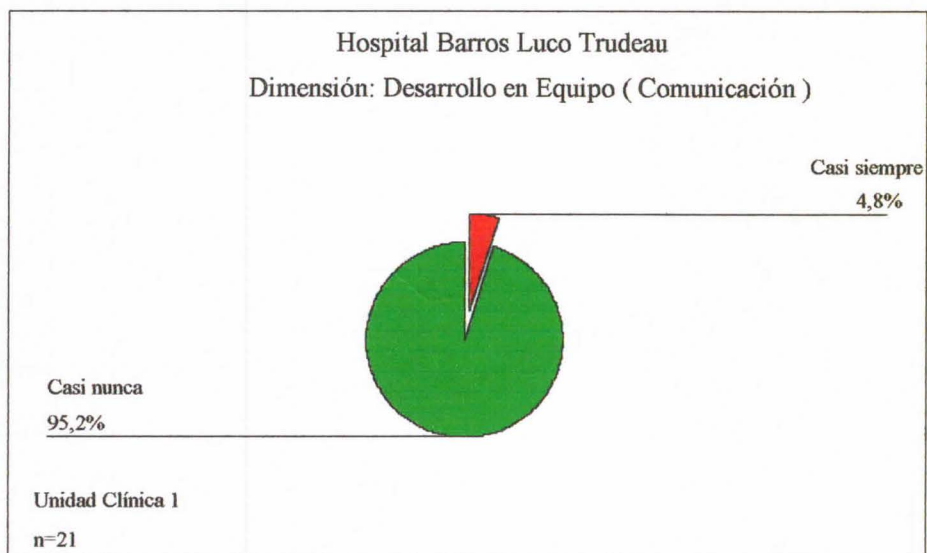


**TABLA DE FRECUENCIA**  
**Aspecto Comunicación**

	CASI SIEMPRE 	CASI NUNCA 	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. Cuando se debe tomar una decisión, o solucionar un problema importante, esto resulta fácil y simple.	3 (14,3)	18 (85,7)	--
2. Cuando es necesario, entre los miembros de mi Unidad nos damos apoyo y estímulo.	9 (42,9)	12 (57,1)	--
3. En mi Unidad o Departamento nos conocemos de verdad, y confiamos unos en otros.	4 (19,0)	17 (81,0)	--
4. Nos decimos de manera franca, abierta y oportuna cuando el otro está haciendo bien o mal su trabajo.	8 (38,1)	13 (61,9)	--
5. Las personas de mi Unidad de Trabajo se escuchan, y se dan el tiempo para ello.	3 (14,3)	18 (85,7)	--
6. La gente acá dice lo que piensa sin temor al rechazo de los demás o a sanciones.	3 (14,3)	17 (81,0)	1 (4,8)

(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**






## UNIDAD CLÍNICA 2

### 1. ESTRUCTURA

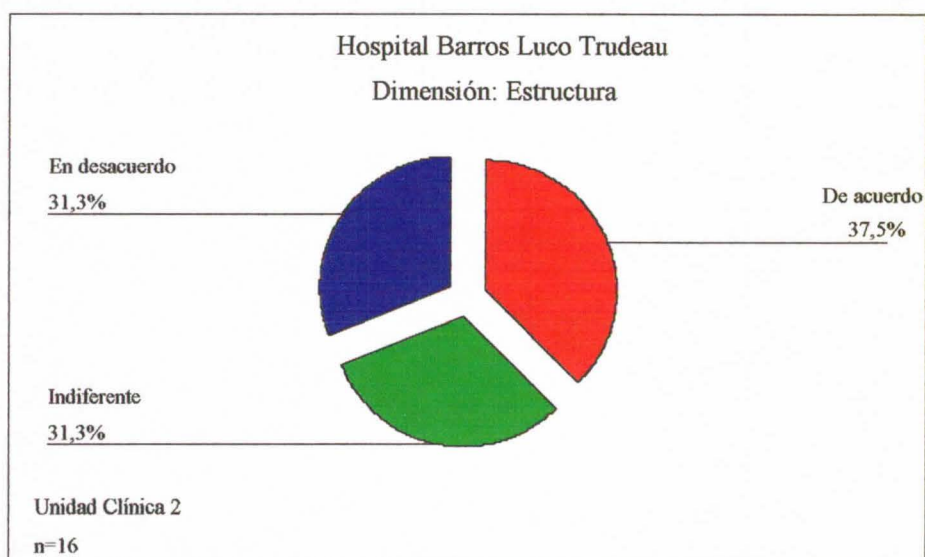
Percepción respecto a las relaciones formales que definen los procesos organizacionales, y el grado en que facilitan u obstaculizan el desempeño y alcance de objetivos.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En este Hospital los funcionarios tenemos claro cuales son nuestras atribuciones y responsabilidades.	10 (62,5)	1 (6,3)	5 (31,3)	--
2. Las tareas de mi Departamento o Unidad de Trabajo están bien organizadas y definidas.	10 (62,5)	2 (12,5)	4 (25,0)	--
3. El control que hay sobre el trabajo de cada funcionario es adecuado.	4 (25,0)	3 (18,8)	8 (50,0)	1 (6,3)
4. La cantidad de niveles jerárquicos facilitan el buen funcionamiento del Hospital.	4 (25,0)	7 (43,8)	5 (31,3)	--
5. Los procedimientos administrativos facilitan la realización de las labores.	8 (50,0)	4 (25,0)	4 (25,0)	--

(N=16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 2. AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD

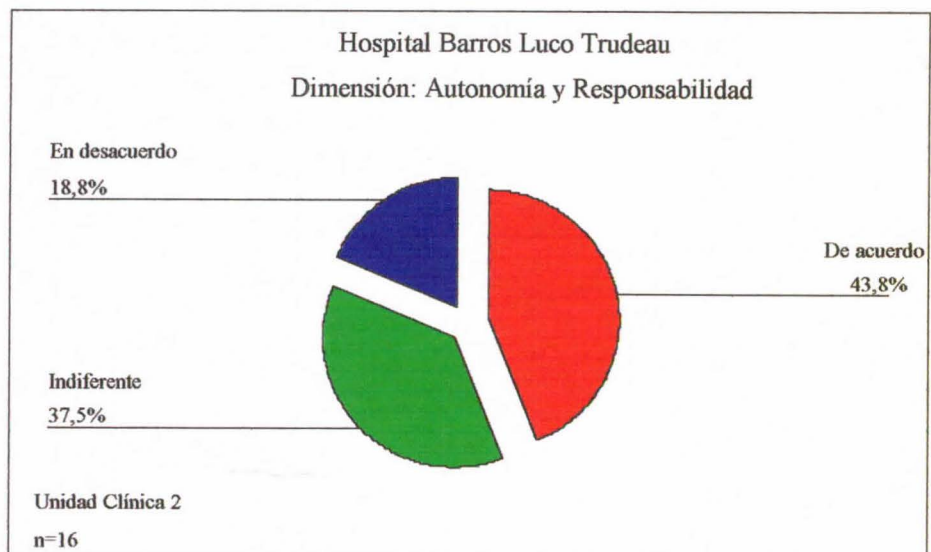
Percepción respecto a las oportunidades de innovación y libertad de acción en el desempeño laboral.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Tengo suficiente libertad para hacer mi trabajo de la manera que considero más adecuada.	7 (43,8)	4 (25,0)	5 (31,3)	--
2. (Estoy satisfecho con) el aporte que hago al Hospital.	10 (62,5)	3 (18,8)	3 (18,8)	--
3. (Estoy satisfecho con) las responsabilidades que se me dan en mi trabajo.	11 (68,8)	1 (6,3)	4 (25,0)	--

(N=16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



### 3. PLANEAMIENTO Y EFECTIVIDAD

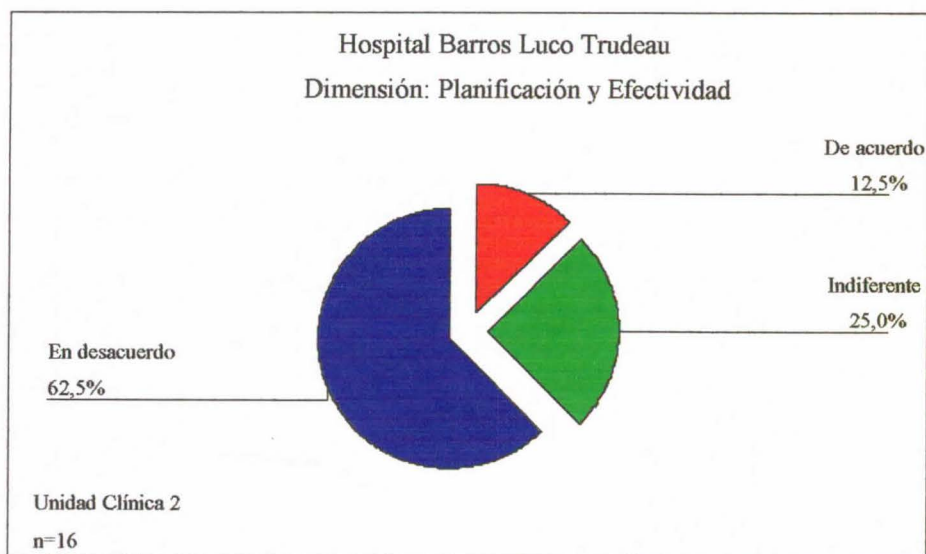
Percepción referida a si las acciones y cambios que se realizan en el Hospital son bien planificados e implementados, asegurándose su efectividad y los recursos necesarios para su ejecución.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En el Hospital existe una buena planificación.	2 (12,5)	3 (18,8)	11 (68,8)	--
2. La organización del Hospital asegura que se tengan los recursos para trabajar.	3 (18,8)	1 (6,3)	12 (75,0)	--
3. En este Hospital los cambios que se proponen se llevan a la acción.	4 (25,0)	2 (12,5)	10 (62,5)	--

(N = 16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



#### 4. COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN

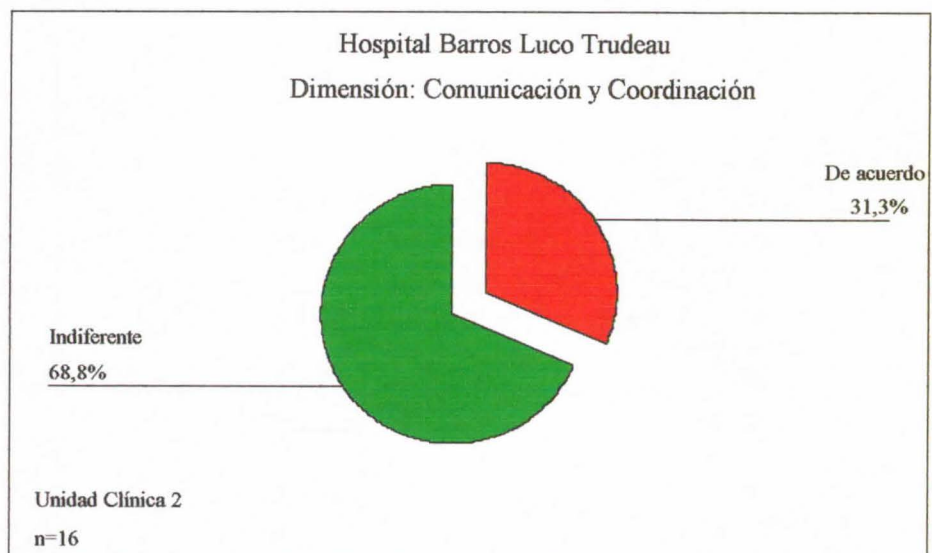
Es la percepción de la existencia y uso de vías de comunicación formales expeditas, tanto ascendente, como descendente y radiales.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Mi unidad de trabajo se comunica y relaciona con otras unidades de trabajo del Hospital.	5 (31,3)	7 (43,8)	4 (25,0)	--
2. En este Hospital se comunican adecuadamente los planes, políticas y decisiones que se toman.	5 (31,3)	5 (31,3)	6 (37,5)	--
3. En este Hospital se escucha la opinión de la gente que trabaja en él.	4 (25,0)	5 (31,3)	6 (37,5)	1 (6,3)
4. Frecuentemente me interesa conocer las decisiones y orientaciones que toma el Hospital.	12 (75,0)	4 (25,0)	--	--

(N=16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 5. EVALUACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN

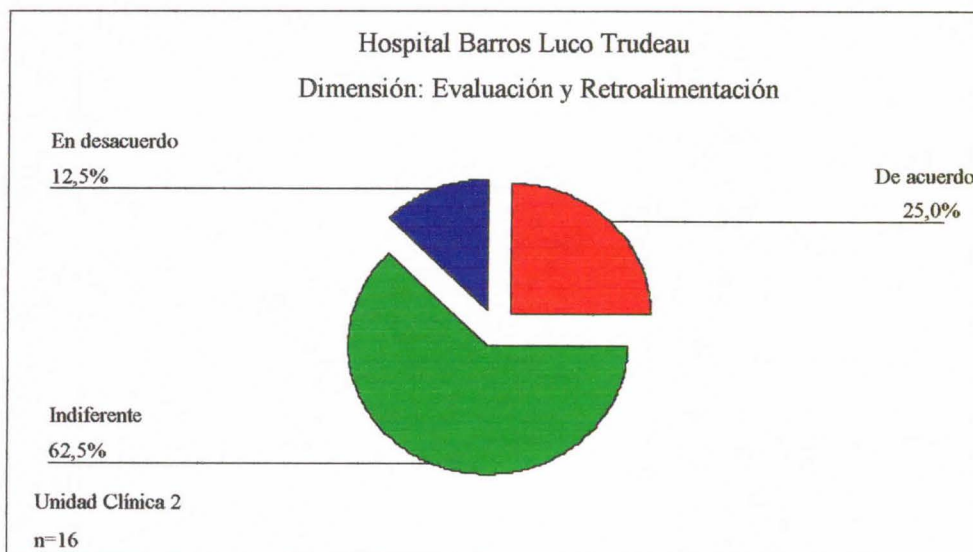
Percepción respecto a los criterios utilizados para medir el desempeño laboral.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general, los funcionarios conocen la opinión de mis jefes acerca de mi desempeño laboral.	6 (37,5)	6 (37,5)	4 (25,0)	--
2. El sistema de calificaciones representa el real desempeño de los funcionarios.	4 (25,0)	3 (18,8)	9 (56,3)	--

(N=16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 6. CONFLICTO

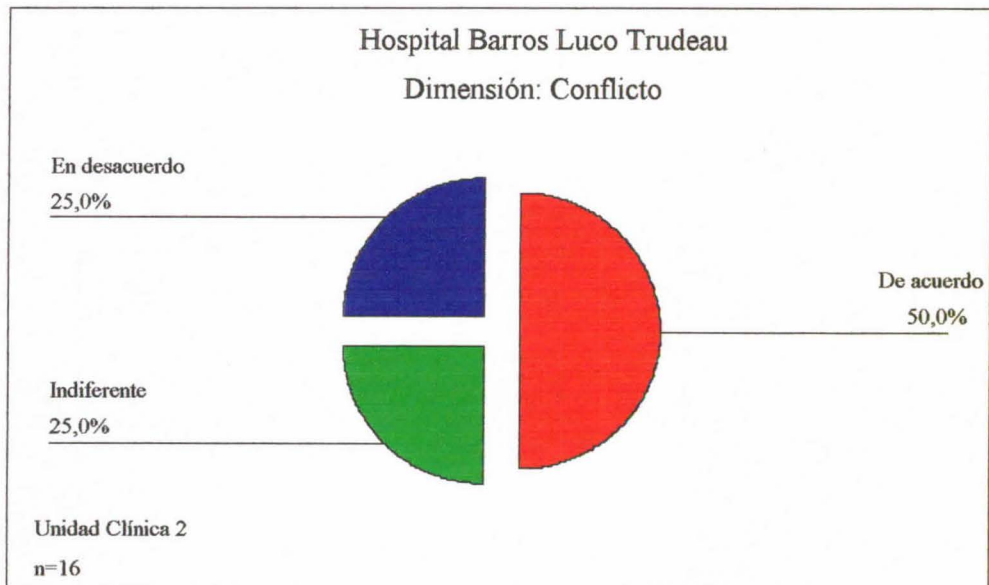
Es la percepción del grado en que se aceptan las opiniones discrepantes y se solucionan los conflictos con agilidad y prontitud.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Cuando hay problemas o conflictos, estos se tratan de solucionar abiertamente.	7 (43,8)	4 (25,0)	4 (25,0)	1 (6,3)
2. Aquí uno puede decir lo que piensa aunque a algunos no les guste.	6 (37,5)	3 (18,8)	7 (43,8)	--

(N=16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 7. RELACIONES LABORALES

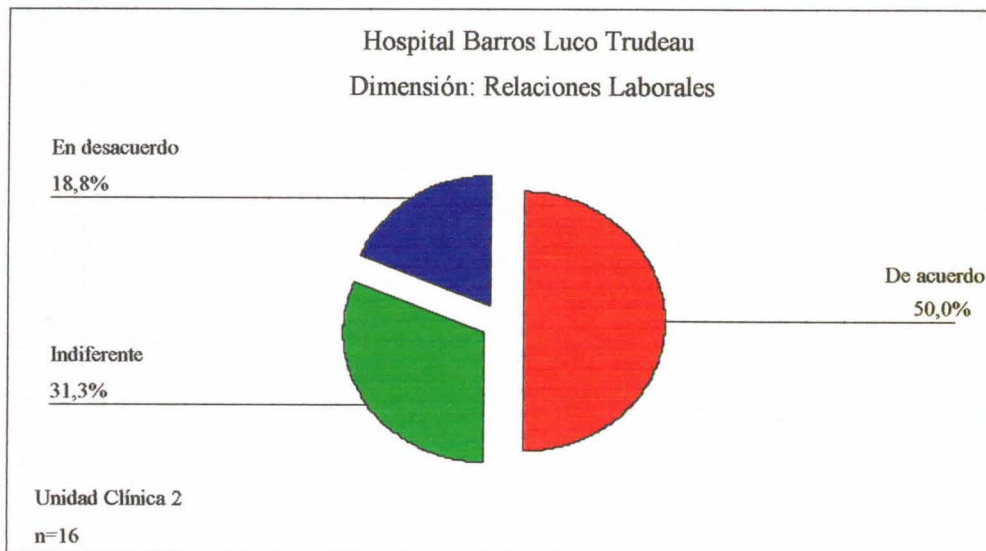
Opinión acerca de las relaciones entre los trabajadores y directivos del Hospital, y del interés de estos últimos en mejorarlas.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Este Hospital está interesado en mejorar las relaciones con los funcionarios.	4 (25,0)	9 (56,3)	3 (18,8)	--
2. Frecuentemente me interesa conocer las decisiones y orientaciones que toma el Hospital.	7 (43,8)	6 (37,5)	3 (18,8)	--

(N = 16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 8. CONFIANZA

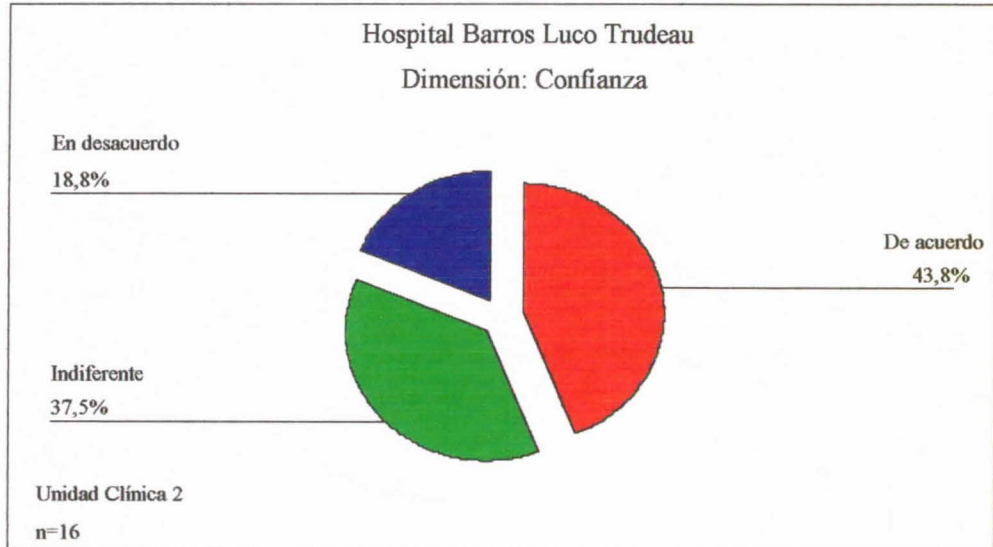
Es la percepción respecto a la organización como un ambiente protegido, en el que existe respeto e interés por sus miembros.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general en este Hospital uno puede confiar en la gente.	4 (25,0)	6 (37,5)	6 (37,5)	--
2. Entre los funcionarios y su jefe existe confianza.	9 (56,3)	3 (18,8)	4 (25,0)	--

(N=16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 9. IDENTIDAD

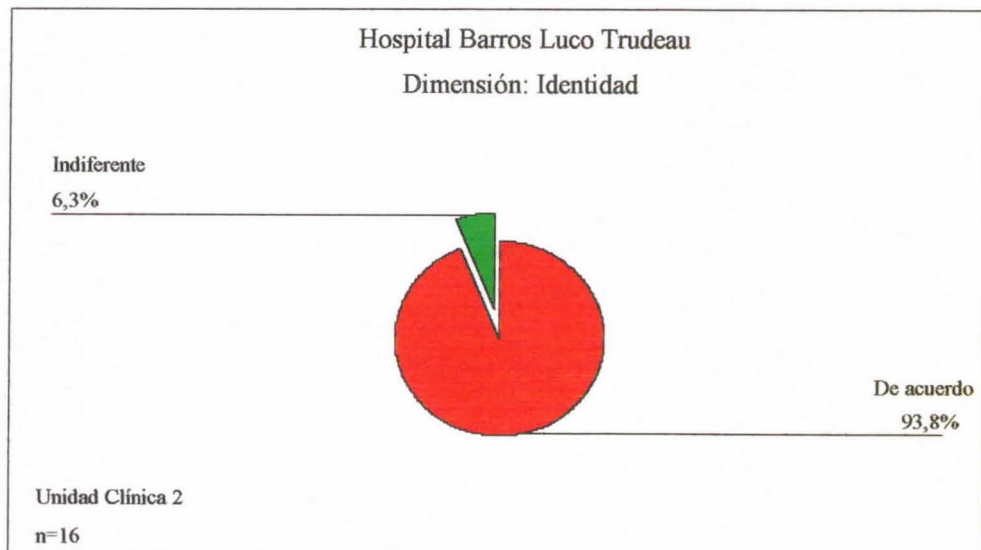
Importancia atribuida por cada persona al hecho de pertenecer al Hospital Barros Luco Trudeau, y al Servicio de Salud Metropolitano Sur.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general, tengo puesta la camiseta del Hospital Barros Luco Trudeau.	12 (75,0)	3 (18,8)	--	1 (6,3)
2. Me parece importante pertenecer al Servicio Sur (SSMS).	13 (81,3)	3 (18,8)	--	--

(N = 16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 10. CAMBIO

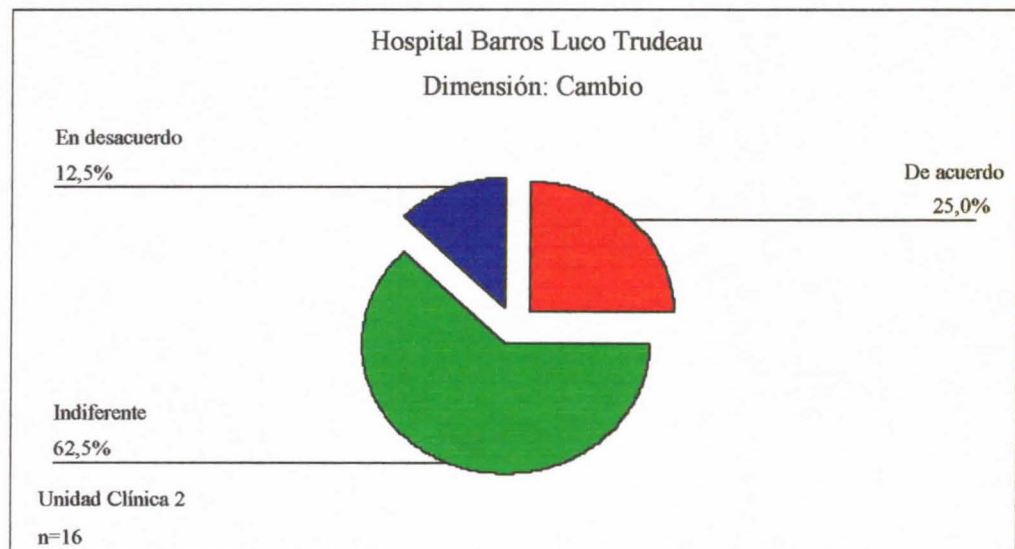
Percepción de la posibilidad que al interior del Hospital ocurran cambios y, específicamente, aumento en las remuneraciones.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Creo que el Hospital está cambiando.	5 (31,3)	7 (43,8)	4 (25,0)	--
2. Creo que las remuneraciones del Hospital mejorarán.	1 (6,3)	8 (50,0)	7 (43,8)	--

(N = 16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 11. PERCEPCIÓN DE LOS DIRECTIVOS

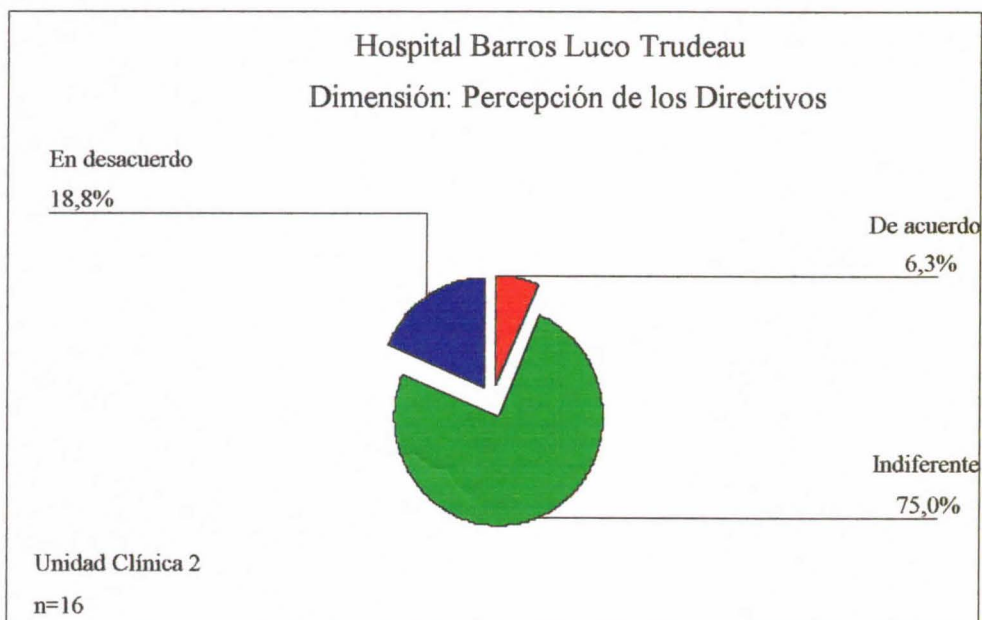
Nivel general de satisfacción con los directivos del Hospital y del Servicio Sur, y percepción de su confiabilidad, transparencia, e interés por mejorar el funcionamiento del mismo.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Los criterios para designar a los jefes son estrictamente técnicos.	4 (25,0)	6 (37,5)	6 (37,5)	--
2. Los directivos del Hospital y del Servicio Sur están interesados en mejorar las cosas.	5 (31,3)	8 (50,0)	3 (18,8)	--
3. (Estoy satisfecho con) la dirección del Hospital.	2 (12,5)	8 (50,0)	6 (37,5)	--

(N = 16)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 12. CONDICIONES DE TRABAJO

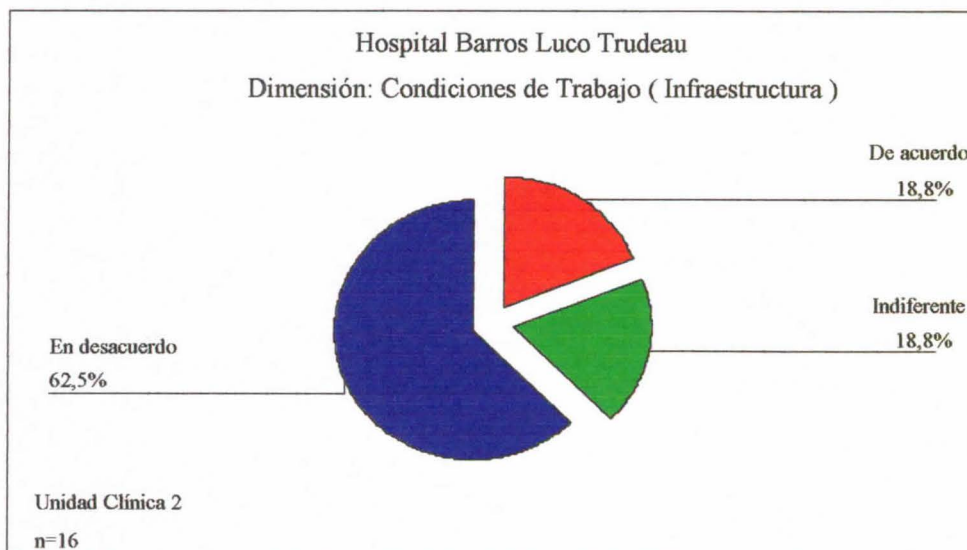
Percepción acerca de la calidad de las condiciones ambientales físicas de trabajo y de los medios disponibles para realizarlo.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>	¡Error! Marcador no definido.	¡Error! Marcador no definido.	¡Error! Marcador no definido.	
1. Las condiciones ambientales de mi lugar de trabajo son adecuadas.	3 (18,8)	2 (12,5)	11 (68,8)	--
2. Los horarios de trabajo de este Hospital son adecuados.	12 (75,0)	2 (12,5)	2 (12,5)	--
3. El espacio de trabajo de los funcionarios es cómodo y permite el buen desempeño laboral.	2 (12,5)	2 (12,5)	2 (12,5)	--

(N = 16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



### 13. CARGA DE TRABAJO

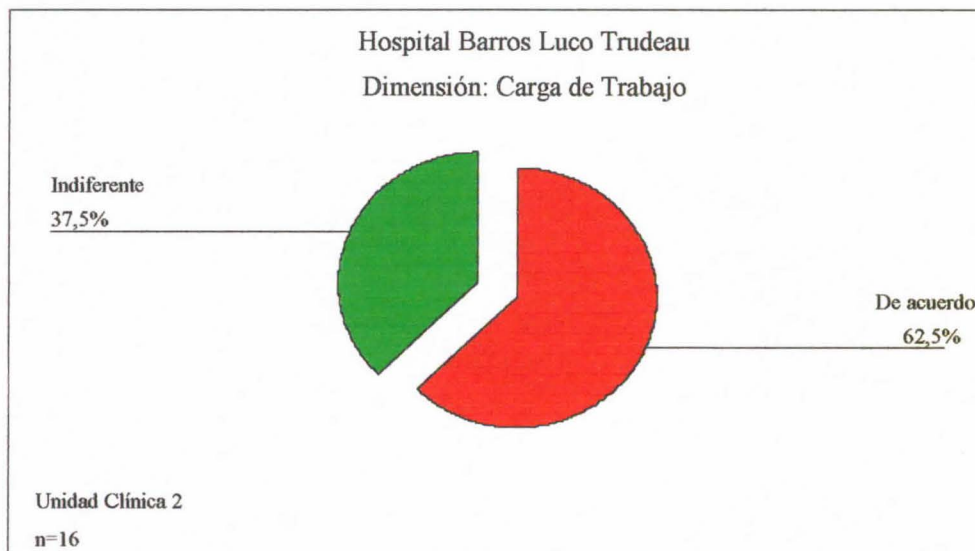
Percepción y satisfacción con la cantidad de trabajo que desempeña cada entrevistado.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO 	INDIFERENTE 	EN DESACUERDO 	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. La cantidad de trabajo que se debe realizar no afecta mis relaciones familiares y mi salud.	8 (50,0)	4 (25,0)	4 (25,0)	--
2. (Estoy satisfecho con) la carga de trabajo que acá tengo.	10 (62,5)	4 (25,0)	2 (12,5)	--

(N = 16)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**








#### 14. RECOMPENSAS Y BENEFICIOS

Percepción de las retribuciones que el Hospital entrega a sus trabajadores, ya sea de los beneficios otorgados, como de la preocupación por recompensar (económica o no-económicamente) el buen desempeño.

**TABLA DE FRECUENCIA**

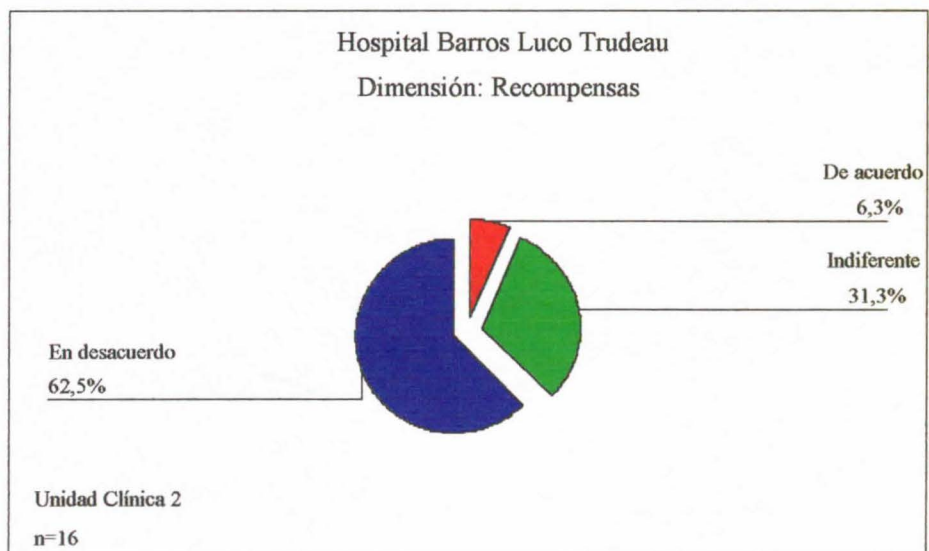
	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En este hospital, los que trabajan mejor tienen la posibilidad de ganar más.	--	2 (12,5)	14 (87,5)	--
2. Existe preocupación por recompensar bien a los buenos funcionarios.	2 (12,5)	2 (12,5)	11 (68,8)	1 (6,3)
3. Los beneficios que recibo (servicio médico, bienestar, sala cuna, bonos de escolaridad, etc.) son buenos.	3 (18,8)	8 (50,0)	5 (31,3)	--
4. Las recompensas que uno puede recibir por trabajar bien no son sólo de dinero.	10 (62,5)	4 (25,0)	1 (6,3)	1 (6,3)

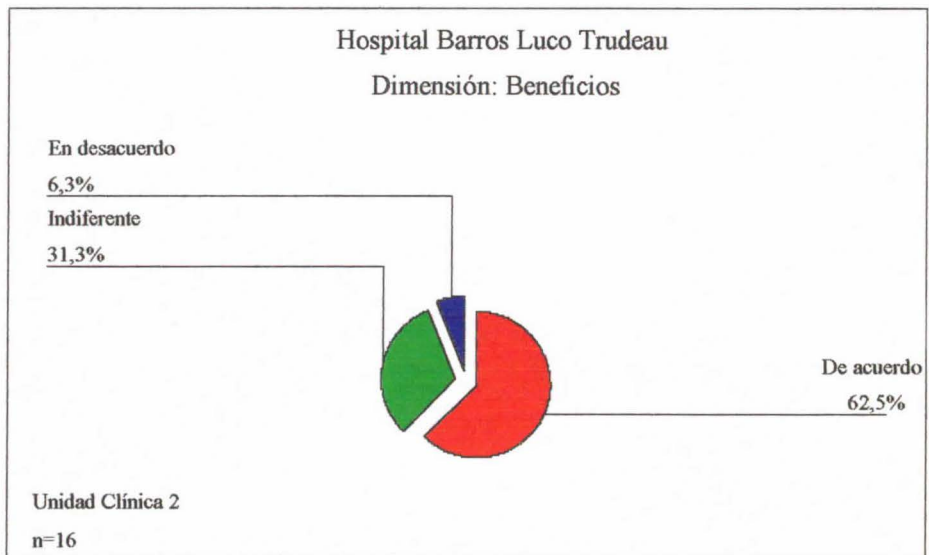
(N = 16)

Esta dimensión considera dos aspectos:

- Recompensas
- Beneficios

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**






**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

## 15. REMUNERACIONES

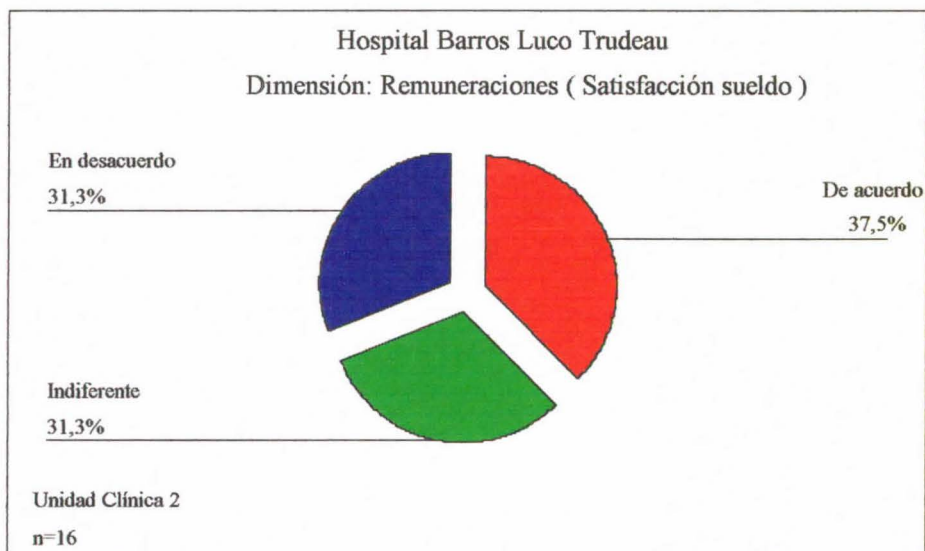
Satisfacción con la remuneración recibida, relevancia otorgada a este aspecto, y percepción de equidad en la distribución de las remuneraciones al interior del Hospital.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Este trabajo me interesa principalmente por el sueldo que recibo.	1 (6,3)	1 (6,3)	14 (87,5)	--
2. Las remuneraciones al interior del Hospital son adecuadas a los distintos estamentos.	3 (18,8)	3 (18,8)	9 (56,3)	1 (6,3)
3. (Estoy satisfecho con) el sueldo que recibo.	5 (31,3)	5 (31,3)	6 (37,5)	--

(N = 16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

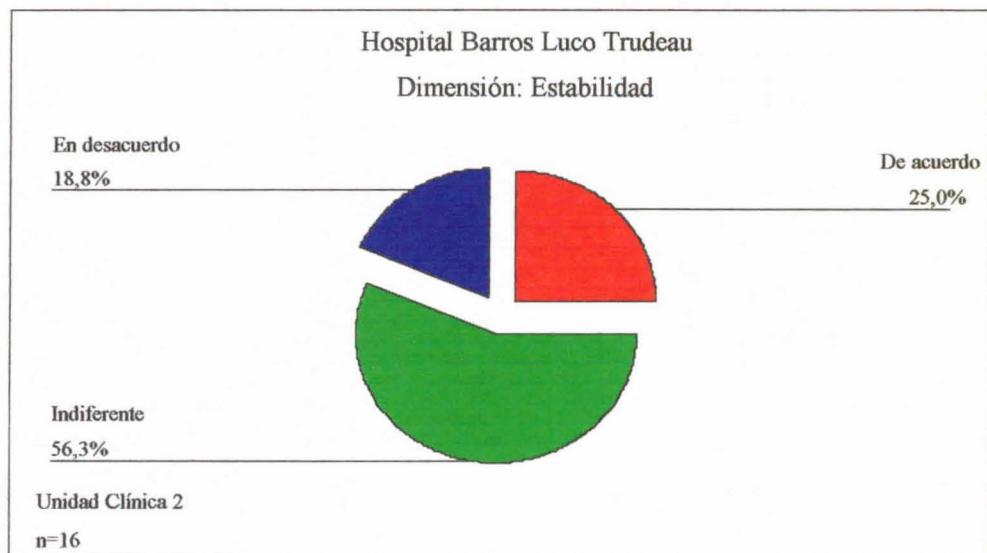


**16. ESTABILIDAD**

Es la percepción del grado de seguridad de permanecer en la organización.

**TABLA DE FRECUENCIA**




	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Lo principal que me ofrece este trabajo es la estabilidad	7 (43,8)	4 (25,0)	4 (25,0)	1 (6,3)
2. Si alguien trabaja mal, es fácil que lo despidan	3 (18,8)	1 (6,3)	12 (75,0)	--

**(N=16)****GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

## 17. DESARROLLO DE CARRERA

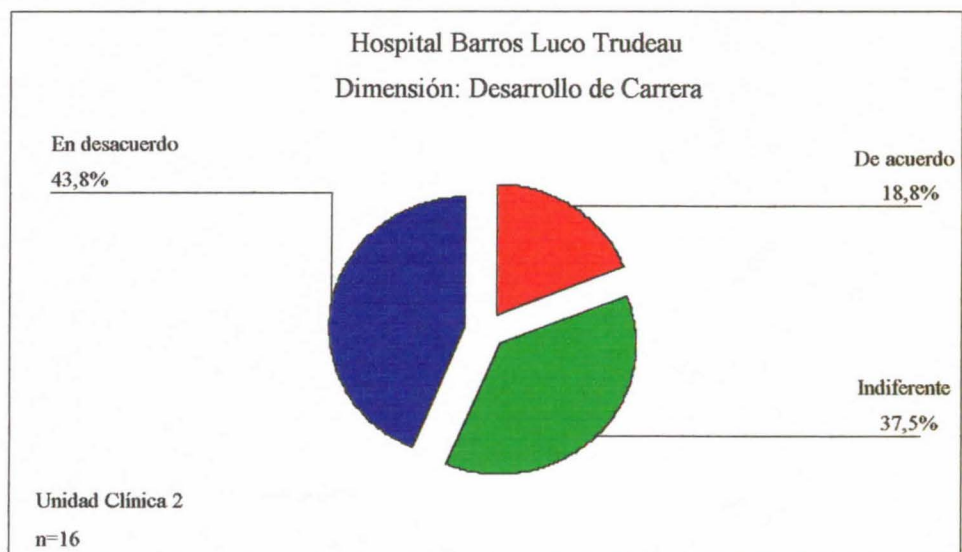
Es la percepción acerca de la existencia de un proceso de entrenamiento y capacitación que permita ascender y mejorar en la calificación laboral.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. La estructura de grados permite la carrera funcionaria.	2 (12,5)	4 (25,0)	9 (56,3)	1 (6,3)
2. Las personas que acá trabajan tiene la posibilidad de desarrollarse laboralmente (profesionalmente).	5 (31,3)	2 (12,5)	9 (56,3)	--
3. (Estoy satisfecho con) las posibilidades de progreso y ascenso.	6 (37,5)	3 (18,8)	7 (43,8)	--

(N=16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 18. REALIZACIÓN PERSONAL

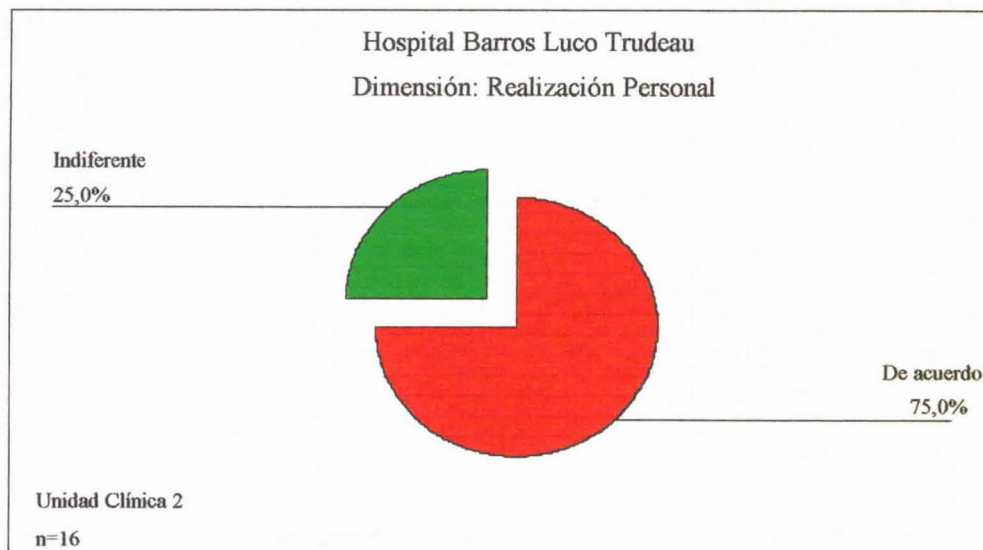
Percepción respecto al grado en que las características del trabajo facilitan el alcance de objetivos de desarrollo individuales.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. La razón principal para estar en este trabajo es mi realización personal.	16 (100,0)	--	--	--
2. Este trabajo resulta frecuentemente estimulante para mí.	12 (75,0)	2 (12,5)	2 (12,5)	--
3. (Estoy satisfecho con) el desarrollo personal que alcanzo en mi trabajo.	12 (75,0)	--	4 (25,0)	--

(N=16)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 19. LIDERAZGO

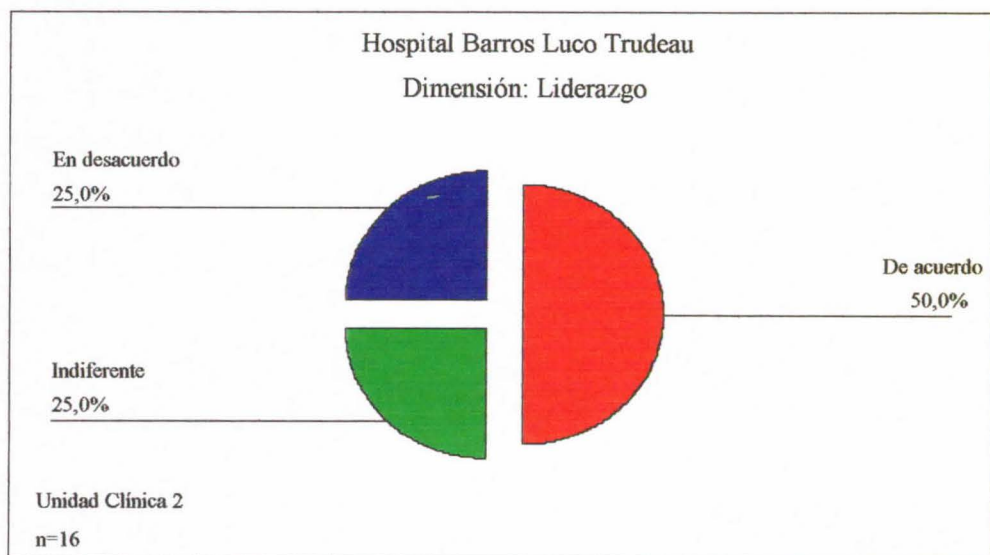
Capacidad de los jefes para administrar, organizar y orientar el trabajo de sus dirigidos. De la misma manera, se considerara, también, la preocupación por los funcionarios, traducida en el fomento de buenas relaciones entre ellos.

**TABLA DE FRECUENCIA**



	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general las personas que están en cargos de jefatura tienen las capacidades para administrar y organizar el trabajo.	8 (50,0)	2 (12,5)	6 (37,5)	--
2. En este Hospital los jefes de Unidades o Unidades de Trabajo se preocupan del funcionario (de como se siente y de sus problemas ).	7 (43,8)	2 (12,5)	7 (43,8)	--
3. Los jefes de Departamento o Unidad de Trabajo fomentan las buenas relaciones entre los funcionarios.	8 (50,0)	4 (25,0)	4 (25,0)	--
4. Los jefes de Departamento o Unidad ayudan y orientan el trabajo.	11 (68,8)	1 (6,3)	4 (25,0)	--

(N= 16)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

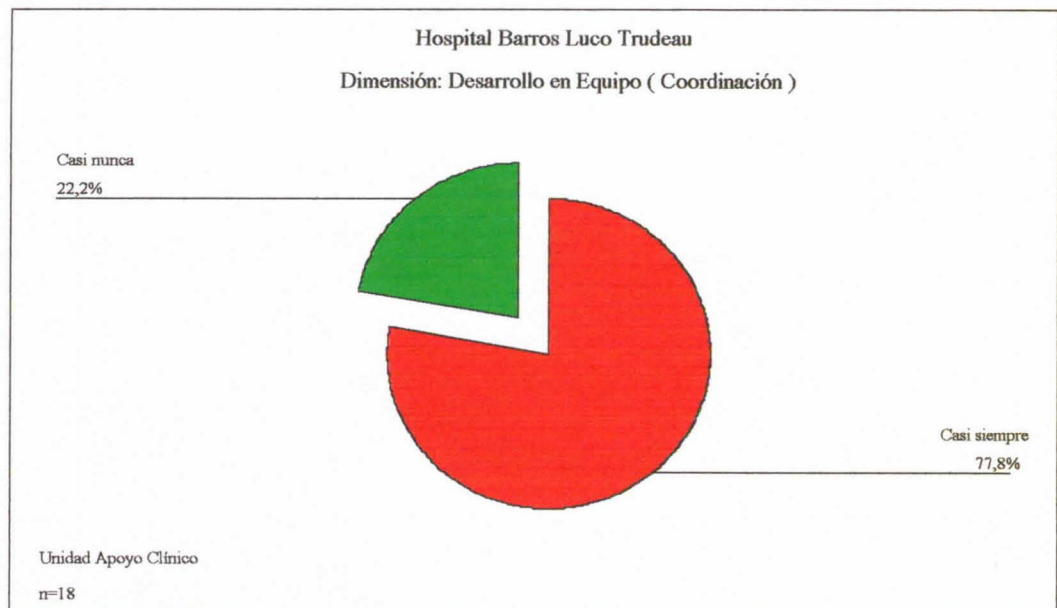


**TABLA DE FRECUENCIA**  
**Aspecto Coordinación**



	CASI SIEMPRE 	CASI NUNCA 	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. Para realizar el trabajo de mi Unidad nos organizamos como un equipo.	14 (77,8)	3 (16,7)	1 (5,6)
2. Funcionamos como un equipo de trabajo.	12 (66,7)	6 (33,3)	--
3. Cada persona tiene clara su función específica en la Unidad de Trabajo.	15 (83,3)	1 (5,6)	2 (11,1)
4. Cuando es necesario, los miembros del equipo somos capaces de realizar otras funciones.	13 (72,2)	5 (27,8)	--
5. La responsabilidad para realizar el trabajo de la Unidad es compartida.	14 (77,8)	3 (16,7)	1 (5,6)

(N=18)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

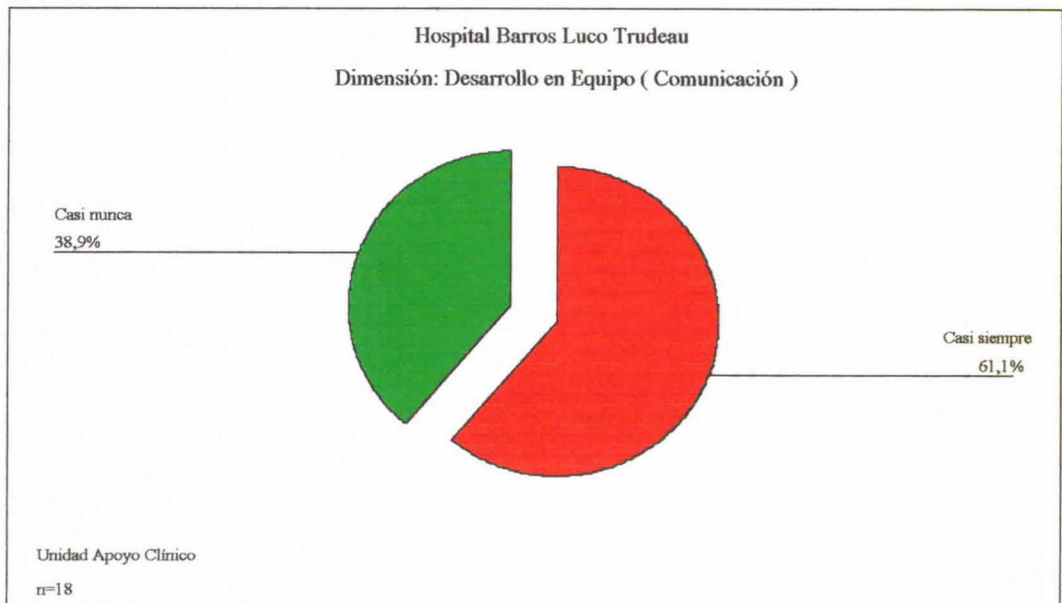


**TABLA DE FRECUENCIA**  
Aspecto Comunicación

	CASI SIEMPRE 	CASI NUNCA 	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. Cuando se debe tomar una decisión, o solucionar un problema importante, esto resulta fácil y simple.	10 (55,6)	5 (27,8)	3 (16,7)
2. Cuando es necesario, entre los miembros de mi Unidad nos damos apoyo y estímulo.	14 (77,8)	3 (16,7)	1 (5,6)
3. En mi Unidad o Departamento nos conocemos de verdad, y confiamos unos en otros.	10 (55,6)	8 (44,4)	--
4. Nos decimos de manera franca, abierta y oportuna cuando el otro está haciendo bien o mal su trabajo.	10 (55,6)	7 (38,9)	1 (5,6)
5. Las personas de mi Unidad de Trabajo se escuchan, y se dan el tiempo para ello.	10 (55,6)	6 (33,3)	2 (11,1)
6. La gente acá dice lo que piensa sin temor al rechazo de los demás o a sanciones.	8 (44,4)	7 (38,9)	3 (16,7)

(N=18)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## **RESULTADOS ESTADISTICOS POR ESTAMENTOS**

La siguiente sección, constituye una ampliación de los resultados estadísticos, ya que se realizó una presentación de éstos considerando a los estamentos y no a las Unidades. Con gráficos de barras se muestran los porcentajes de respuesta *de acuerdo, indiferente, en desacuerdo* considerando l.

La presentación de los resultados se construye diferenciando las categorías de respuesta dado el *estamento* de pertenencia del funcionario del Hospital Barros Luco Trudeau.

La muestra del estudio implicó 76 personas funcionarias del Hospital, de estas 76, en la construcción de los gráficos sólo intervienen los funcionarios que contestaron su estamento. Hubo 11 funcionarios que no declararon su estamento, es decir un 14,5 % de la muestra.

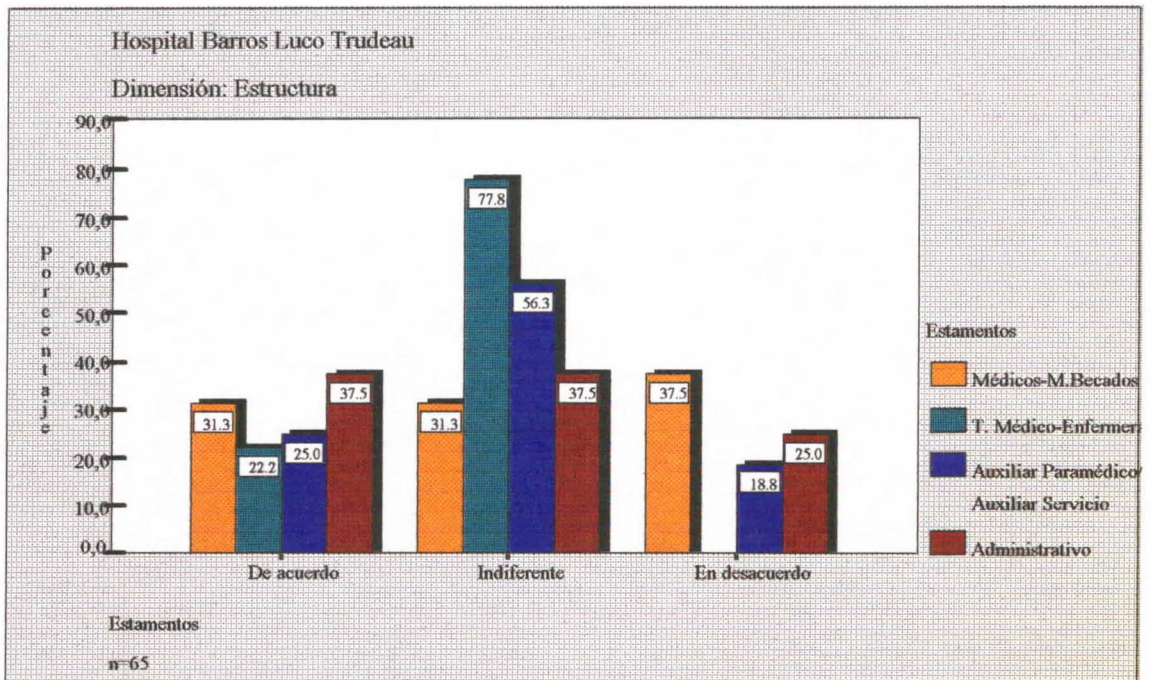
En total cada gráfico se contruye con una muestra real por estamento, de 65 funcionarios, constituyendo el 85,5 %.

Distribución por Estamento ( agrupados en 4 grupos ) :

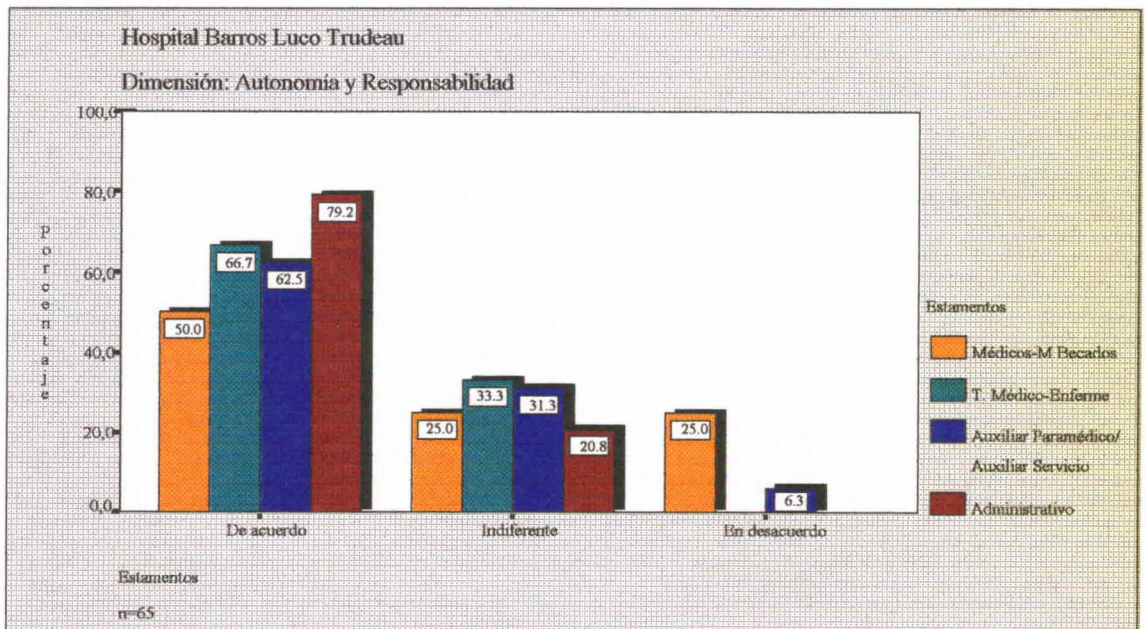
<b>ESTAMENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Grupo 1 (Médicos/Becados)	16	21,1 %
Grupo 2 (Tecg. Médico/Enfermera)	09	11,8 %
Grupo 3 (Aux. Paramédico-Servicio)	16	21,1 %
Grupo 4 (Administrativo)	24	31,6 %
Grupo 5 (Otros/No contesta)	11	14,5 %
<b>Total de la muestra</b>	<b>76</b>	<b>100,0 %</b>

## GRÁFICOS POR ESTAMENTOS

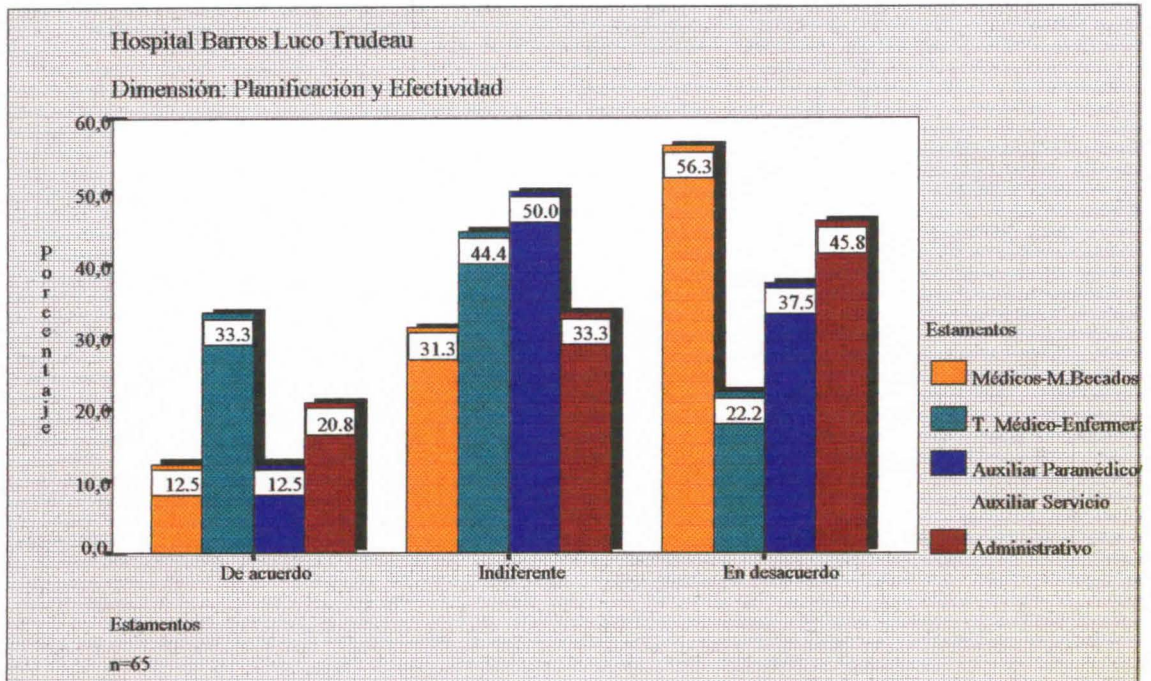
### 1.- Dimensión Estructura :



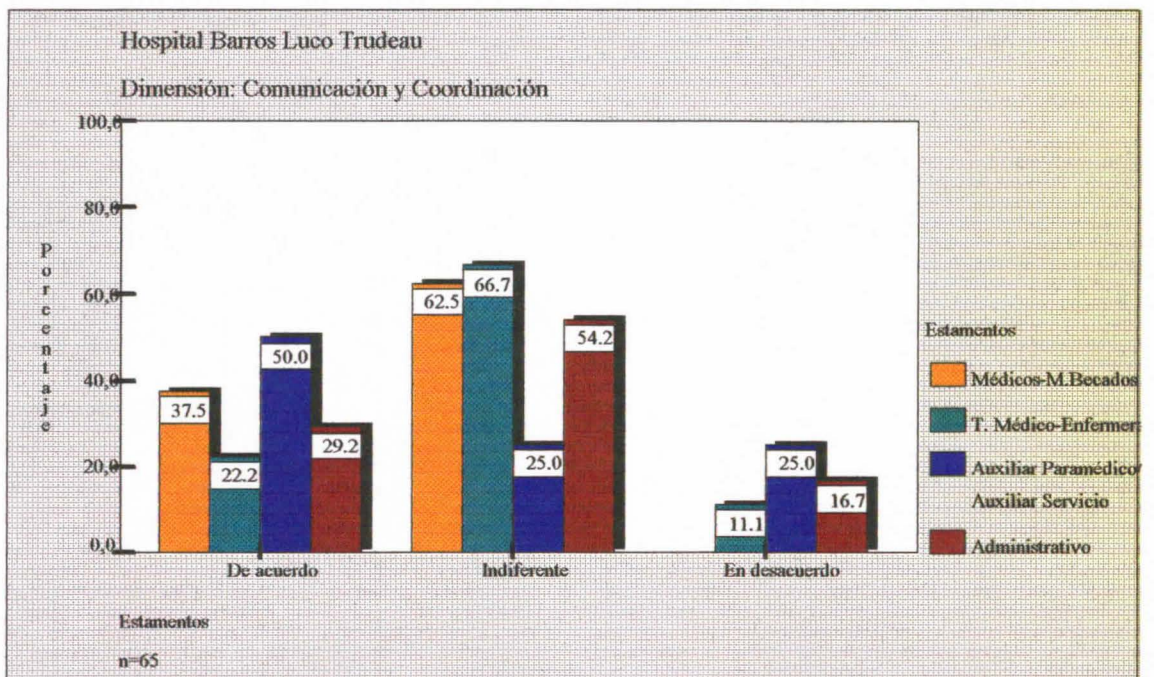
### 2.- Dimensión Autonomía y Responsabilidad :



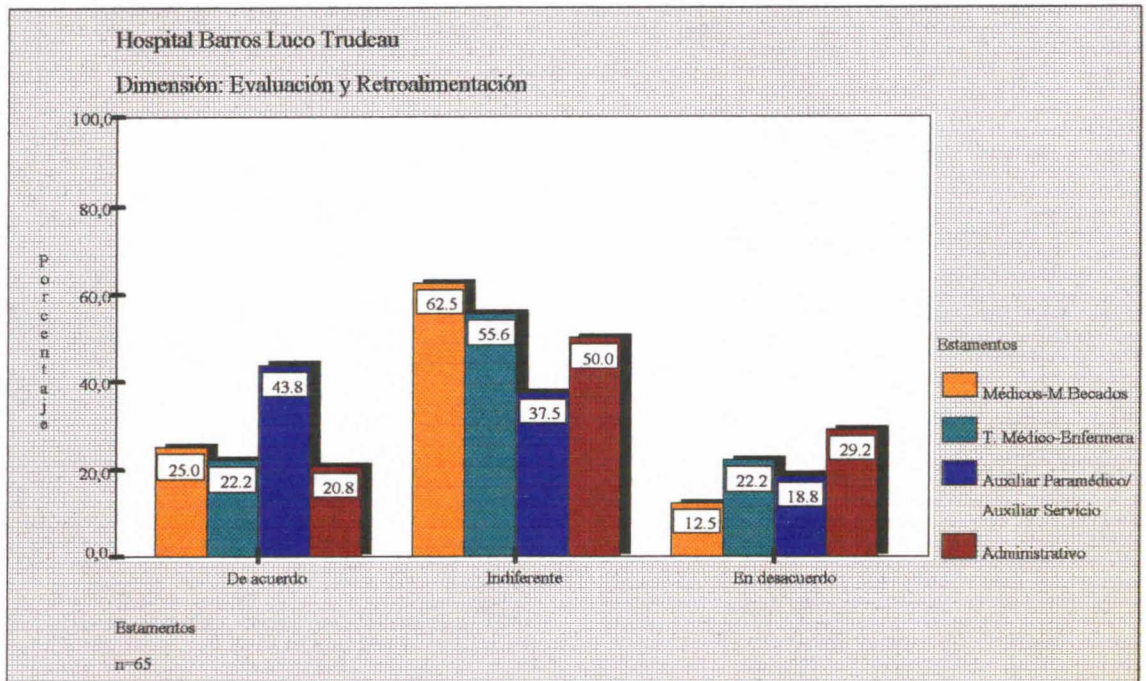
**3.- Dimensión Planificación y Efectividad :**



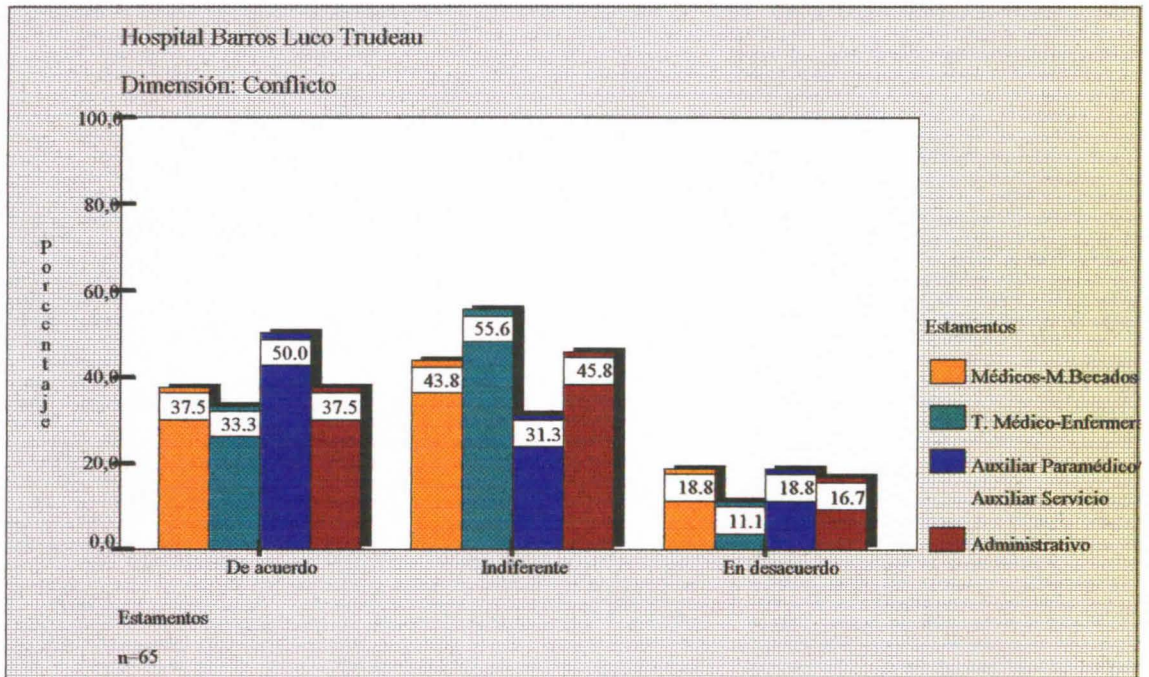
**4.- Comunicación y Coordinación :**



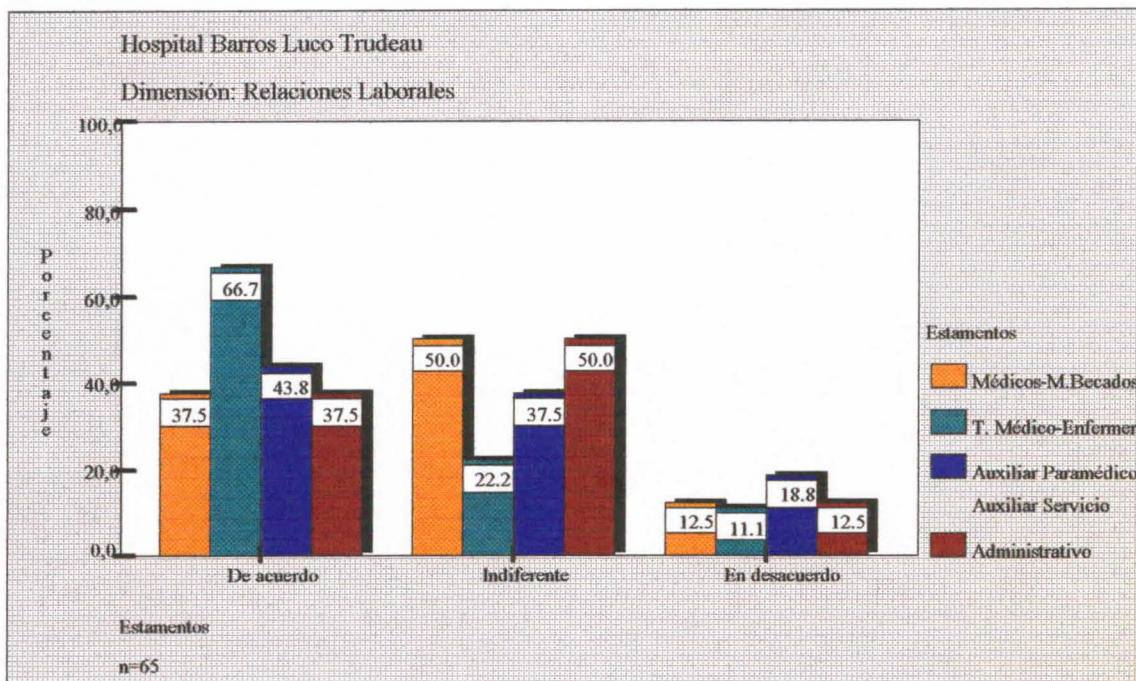
**5.- Evaluación y Retroalimentación :**



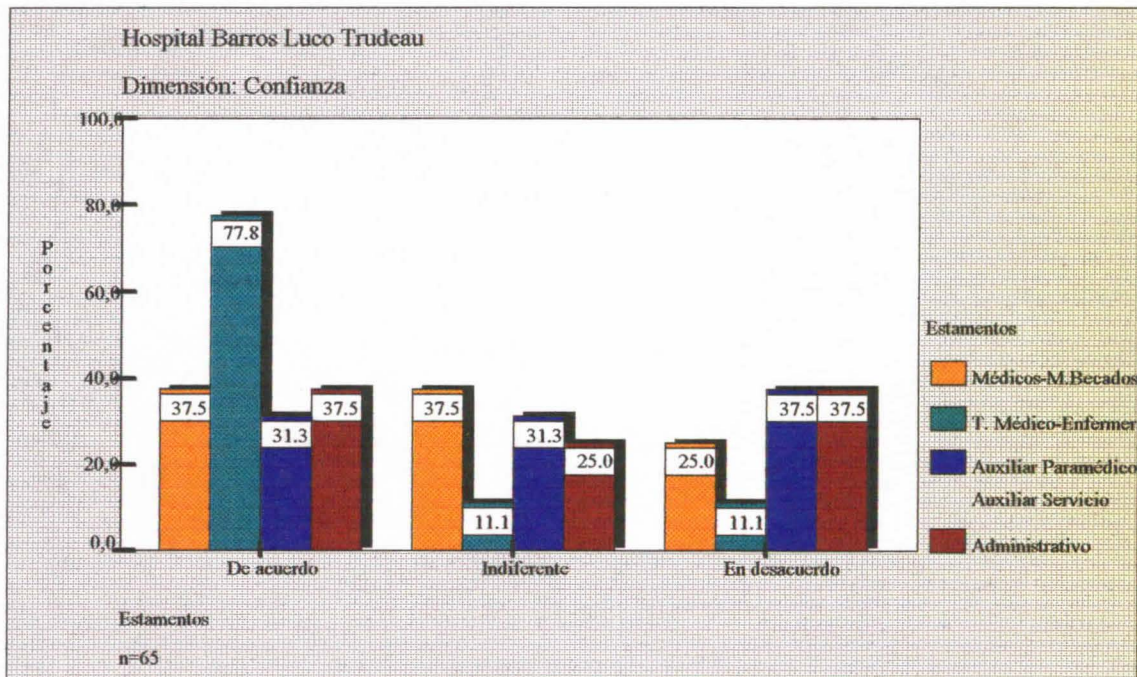
**6.- Dimensión Conflicto :**



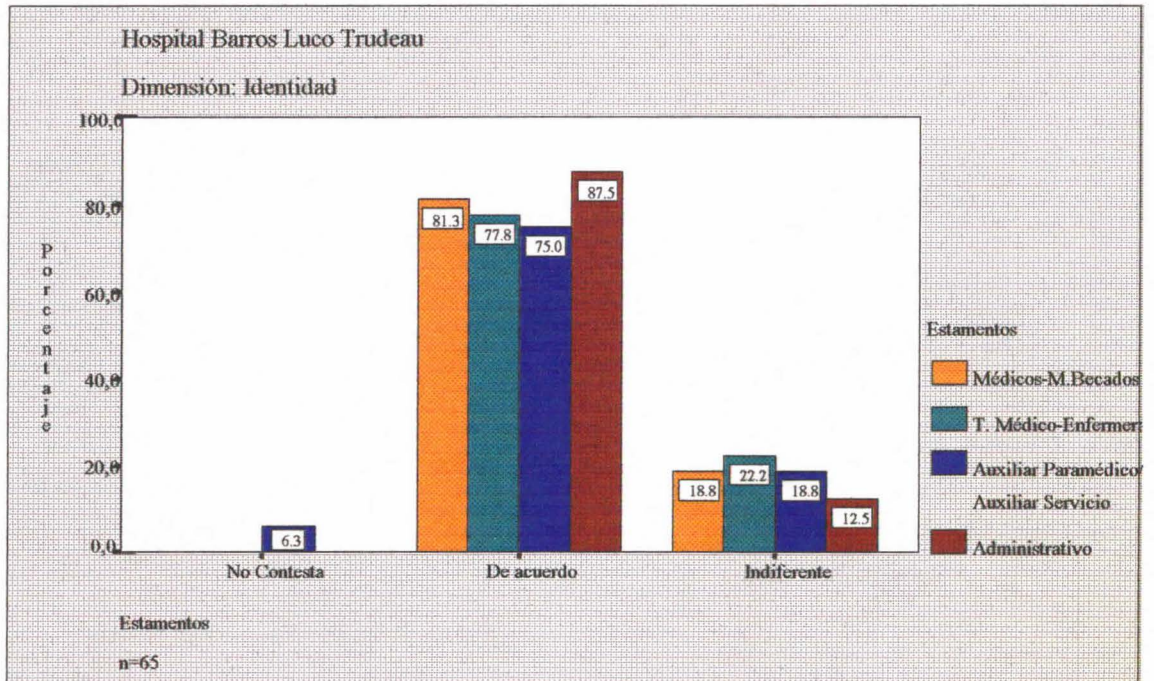
**7.- Relaciones Laborales :**



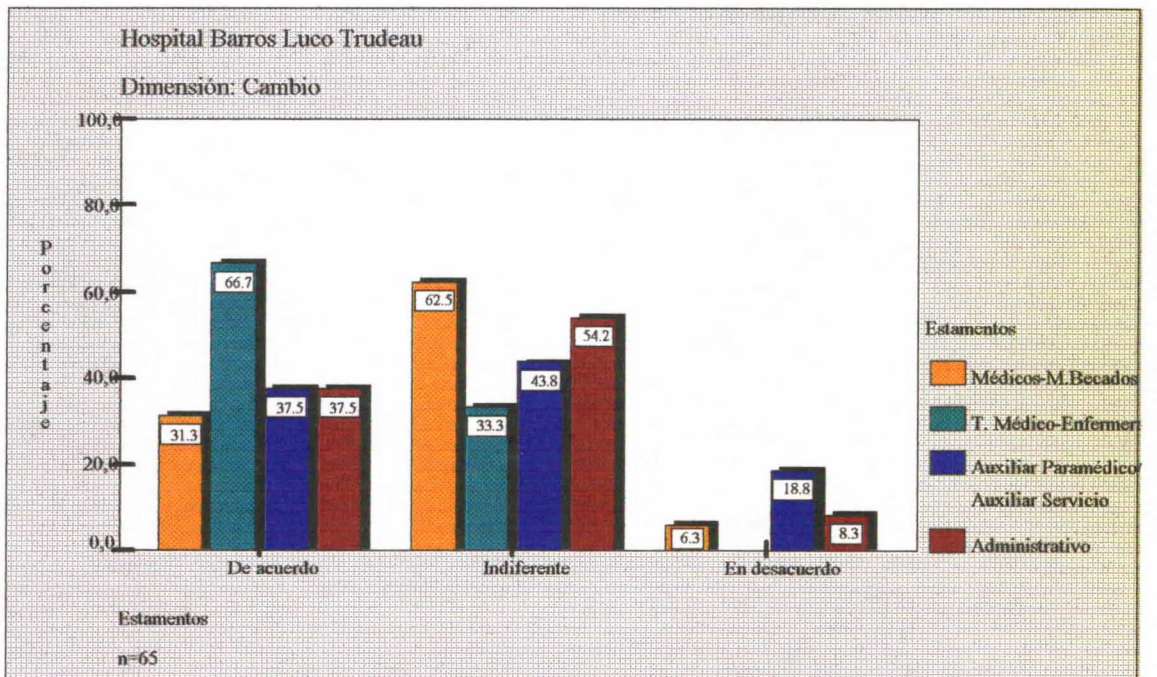
**8.- Dimensión Confianza :**



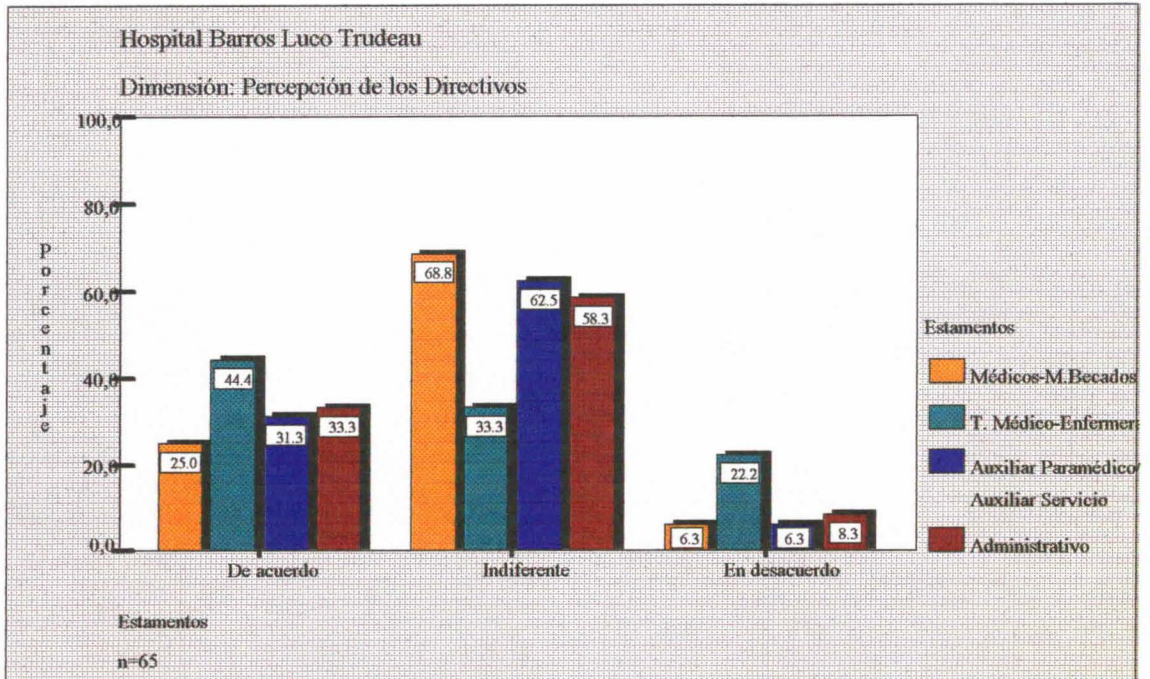
**9.- Dimensión Identidad :**



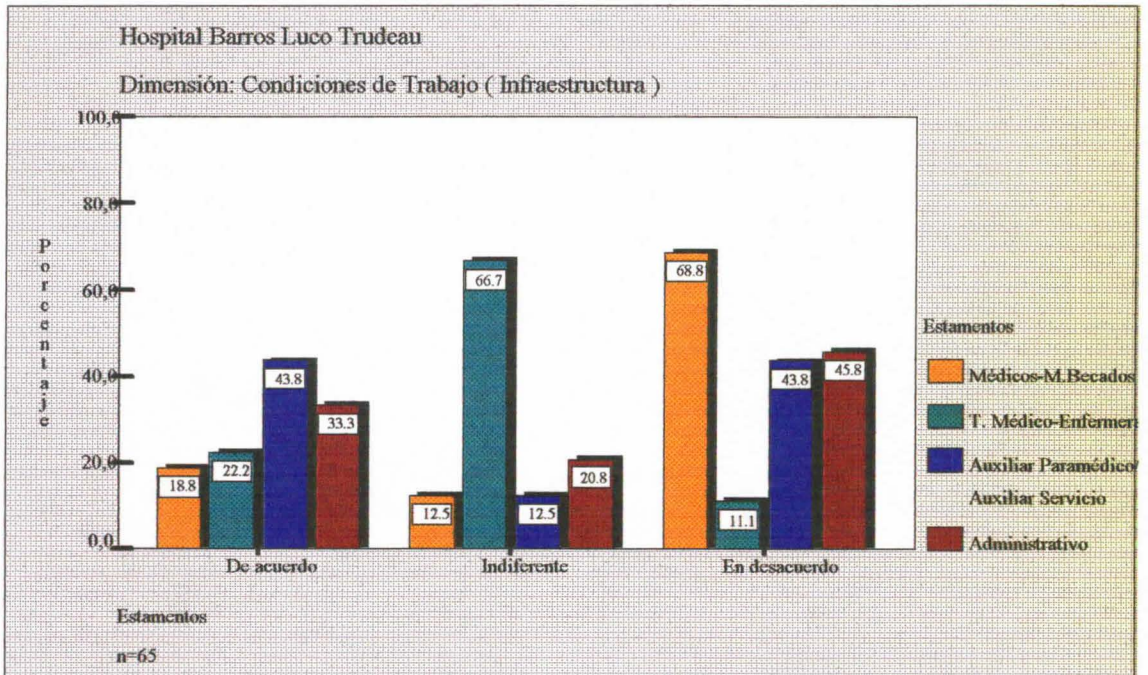
**10.- Dimensión Cambio :**



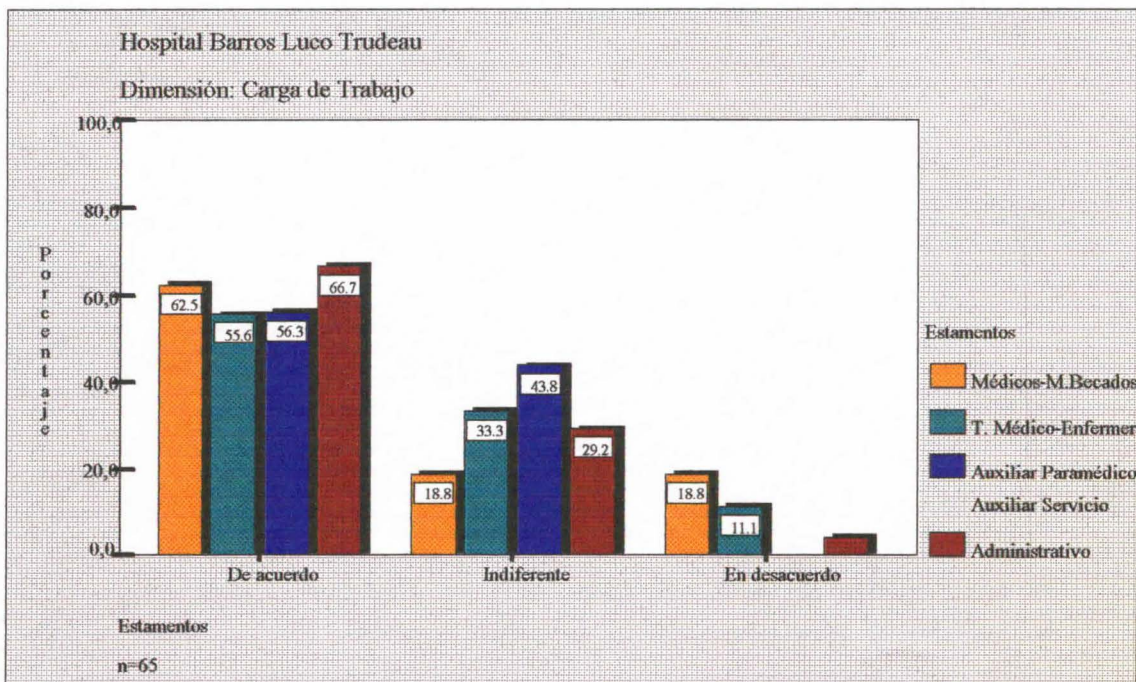
**11.- Percepción de los Directivos :**



**12.- Condiciones de Trabajo (Infraestructura) :**

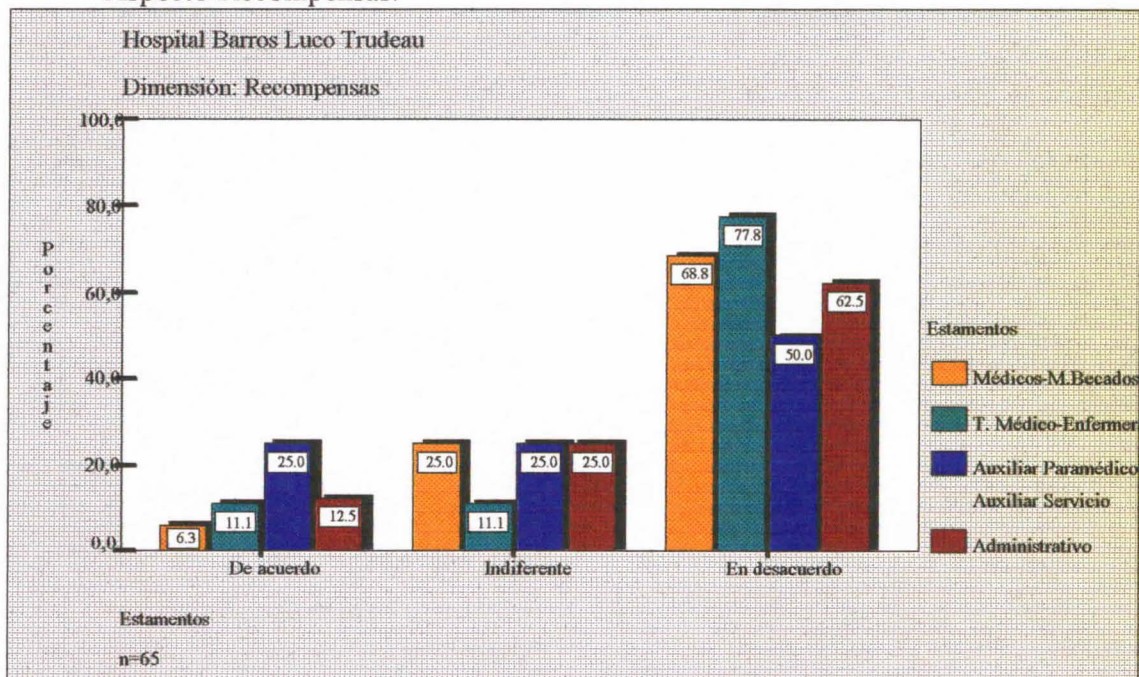


13.- Carga de Trabajo :

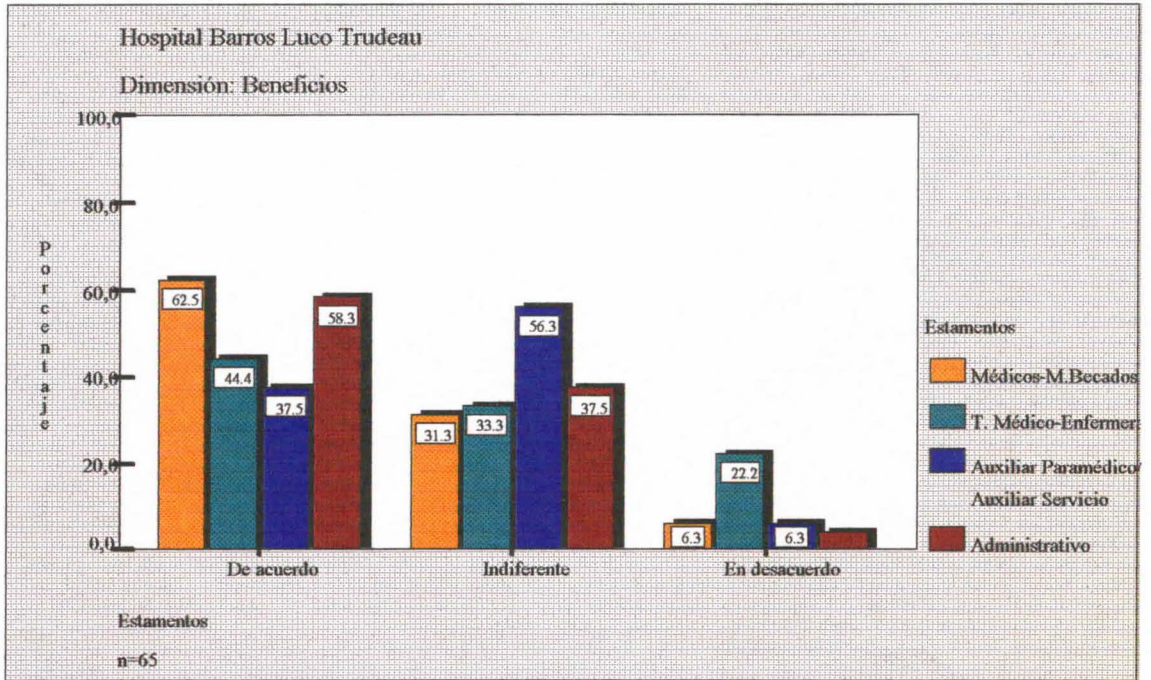


14.- Recompensas y Beneficios :

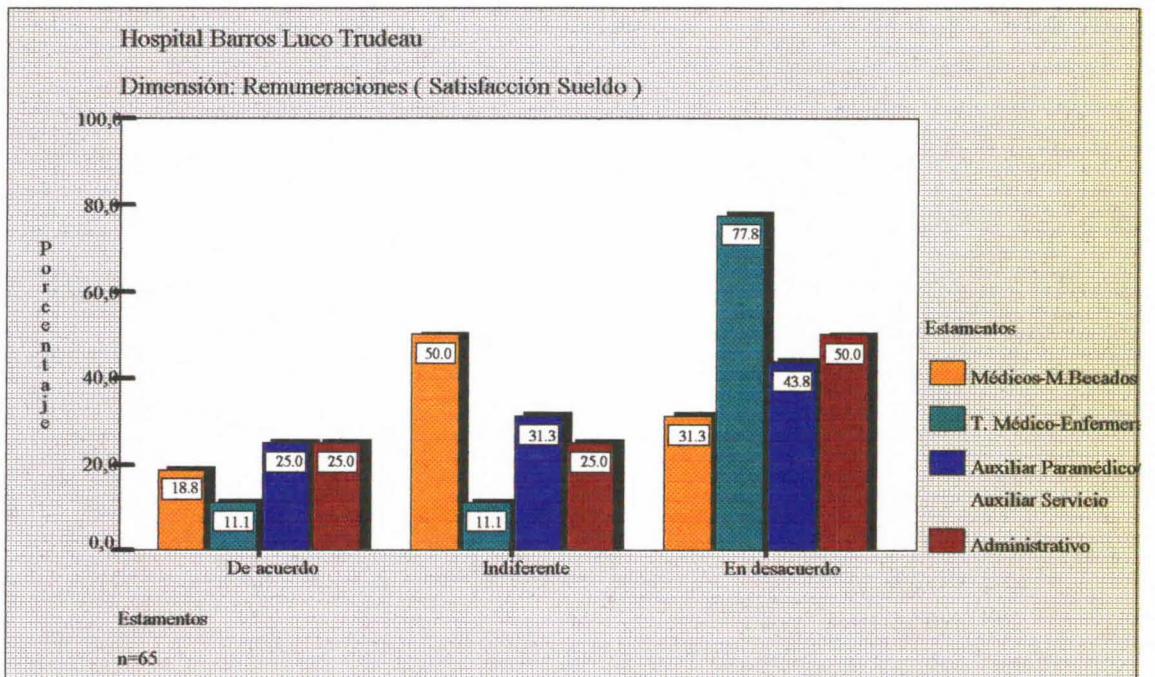
Aspecto Recompensas.



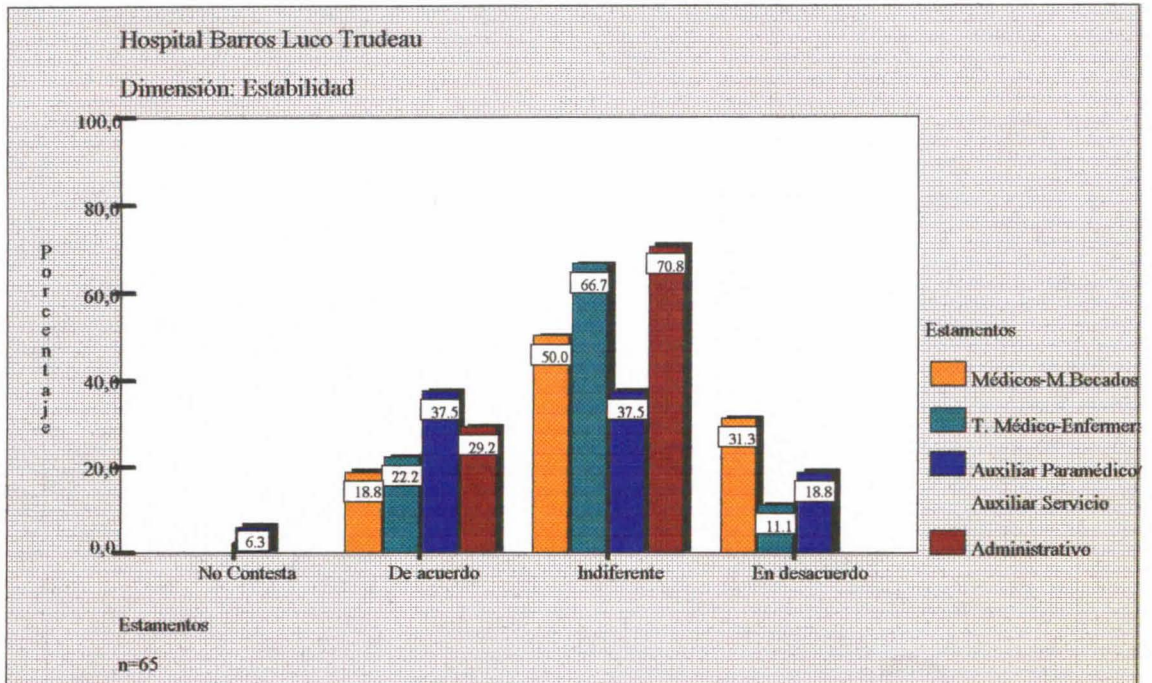
**Aspecto Beneficios.**



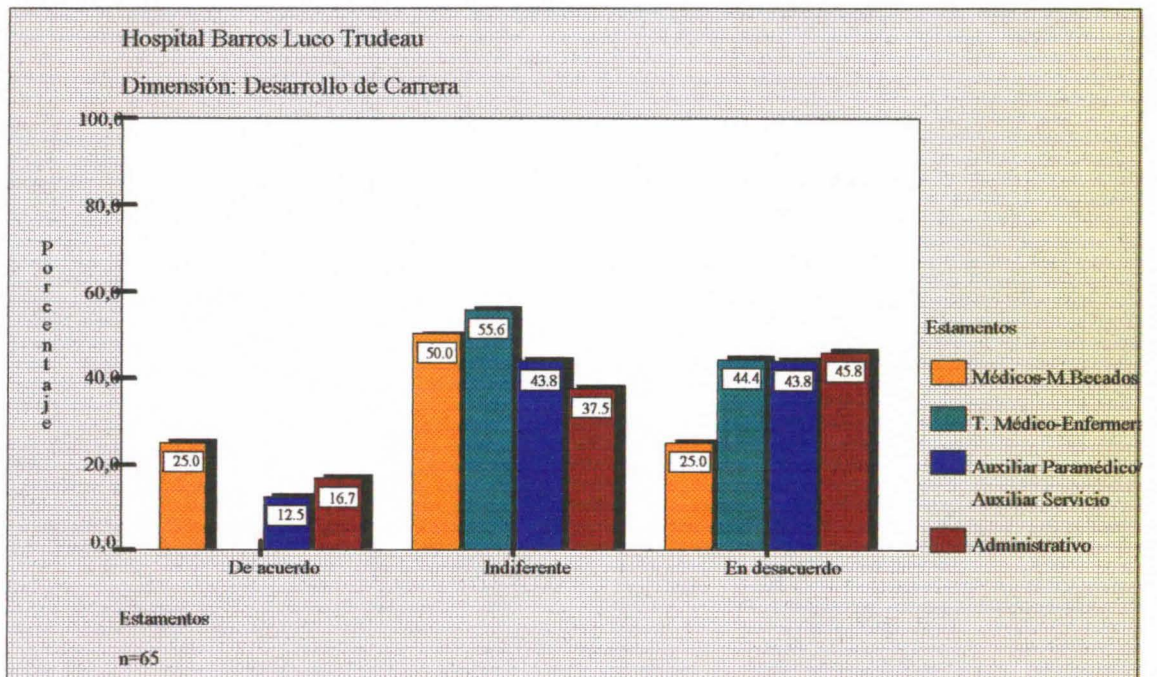
**15.- Remuneraciones (Satisfacción Sueldo) :**



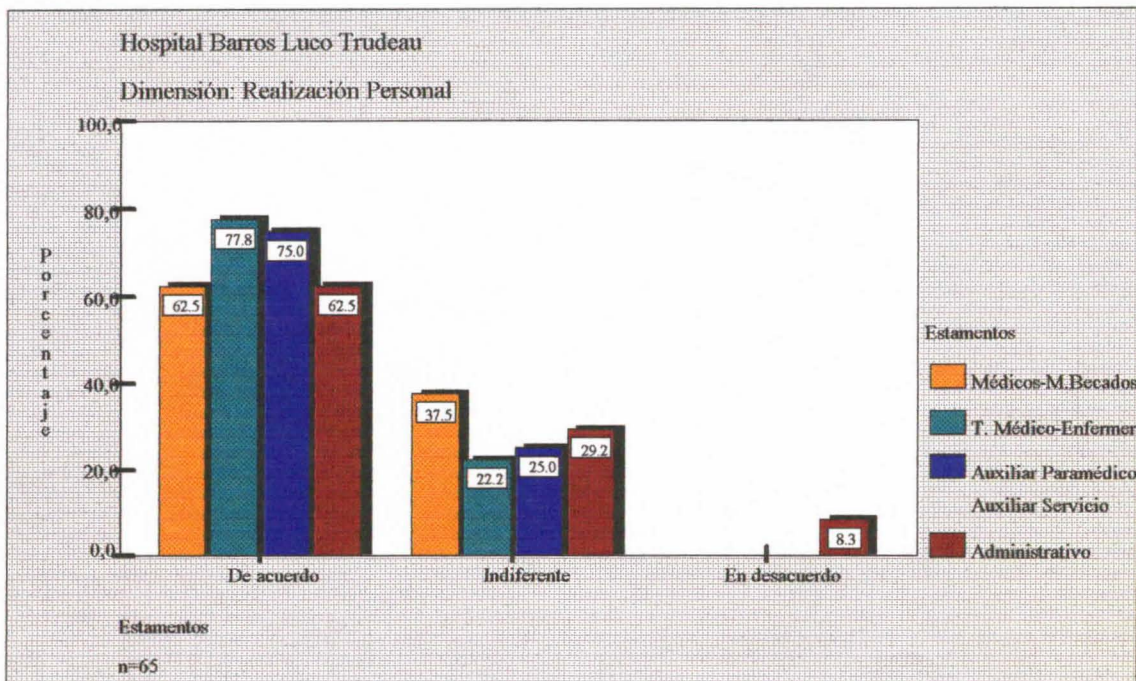
16.- Estabilidad :



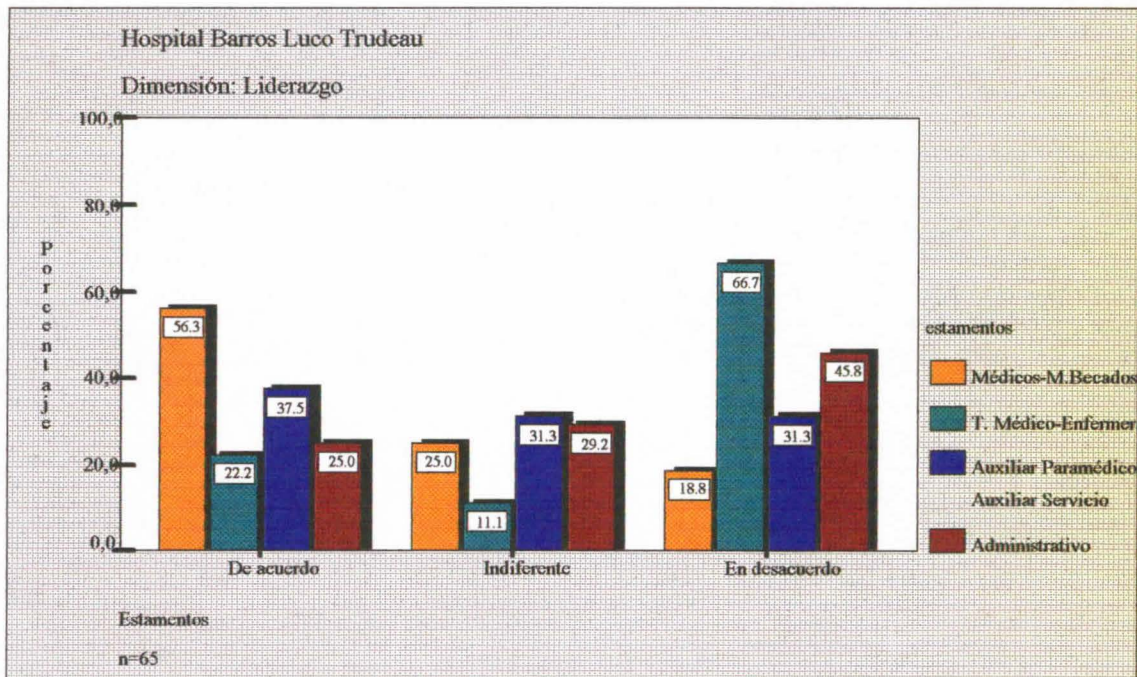
17.- Desarrollo de Carrera :



**18.- Realización Personal :**

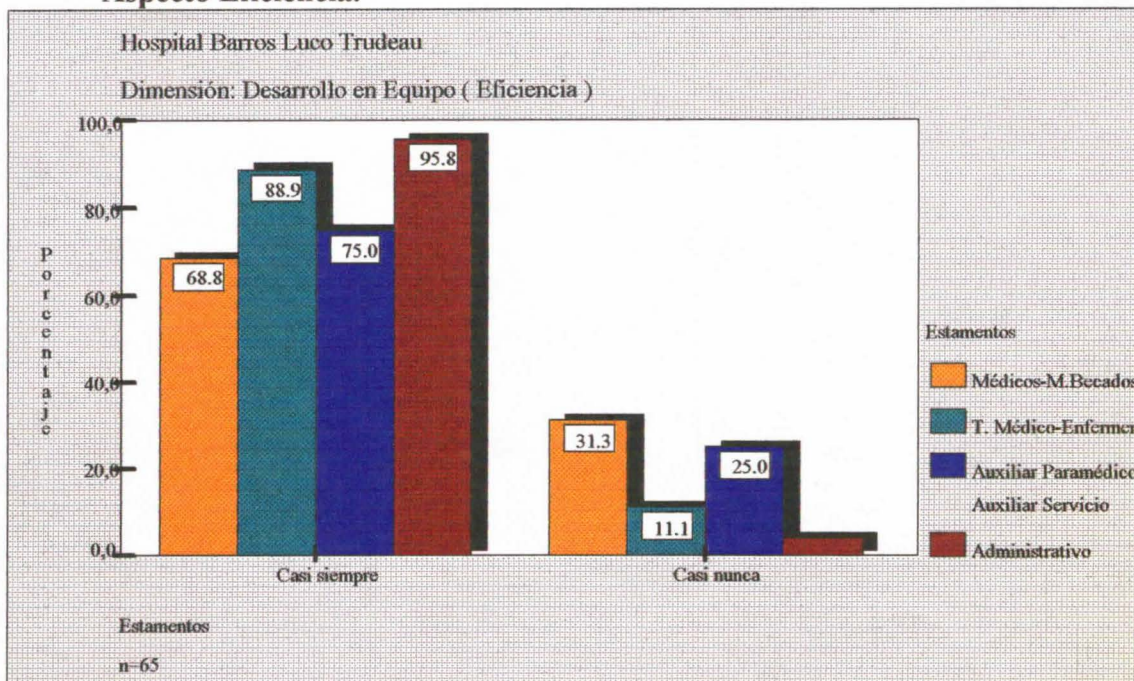


**19.- Liderazgo :**

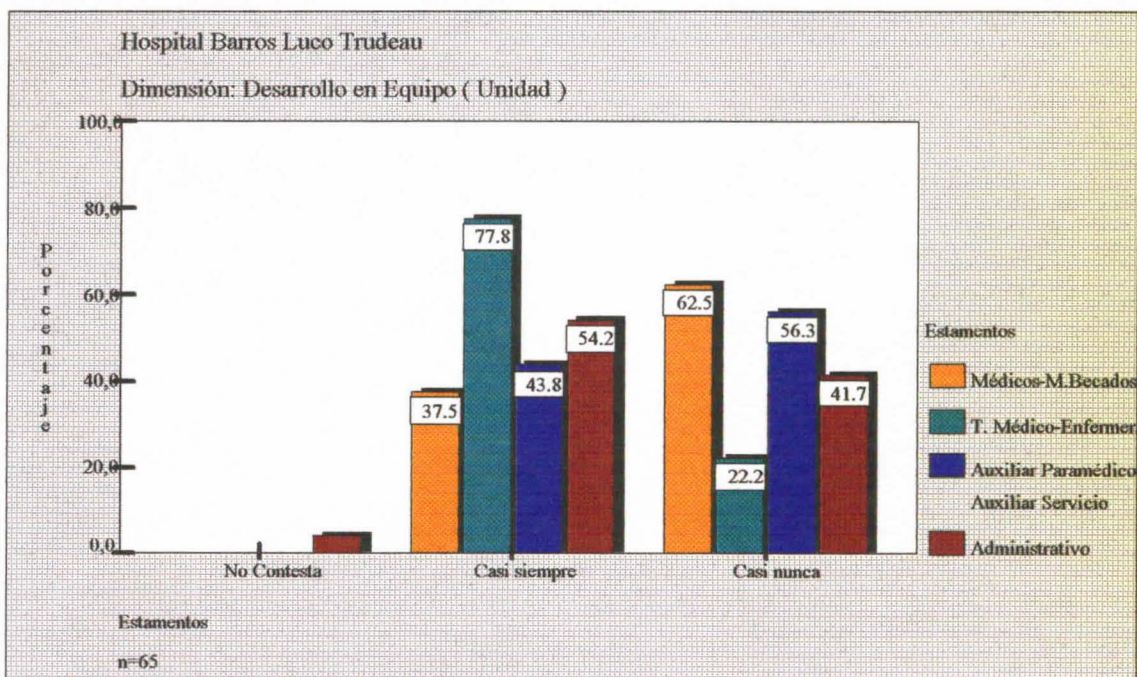


20.- Desarrollo en Equipo :

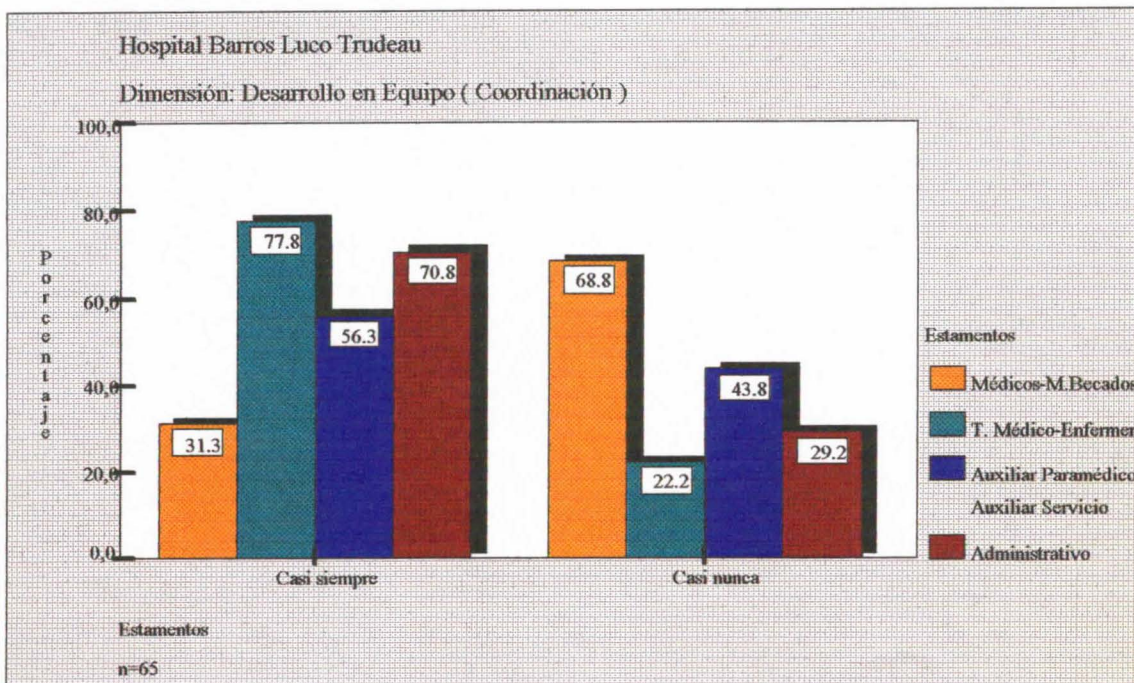
Aspecto Eficiencia.



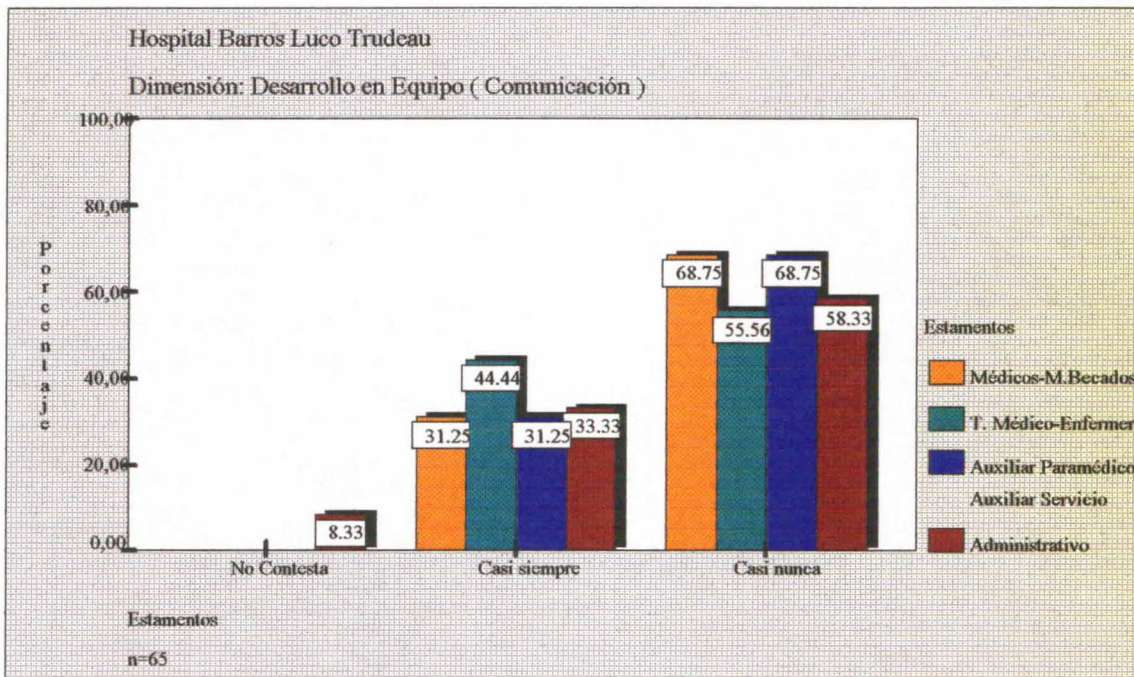
Aspecto Unidad.



**Aspecto Coordinación.**






**Aspecto Comunicación.**



## 10. CAMBIO

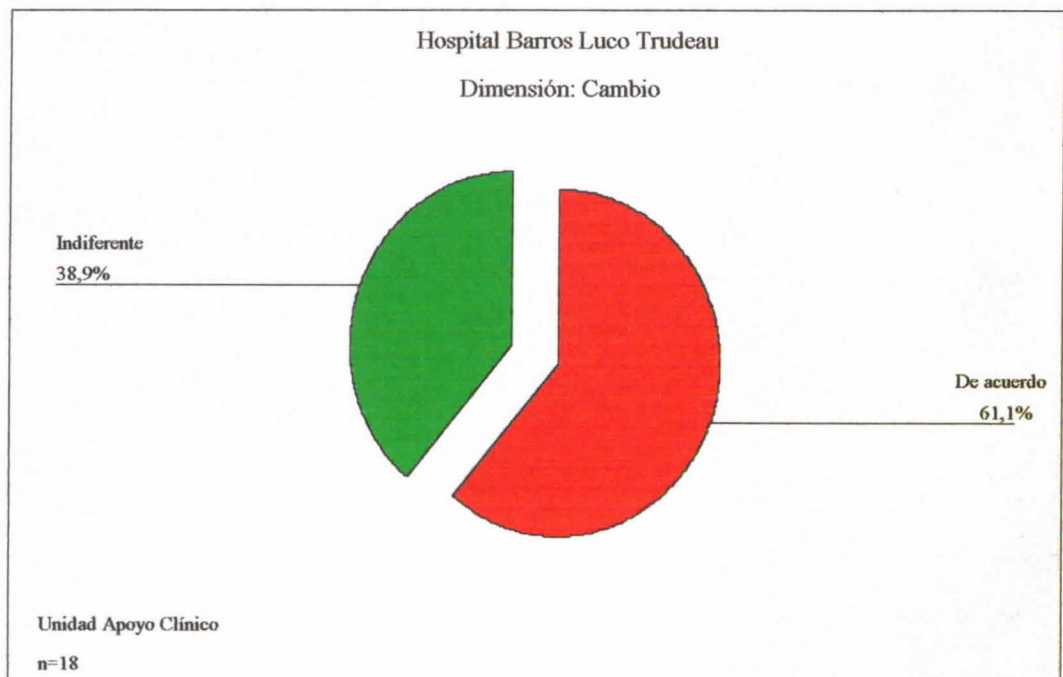
Percepción de la posibilidad que al interior del Hospital ocurran cambios y, específicamente, aumento en las remuneraciones.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Creo que el Hospital está cambiando.	13 (72,2)	3 (16,7)	1 (5,6)	1 (5,6)
2. Creo que las remuneraciones del Hospital mejorarán.	5 (27,8)	8 (44,4)	5 (27,8)	--

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 11. PERCEPCIÓN DE LOS DIRECTIVOS

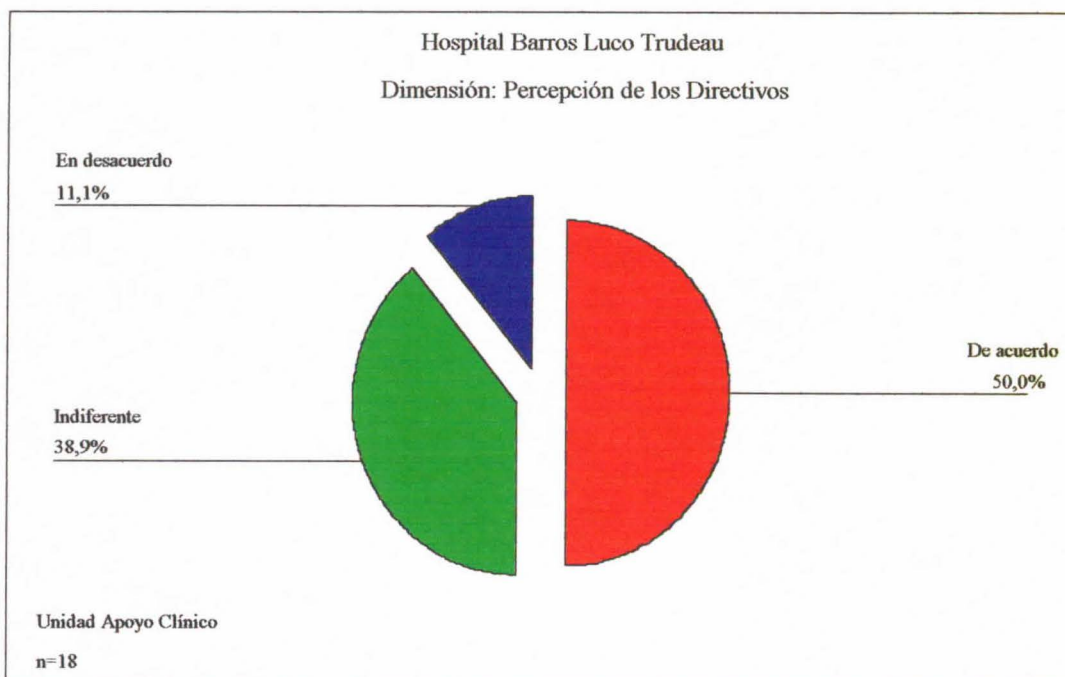
Nivel general de satisfacción con los directivos del Hospital y del Servicio Sur, y percepción de su confiabilidad, transparencia, e interés por mejorar el funcionamiento del mismo.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Los criterios para designar a los jefes son estrictamente técnicos.	4 (22,2)	6 (33,3)	8 (44,4)	--
2. Los directivos del Hospital y del Servicio Sur están interesados en mejorar las cosas.	10 (55,6)	4 (22,2)	4 (22,2)	--
3. (Estoy satisfecho con) la dirección del Hospital.	8 (44,4)	6 (33,3)	2 (11,1)	2 (11,1)

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 12. CONDICIONES DE TRABAJO

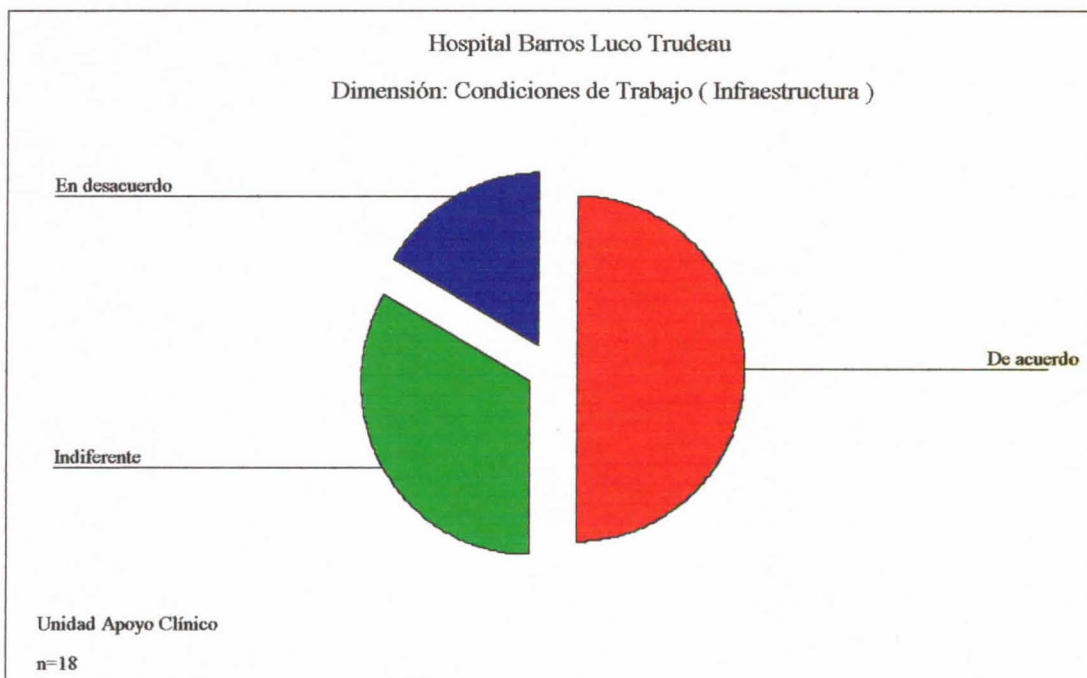
Percepción acerca de la calidad de las condiciones ambientales físicas de trabajo y de los medios disponibles para realizarlo.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Las condiciones ambientales de mi lugar de trabajo son adecuadas.	8 (44,4)	3 (16,7)	7 (38,9)	--
2. Los horarios de trabajo de este Hospital son adecuados.	15 (83,3)	--	3 (16,7)	--
3. El espacio de trabajo de los funcionarios es cómodo y permite el buen desempeño laboral.	12 (66,7)	1 (5,6)	5 (27,8)	--

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



### 13. CARGA DE TRABAJO

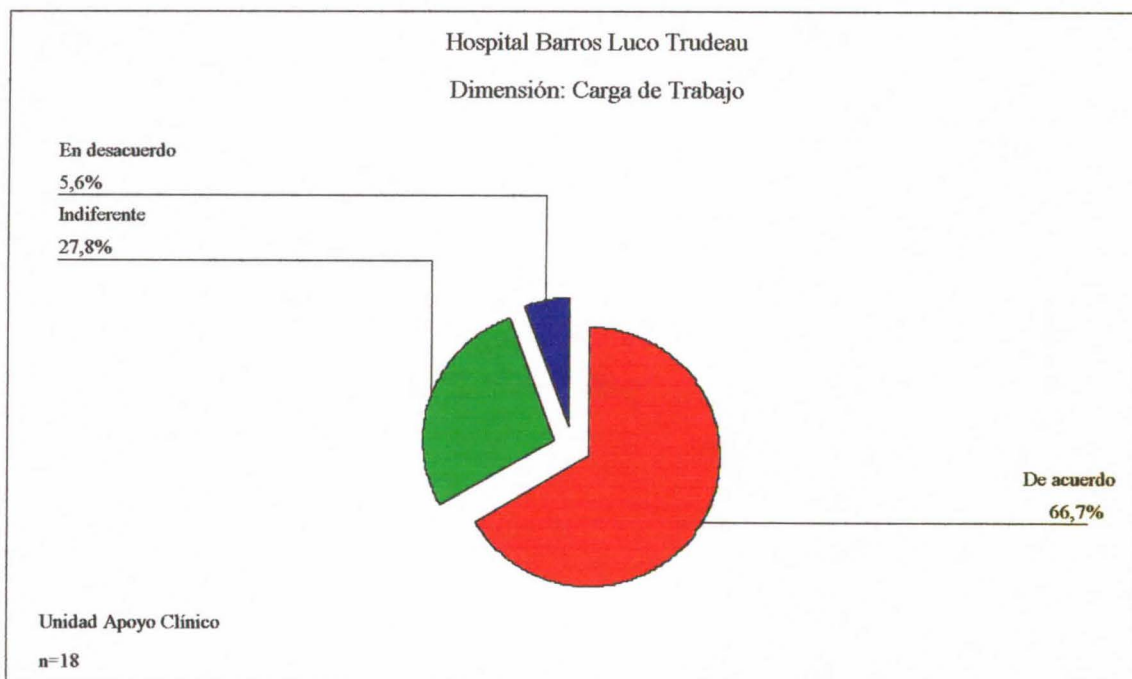
Percepción y satisfacción con la cantidad de trabajo que desempeña cada entrevistado.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. La cantidad de trabajo que se debe realizar no afecta mis relaciones familiares y mi salud.	9 (50,0)	4 (22,2)	5 (27,8)	--
2. (Estoy satisfecho con) la carga de trabajo que acá tengo.	13 (72,2)	3 (16,7)	2 (11,1)	--

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



#### 14. RECOMPENSAS Y BENEFICIOS

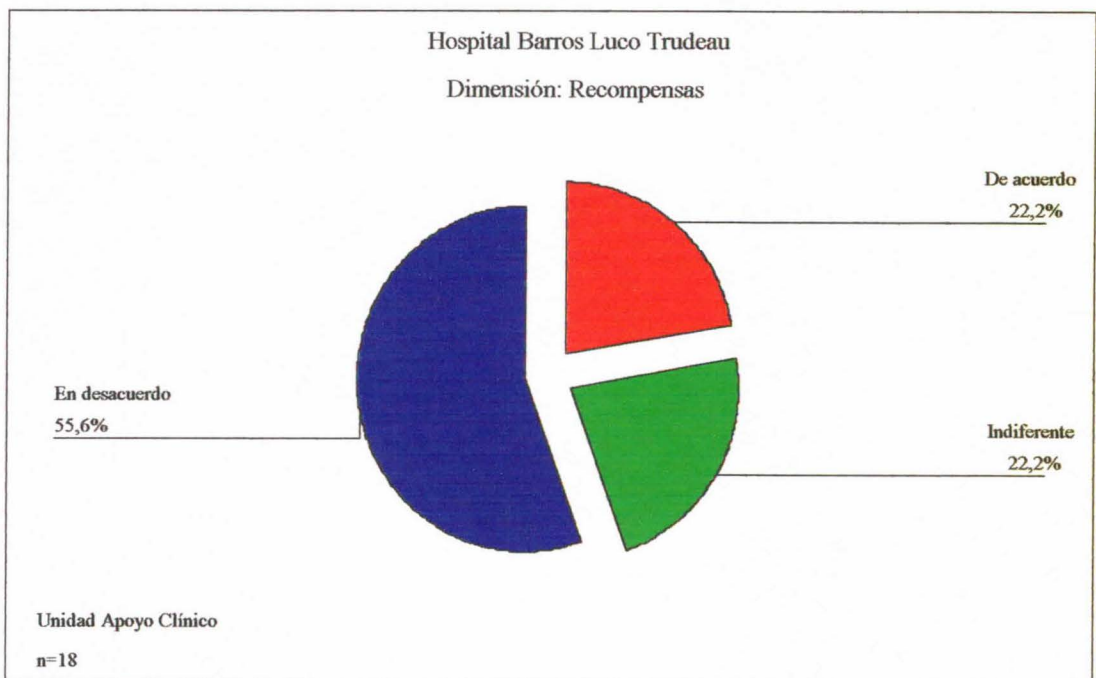
Percepción de las retribuciones que el Hospital entrega a sus trabajadores, ya sea de los beneficios otorgados, como de la preocupación por recompensar (económica o no-económicamente) el buen desempeño.

**TABLA DE FRECUENCIA**

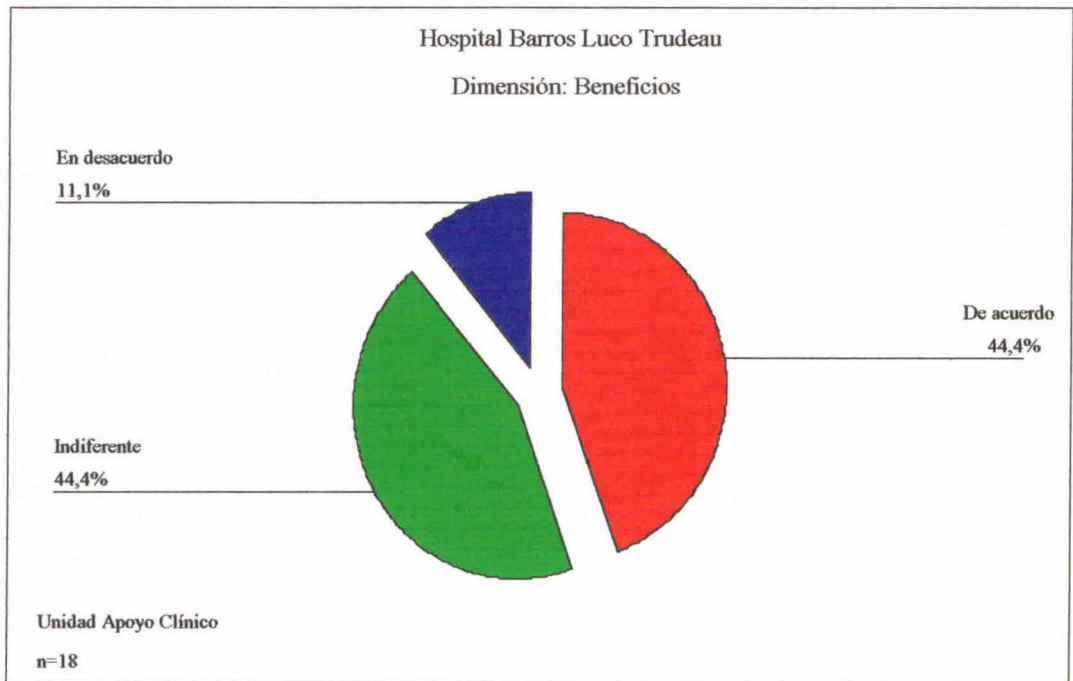
	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En este hospital, los que trabajan mejor tienen la posibilidad de ganar más.	--	6 (33,3)	11 (61,1)	1 (5,6)
2. Existe preocupación por recompensar bien a los buenos funcionarios.	4 (22,2)	3 (16,7)	11 (61,1)	--
3. Los beneficios que recibo (servicio médico, bienestar, sala cuna, bonos de escolaridad, etc.) son buenos.	3 (16,7)	7 (38,9)	7 (38,9)	1 (5,6)
4. Las recompensas que uno puede recibir por trabajar bien no son sólo de dinero.	10 (55,6)	3 (16,7)	5 (27,8)	--

(N=18)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**






**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 15. REMUNERACIONES

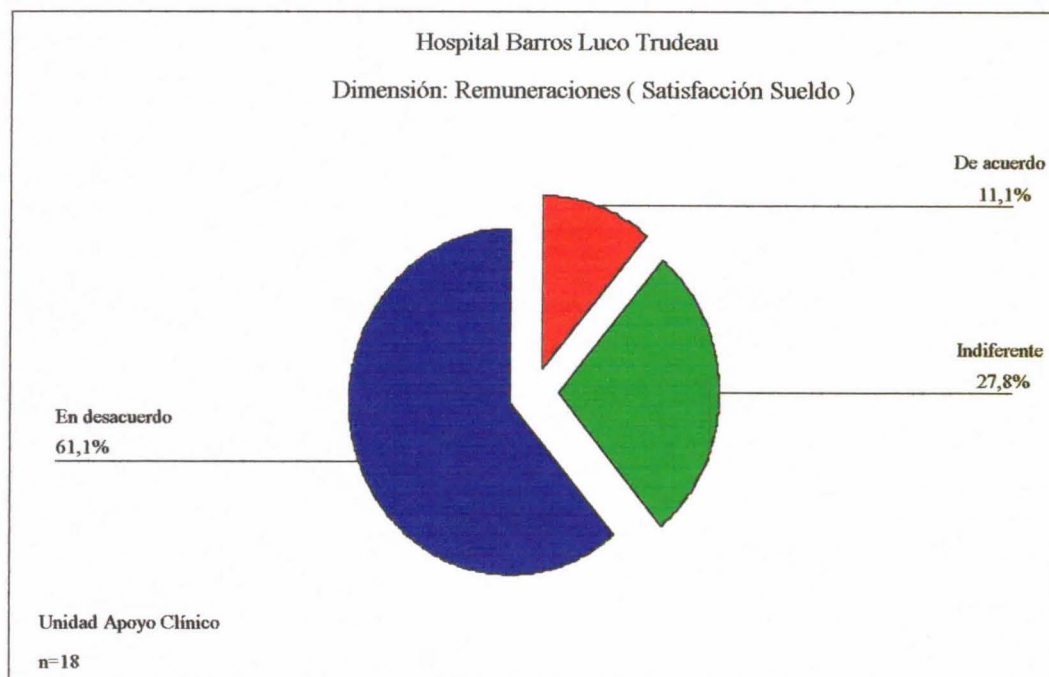
Satisfacción con la remuneración recibida, relevancia otorgada a este aspecto, y percepción de equiparidad en la distribución de las remuneraciones al interior del Hospital.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Este trabajo me interesa principalmente por el sueldo que recibo.	3 (16,7)	3 (16,7)	12 (66,7)	--
2. Las remuneraciones al interior del Hospital son adecuadas a los distintos estamentos.	4 (22,2)	1 (5,6)	13 (72,2)	--
3. (Estoy satisfecho con) el sueldo que recibo.	3 (16,7)	1 (5,6)	14 (77,8)	--

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

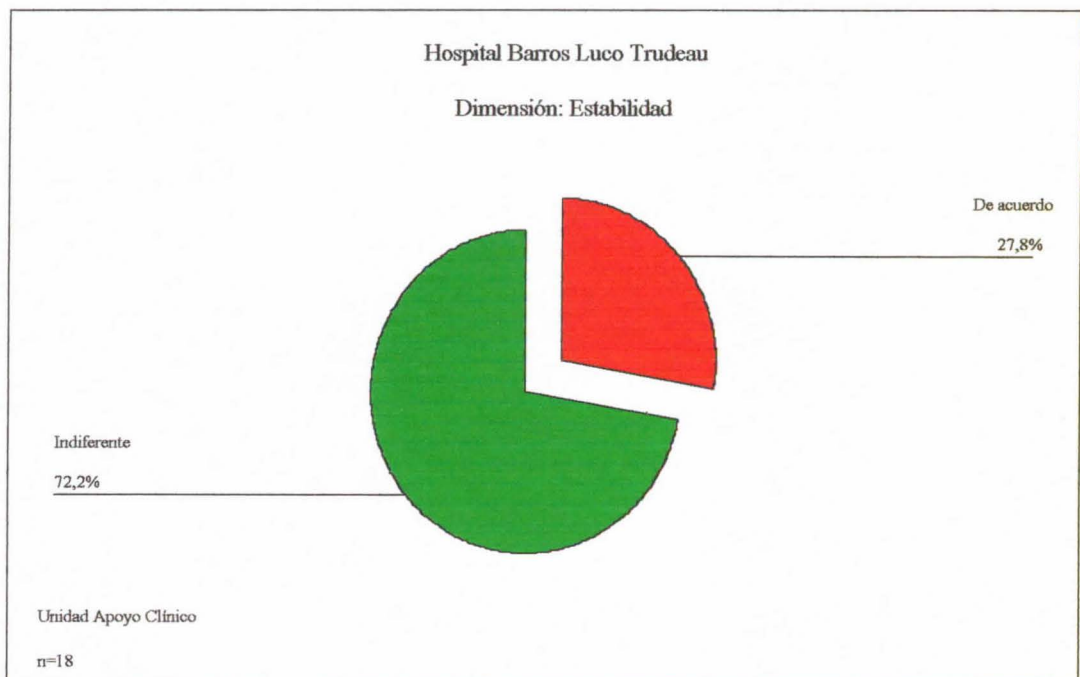


**16. ESTABILIDAD**

Es la percepción del grado de seguridad de permanecer en la organización.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Lo principal que me ofrece este trabajo es la estabilidad.	9 (50,0)	7 (38,9)	1 (5,6)	1 (5,6)
2. Si alguien trabaja mal, es fácil que lo despidan.	4 (22,2)	3 (16,7)	11 (61,1)	--




**(N=18)****GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 17. DESARROLLO DE CARRERA

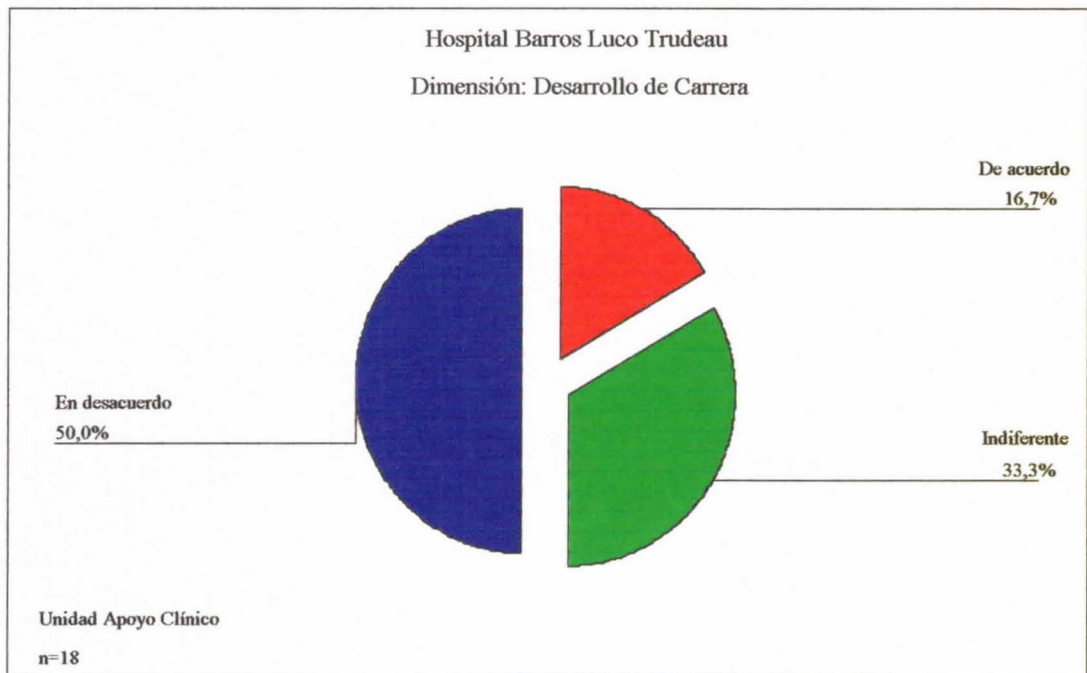
Es la percepción acerca de la existencia de un proceso de entrenamiento y capacitación que permita ascender y mejorar en la calificación laboral.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. La estructura de grados permite la carrera funcionaria.	4 (22,2)	2 (11,1)	12 (66,7)	--
2. Las personas que acá trabajan tiene la posibilidad de desarrollarse laboralmente (profesionalmente).	5 (27,8)	6 (33,3)	7 (38,9)	--
3. (Estoy satisfecho con) las posibilidades de progreso y ascenso.	4 (22,2)	1 (5,6)	13 (72,2)	--

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 18. REALIZACIÓN PERSONAL

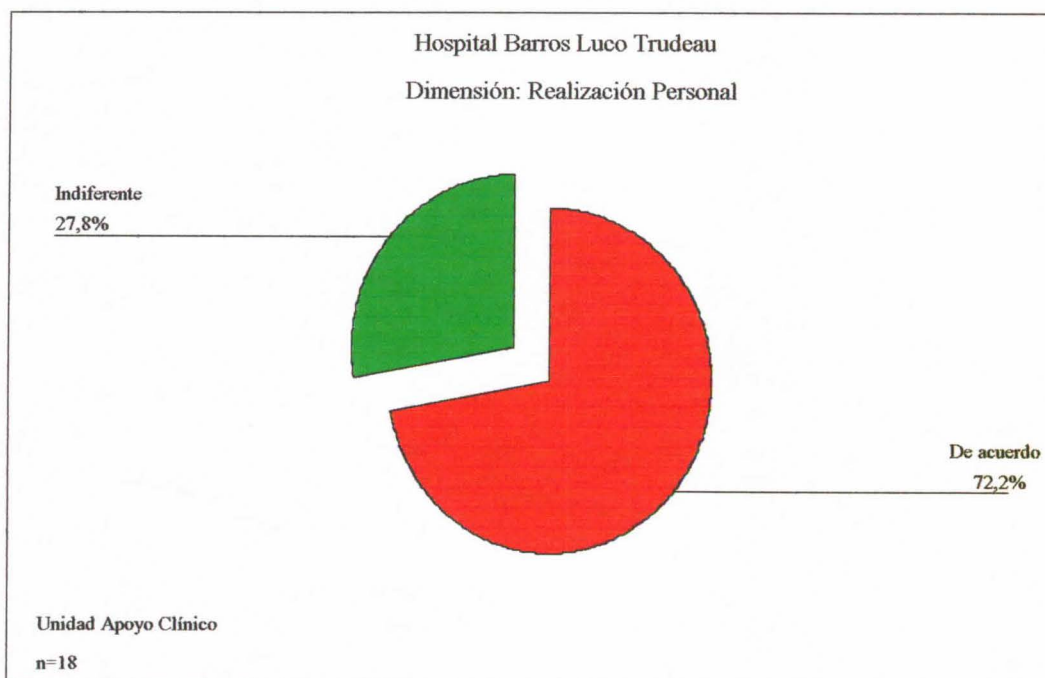
Percepción respecto al grado en que las características del trabajo facilitan el alcance de objetivos de desarrollo individuales.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. La razón principal para estar en este trabajo es mi realización personal.	14 (77,8)	3 (16,7)	--	1 (5,6)
2. Este trabajo resulta frecuentemente estimulante para mí.	14 (77,8)	4 (22,2)	--	--
3. (Estoy satisfecho con) el desarrollo personal que alcanzo en mi trabajo.	14 (77,8)	1 (5,6)	3 (16,7)	--

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



### 19. LIDERAZGO

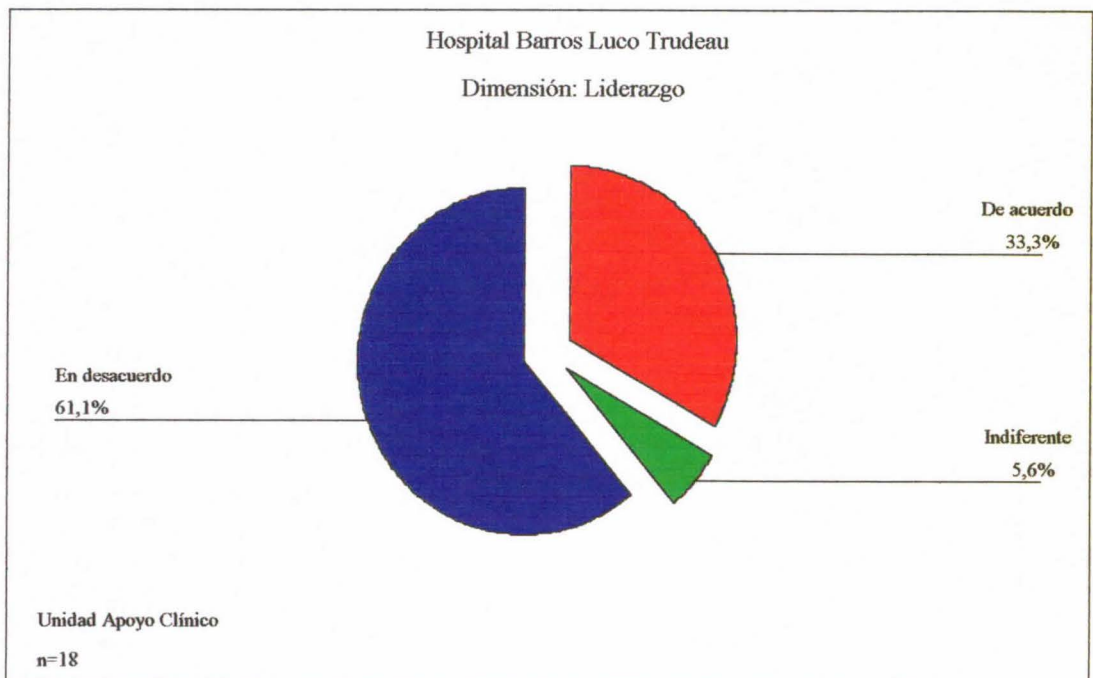
Capacidad de los jefes para administrar, organizar y orientar el trabajo de sus dirigidos. De la misma manera, se considerará, también, la preocupación por los funcionarios, traducida en el fomento de buenas relaciones entre ellos.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general las personas que están en cargos de jefatura tienen las capacidades para administrar y organizar el trabajo.	7 (38,9)	3 (16,7)	8 (44,4)	--
2. En este Hospital los jefes de Unidades o Unidades de Trabajo se preocupan del funcionario (de como se siente y de sus problemas ).	5 (27,8)	2 (11,1)	11 (61,1)	--
3. Los jefes de Departamento o Unidad de Trabajo fomentan las buenas relaciones entre los funcionarios.	6 (33,3)	2 (11,1)	10 (55,6)	--
4. Los jefes de Departamento o Unidad ayudan y orientan el trabajo.	6 (33,3)	5 (27,8)	7 (38,9)	--

(N=18)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 20. DESARROLLO EN EQUIPO

Es la percepción de la existencia de un ambiente de cooperación y colaboración entre las distintas unidades o áreas y a la orientación hacia un objetivo único.

Se consideran los siguientes aspectos:

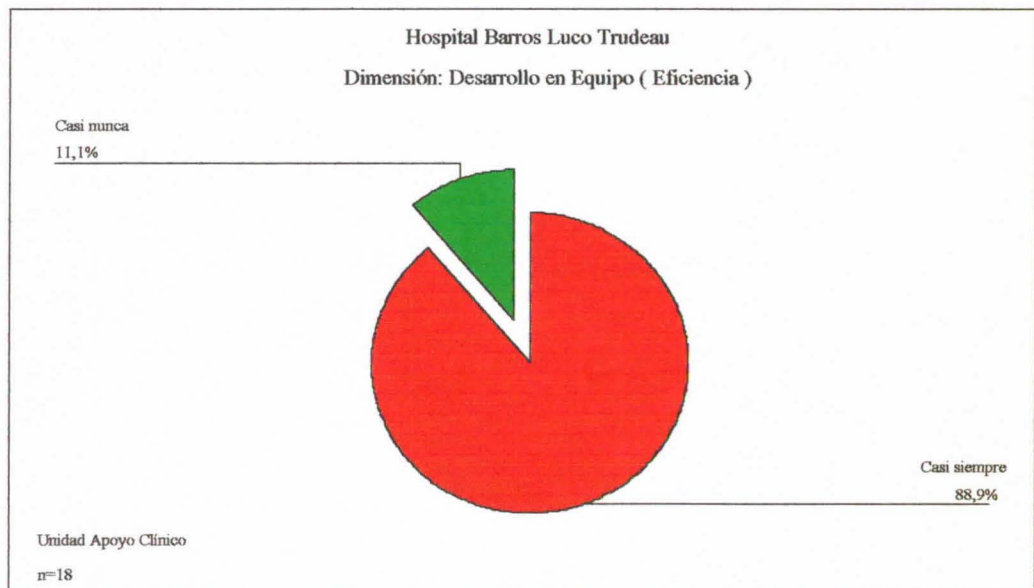
- Eficiencia.
- Unidad.
- Coordinación.
- Comunicación.

**TABLA DE FRECUENCIA**  
**Aspecto Eficiencia**



	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>	☺	☹	
1. En mi Unidad de trabajo cumplimos con las tareas que debemos realizar.	18 (100,0)	--	--
2. Cada tarea es realizada por las personas más capacitadas para ello.	12 (66,7)	5 (27,8)	1 (5,6)
3. Cuando se planifica algo en mi Unidad, se cumple según lo programado.	13 (72,2)	4 (22,2)	1 (5,6)

(N=18)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

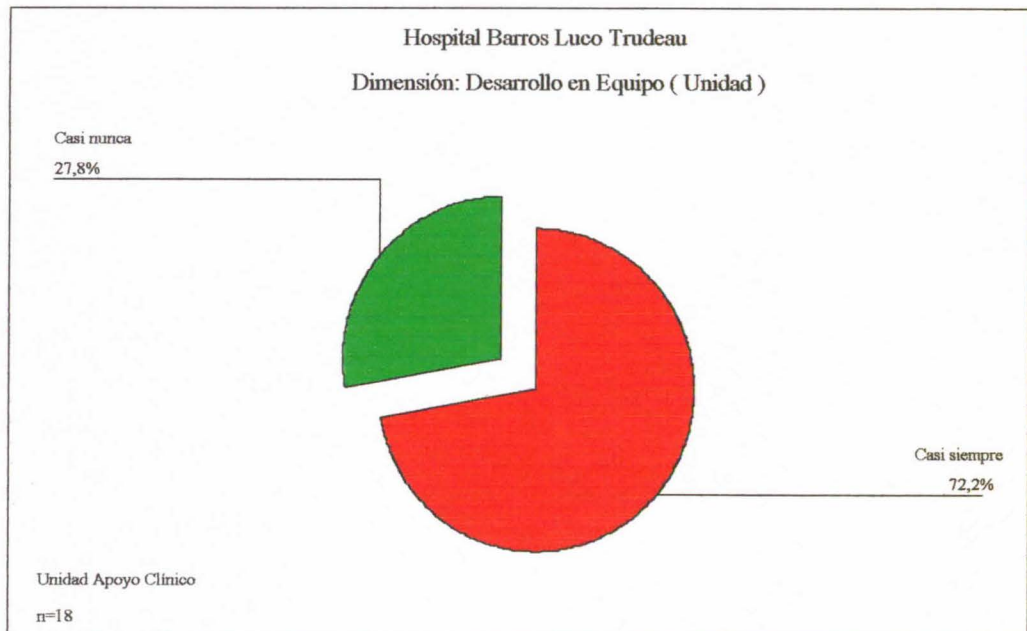


**TABLA DE FRECUENCIA**  
**Aspecto Unidad**

	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. La gente de mi Unidad de trabajo apoya al Jefe en su trabajo.	12 (66,7)	5 (27,8)	1 (5,6)
2. Conocemos y compartimos los objetivos de la Unidad, la forma de alcanzarlos, y los plazos definidos para ello.	15 (83,3)	1 (5,6)	2 (11,1)
3. Los compañeros de trabajo reconocen y valoran los aportes de cada uno al trabajo.	9 (50,0)	6 (33,3)	3 (16,7)
4. Hay momentos en que las personas de esta Unidad se sienten orgullosas de pertenecer a ella.	8 (44,4)	10 (55,6)	--
5. La gente de la Unidad conforma un grupo bien cohesionado.	9 (50,0)	4 (22,2)	5 (27,8)

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 19. LIDERAZGO

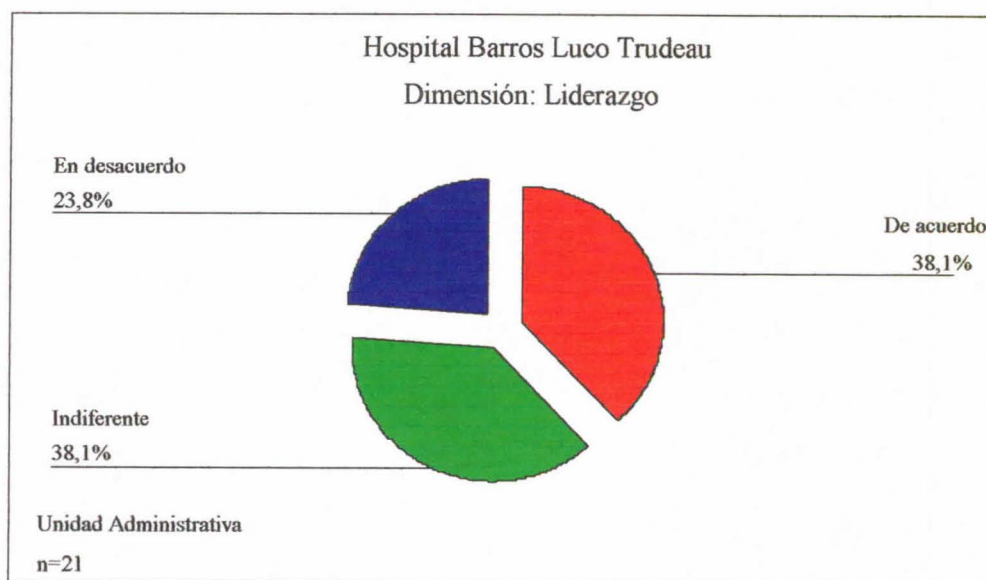
Capacidad de los jefes para administrar, organizar y orientar el trabajo de sus dirigidos. De la misma manera, se considerará, también, la preocupación por los funcionarios, traducida en el fomento de buenas relaciones entre ellos.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general las personas que están en cargos de jefatura tienen las capacidades para administrar y organizar el trabajo.	9 (42,9)	6 (28,6)	6 (28,6)	--
2. En este Hospital los jefes de Unidades o Unidades de Trabajo se preocupan del funcionario (de como se siente y de sus problemas ).	3 (14,3)	4 (19,0)	14 (66,7)	--
3. Los jefes de Departamento o Unidad de Trabajo fomentan las buenas relaciones entre los funcionarios.	4 (19,0)	5 (23,8)	12 (57,1)	--
4. Los jefes de Departamento o Unidad ayudan y orientan el trabajo.	8 (38,1)	6 (28,6)	7 (33,3)	--

(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 20. DESARROLLO EN EQUIPO



Es la percepción de la existencia de un ambiente de cooperación y colaboración entre las distintas unidades o áreas y a la orientación hacia un objetivo único.

Se consideran los siguientes aspectos:

- Eficiencia.
- Unidad.
- Coordinación.
- Comunicación.

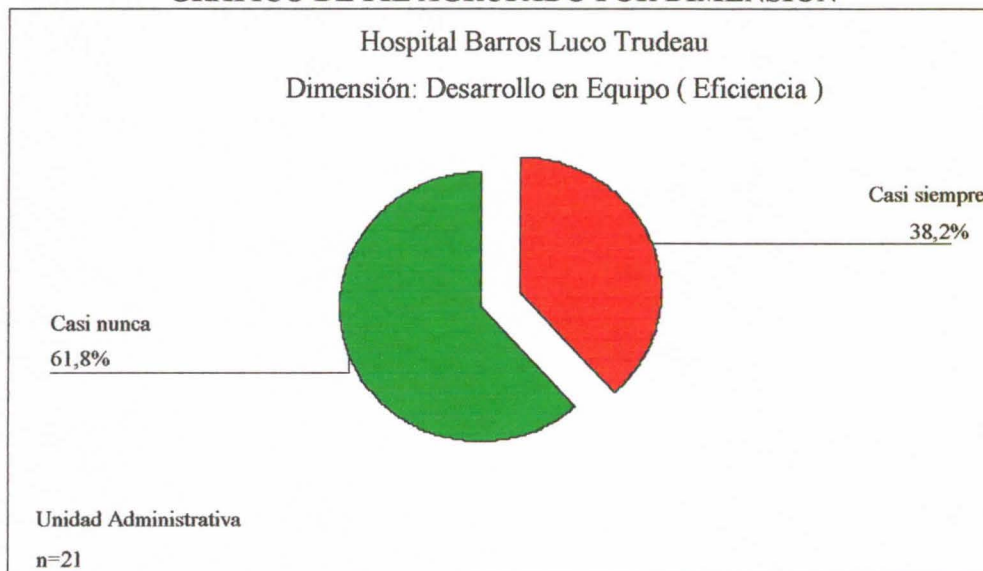
### TABLA DE FRECUENCIA

#### Aspecto Eficiencia



	CASI SIEMPRE 	CASI NUNCA 	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. En mi Unidad de trabajo cumplimos con las tareas que debemos realizar.	21 (100,0)	--	--
2. Cada tarea es realizada por las personas más capacitadas para ello.	15 (71,4)	3 (14,3)	3 (14,3)
3. Cuando se planifica algo en mi Unidad, se cumple según lo programado.	14 (66,7)	3 (14,3)	4 (19,0)

(N=21)

### GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION

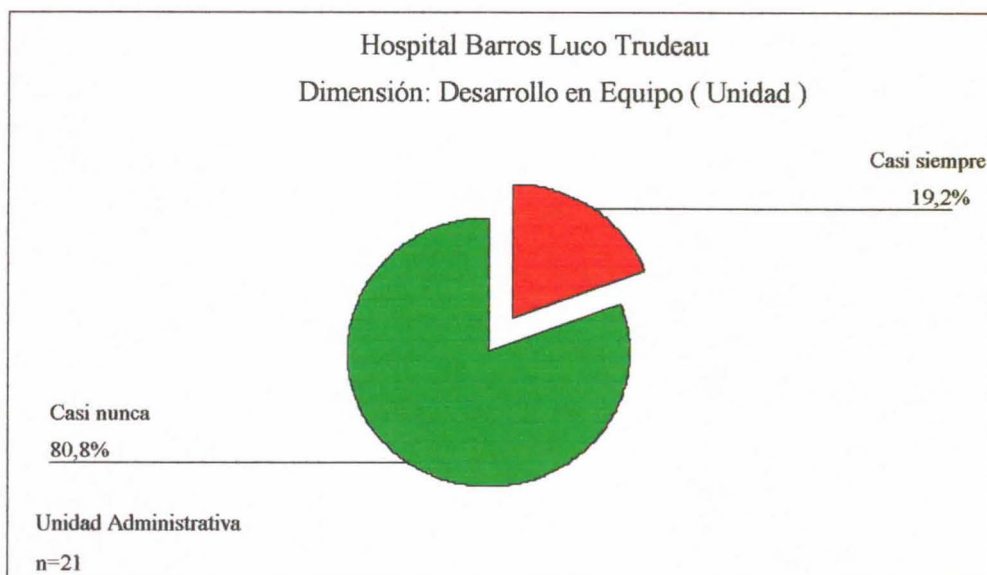


**TABLA DE FRECUENCIA**  
Aspecto Unidad



	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. La gente de mi Unidad de trabajo apoya al Jefe en su trabajo.	12 (57,1)	7 (33,3)	2 (9,5)
2. Conocemos y compartimos los objetivos de la Unidad, la forma de alcanzarlos, y los plazos definidos para ello.	15 (71,4)	3 (14,3)	3 (14,3)
3. Los compañeros de trabajo reconocen y valoran los aportes de cada uno al trabajo.	13 (61,9)	3 (14,3)	5 (23,8)
4. Hay momentos en que las personas de esta Unidad se sienten orgullosas de pertenecer a ella.	9 (42,9)	8 (38,1)	4 (19,0)
5. La gente de la Unidad conforma un grupo bien cohesionado.	8 (38,1)	7 (33,3)	6 (28,6)

(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

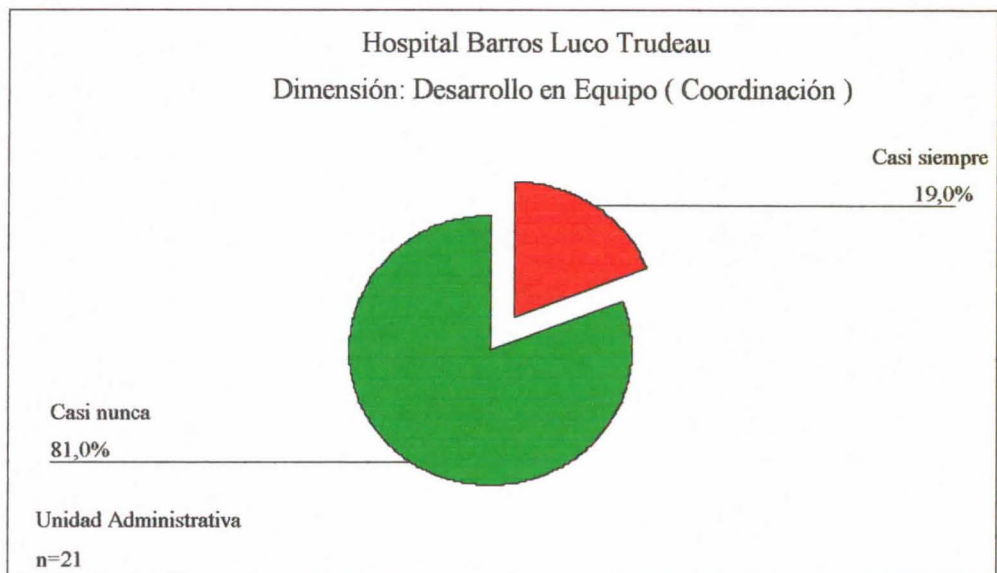


**TABLA DE FRECUENCIA**  
**Aspecto Coordinación**



	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. Para realizar el trabajo de mi Unidad nos organizamos como un equipo.	9 (42,9)	6 (28,6)	6 (28,6)
2. Funcionamos como un equipo de trabajo.	12 (57,1)	5 (23,8)	4 (19,0)
3. Cada persona tiene clara su función específica en la Unidad de Trabajo.	18 (85,7)	3 (14,3)	--
4. Cuando es necesario, los miembros del equipo somos capaces de realizar otras funciones.	13 (61,9)	8 (38,1)	--
5. La responsabilidad para realizar el trabajo de la Unidad es compartida.	11 (52,4)	6 (28,6)	4 (19,0)

(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

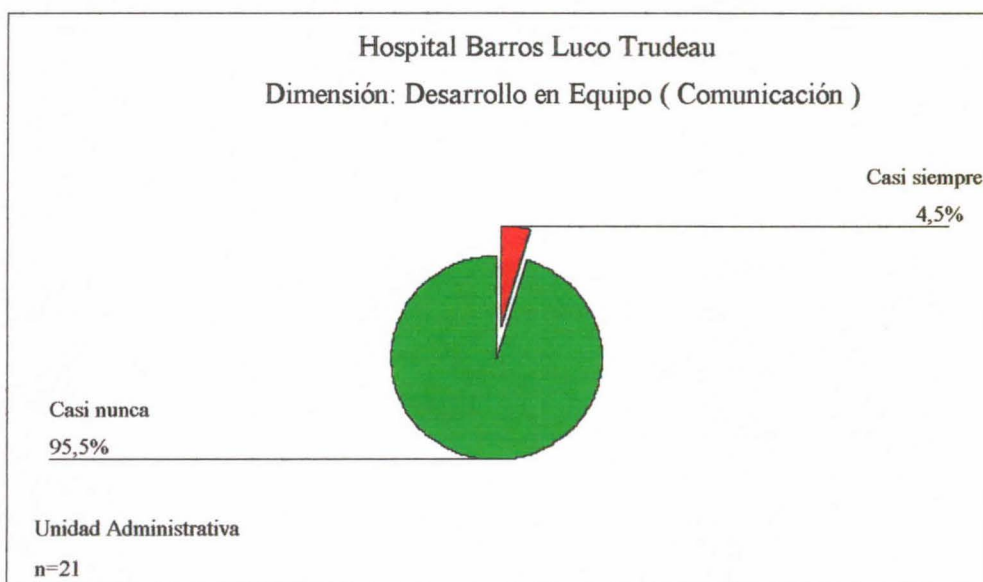


**TABLA DE FRECUENCIA**  
Aspecto Comunicación

	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. Cuando se debe tomar una decisión, o solucionar un problema importante, esto resulta fácil y simple.	11 (52,4)	7 (33,3)	3 (14,3)
2. Cuando es necesario, entre los miembros de mi Unidad nos damos apoyo y estímulo.	10 (47,6)	7 (33,3)	4 (19,0)
3. En mi Unidad o Departamento nos conocemos de verdad, y confiamos unos en otros.	3 (14,3)	16 (76,2)	2 (9,5)
4. Nos decimos de manera franca, abierta y oportuna cuando el otro está haciendo bien o mal su trabajo.	11 (52,4)	4 (19,0)	6 (28,6)
5. Las personas de mi Unidad de Trabajo se escuchan, y se dan el tiempo para ello.	10 (47,6)	4 (19,0)	7 (33,3)
6. La gente acá dice lo que piensa sin temor al rechazo de los demás o a sanciones.	7 (33,3)	9 (42,9)	5 (23,8)

(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**






## UNIDAD DE APOYO CLÍNICO

### 1. ESTRUCTURA

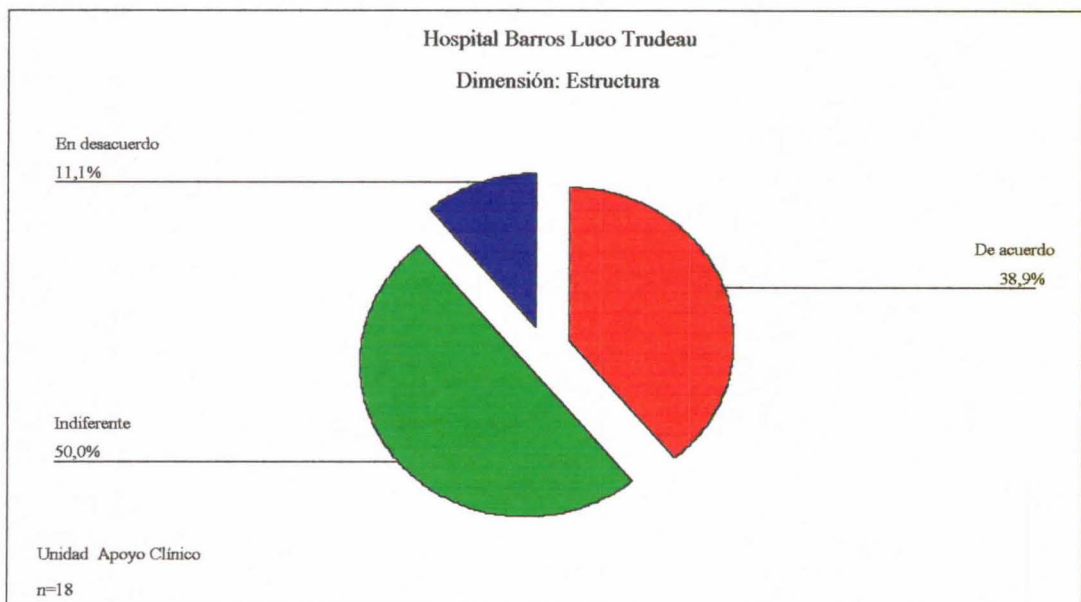
Percepción respecto a las relaciones formales que definen los procesos organizacionales, y el grado en que facilitan u obstaculizan el desempeño y alcance de objetivos.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO 	INDIFERENTE 	EN DESACUERDO 	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En este Hospital los funcionarios tenemos claro cuales son nuestras atribuciones y responsabilidades.	11 (61,1)	3 (16,7)	4 (22,2)	--
2. Las tareas de mi Departamento o Unidad de Trabajo están bien organizadas y definidas.	13 (72,2)	2 (11,1)	2 (11,1)	1 (5,6)
3. El control que hay sobre el trabajo de cada funcionario es adecuado.	7 (38,9)	2 (11,1)	8 (44,4)	1 (5,6)
4. La cantidad de niveles jerárquicos facilitan el buen funcionamiento del Hospital.	8 (44,4)	5 (27,8)	5 (27,8)	--
5. Los procedimientos administrativos facilitan la realización de las labores.	12 (66,7)	--	6 (33,3)	--

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 2. AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD

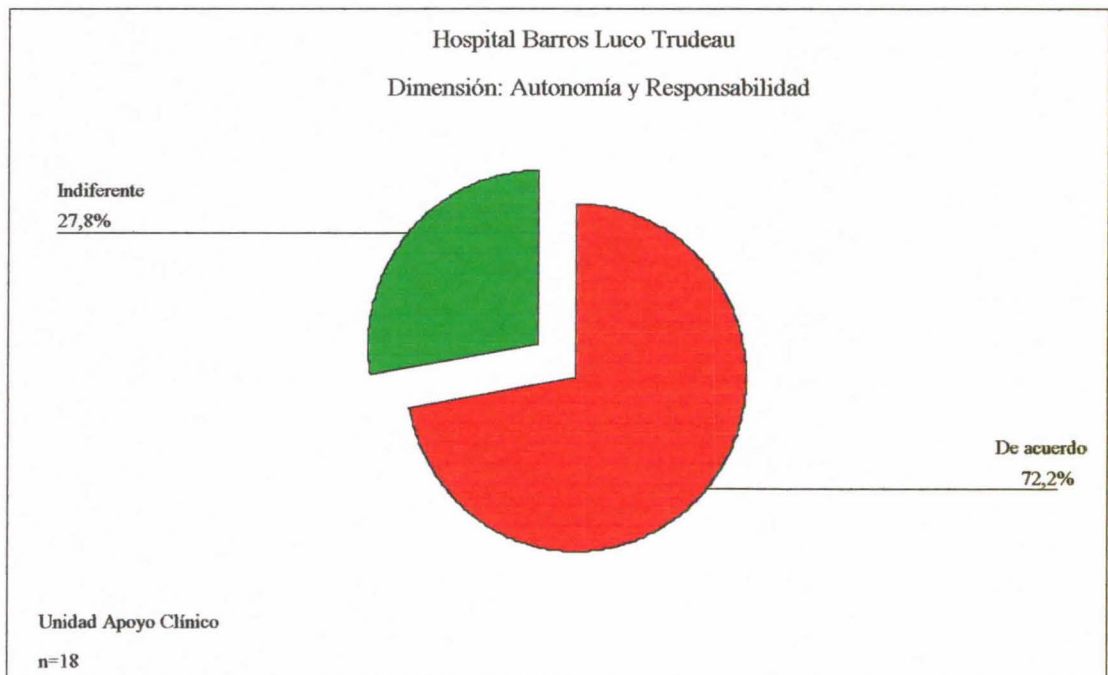
Percepción respecto a las oportunidades de innovación y libertad de acción en el desempeño laboral.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Tengo suficiente libertad para hacer mi trabajo de la manera que considero más adecuada.	13 (72,2)	1 (5,6)	4 (22,2)	--
2. (Estoy satisfecho con) el aporte que hago al Hospital.	17 (94,4)	--	1 (5,6)	--
3. (Estoy satisfecho con) las responsabilidades que se me dan en mi trabajo.	13 (72,2)	1 (5,6)	3 (16,7)	1 (5,6)

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



### 3. PLANIFICACION Y EFECTIVIDAD

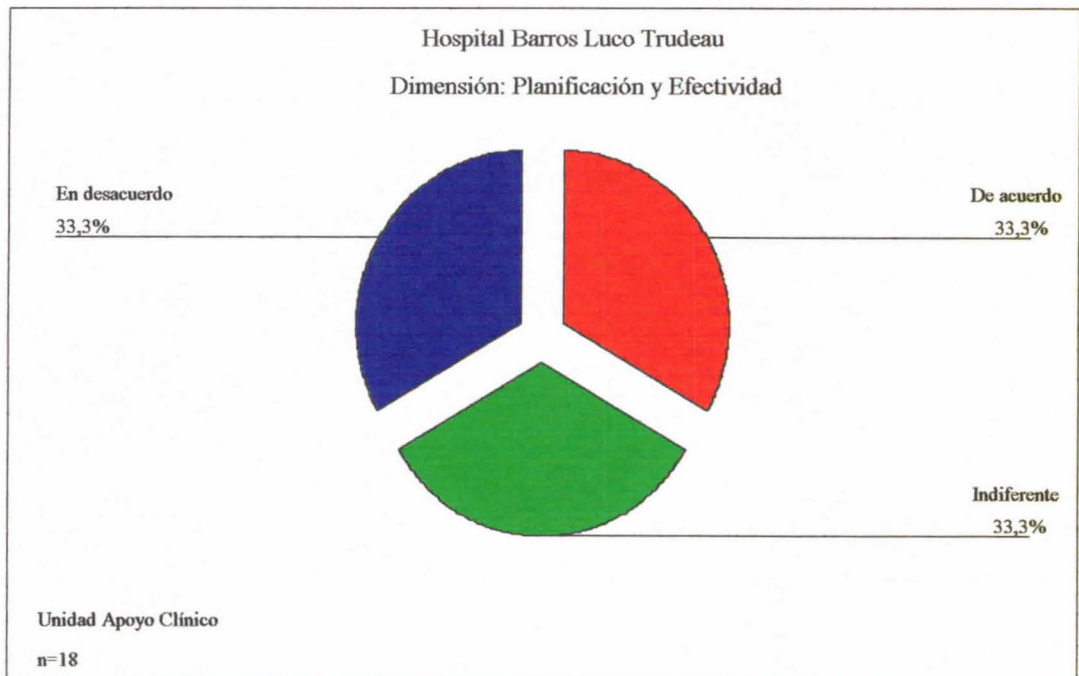
Percepción referida a si las acciones y cambios que se realizan en el Hospital son bien planificados e implementados, asegurándose su efectividad y los recursos necesarios para su ejecución.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En el Hospital existe una buena planificación.	5 (27,8)	8 (44,4)	5 (27,8)	--
2. La organización del Hospital asegura que se tengan los recursos para trabajar.	9 (50,0)	1 (5,6)	8 (44,4)	--
3. En este Hospital los cambios que se proponen se llevan a la acción.	6 (33,3)	6 (33,3)	6 (33,3)	--

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



#### 4. COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN

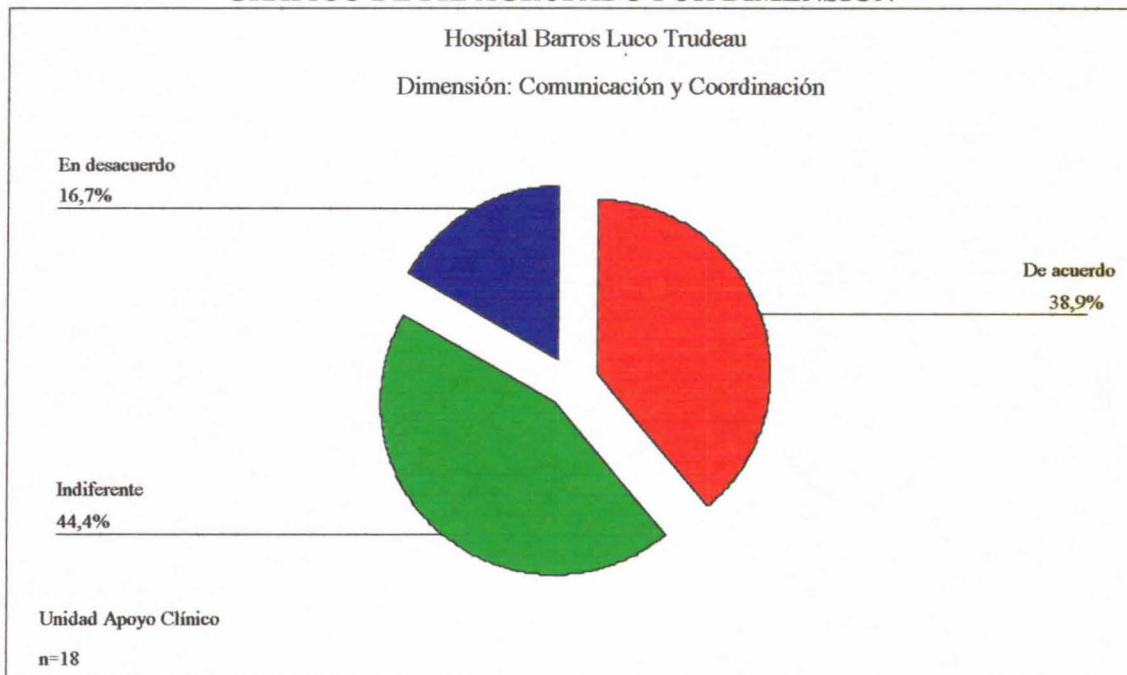
Es la percepción de la existencia y uso de vías de comunicación formales expeditas, tanto ascendente, como descendente y radiales.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Mi unidad de trabajo se comunica y relaciona con otras unidades de trabajo del Hospital.	13 (72,2)	3 (16,7)	2 (11,1)	--
2. En este Hospital se comunican adecuadamente los planes, políticas y decisiones que se toman.	4 (22,2)	4 (22,2)	10 (55,6)	--
3. En este Hospital se escucha la opinión de la gente que trabaja en él.	4 (22,2)	4 (22,2)	10 (55,6)	--
4. Frecuentemente me interesa conocer las decisiones y orientaciones que toma el Hospital.	16 (88,9)	1 (5,6)	1 (5,6)	--

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 5. EVALUACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN

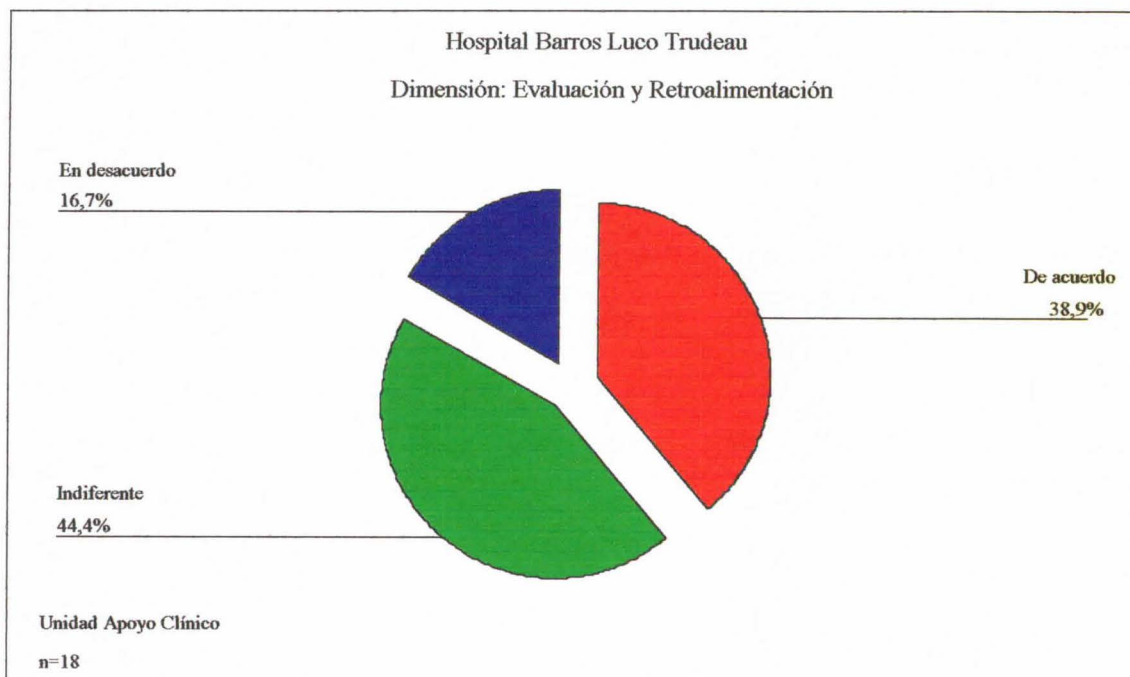
Percepción respecto a los criterios utilizados para medir el desempeño laboral.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general, los funcionarios conocen la opinión de mis jefes acerca de mi desempeño laboral.	10 (55,6)	4 (22,2)	3 (16,7)	1 (5,6)
2. El sistema de calificaciones representa el real desempeño de los funcionarios.	5 (27,8)	3 (16,7)	10 (55,6)	--

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 6. CONFLICTO

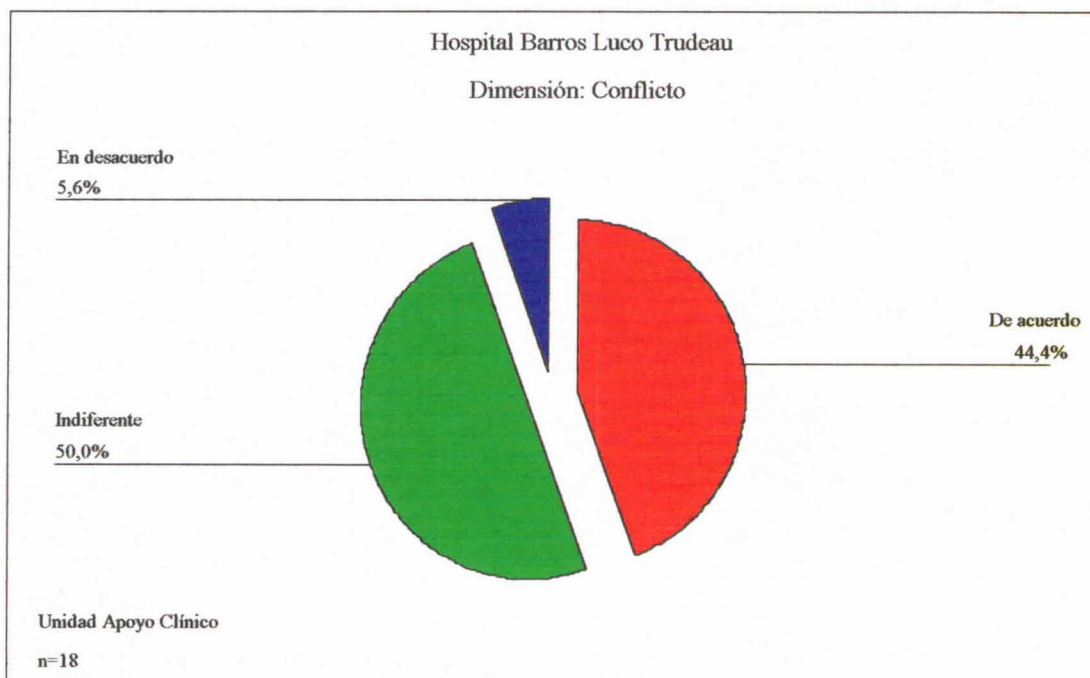
Es la percepción del grado en que se aceptan las opiniones discrepantes y se solucionan los conflictos con agilidad y prontitud.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Cuando hay problemas o conflictos, estos se tratan de solucionar abiertamente.	7 (38,9)	5 (27,8)	5 (27,8)	1 (5,6)
2. Aquí uno puede decir lo que piensa aunque a algunos no les guste.	9 (50,0)	3 (16,7)	6 (33,3)	--

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 7. RELACIONES LABORALES

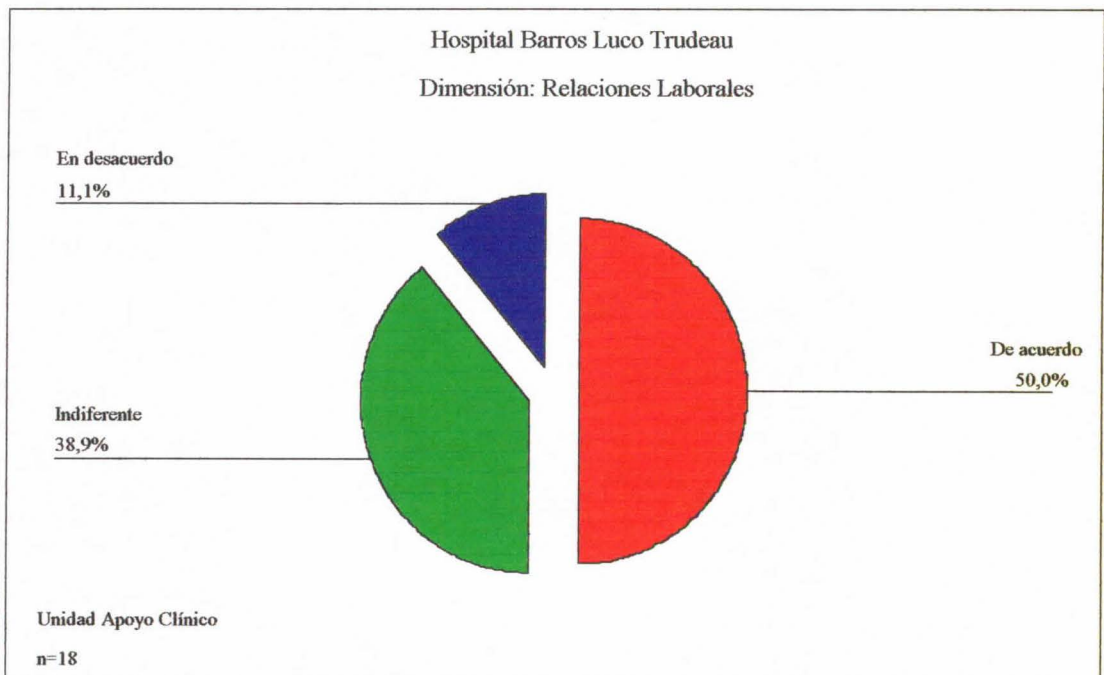
Opinión acerca de las relaciones entre los trabajadores y directivos del Hospital, y del interés de estos últimos en mejorarlas.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Este Hospital está interesado en mejorar las relaciones con los funcionarios.	7 (38,9)	8 (44,4)	2 (11,1)	1 (5,6)
2. Frecuentemente me interesa conocer las decisiones y orientaciones que toma el Hospital.	7 (38,9)	7 (38,9)	4 (22,2)	--

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 8. CONFIANZA

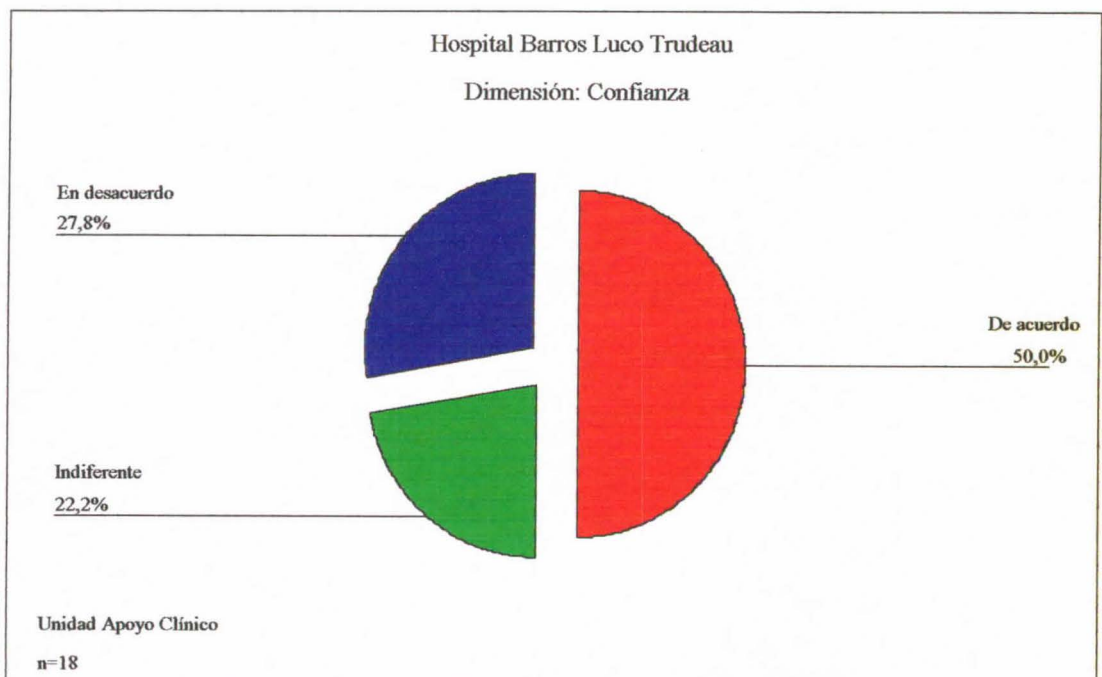
Es la percepción respecto a la organización como un ambiente protegido, en el que existe respeto e interés por sus miembros.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO 	INDIFERENTE 	EN DESACUERDO 	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general en este Hospital uno puede confiar en la gente.	6 (33,3)	4 (22,2)	8 (44,4)	--
2. Entre los funcionarios y su jefe existe confianza.	8 (44,4)	4 (22,2)	5 (27,8)	1 (5,6)

(N=18)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**








## 9. IDENTIDAD

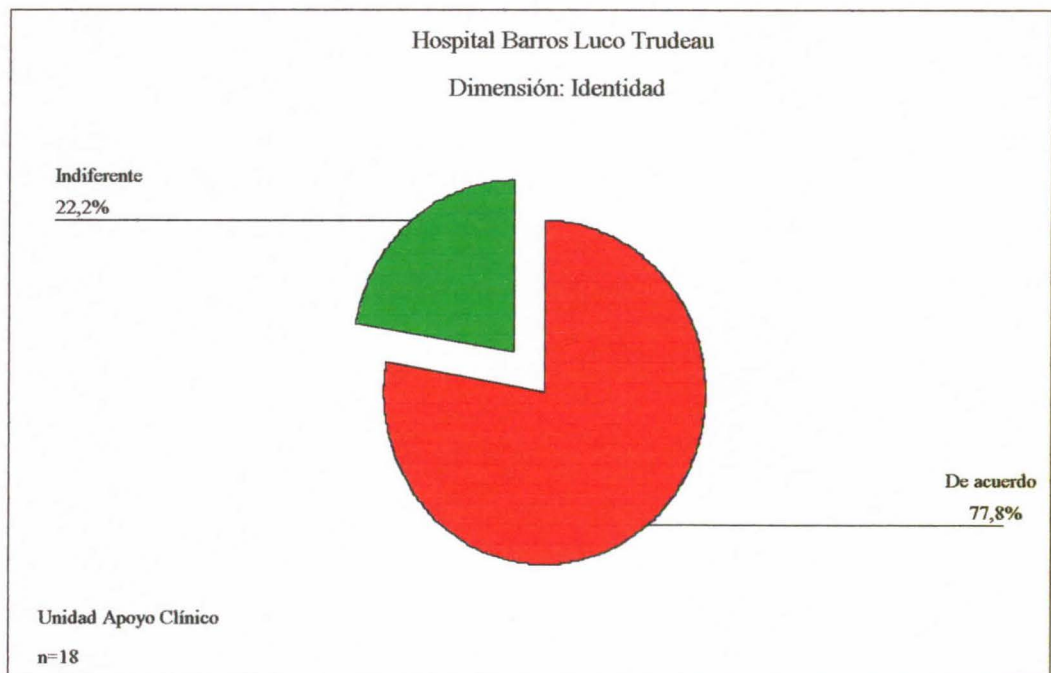
Importancia atribuida por cada persona al hecho de pertenecer al Hospital Barros Luco Trudeau, y al Servicio de Salud Metropolitano Sur.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general, tengo puesta la camiseta del Hospital Barros Luco Trudeau.	13 (72,2)	4 (22,2)	1 (5,6)	--
2. Me parece importante pertenecer al Servicio Sur (SSMS).	12 (66,7)	5 (27,8)	1 (5,6)	--

(N=18)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 5. EVALUACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN

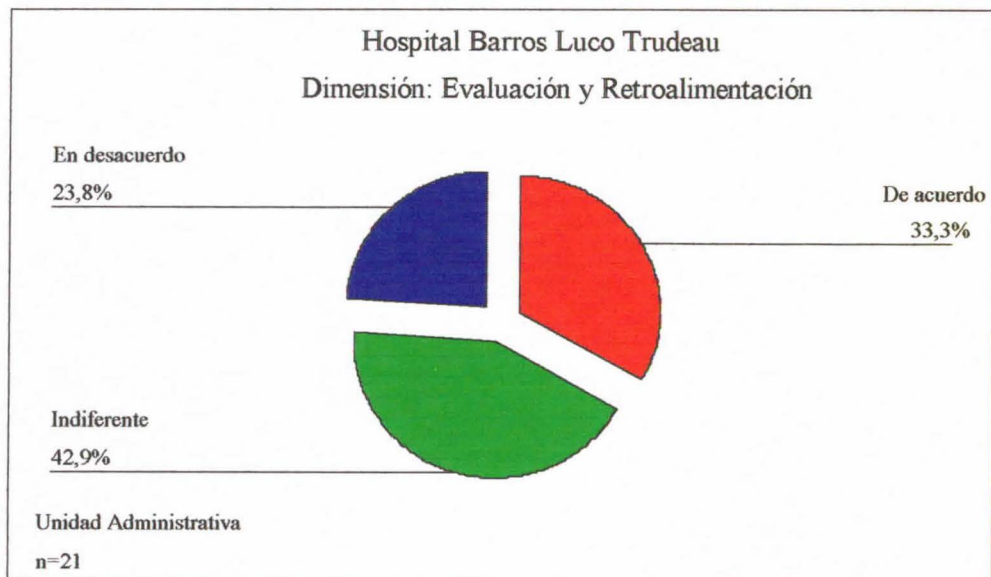
Percepción respecto a los criterios utilizados para medir el desempeño laboral.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general, los funcionarios conocen la opinión de mis jefes acerca de mi desempeño laboral.	6 (28,6)	7 (33,3)	8 (38,1)	--
2. El sistema de calificaciones representa el real desempeño de los funcionarios.	2 (9,5)	4 (19,0)	15 (71,4)	--

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 6. CONFLICTO

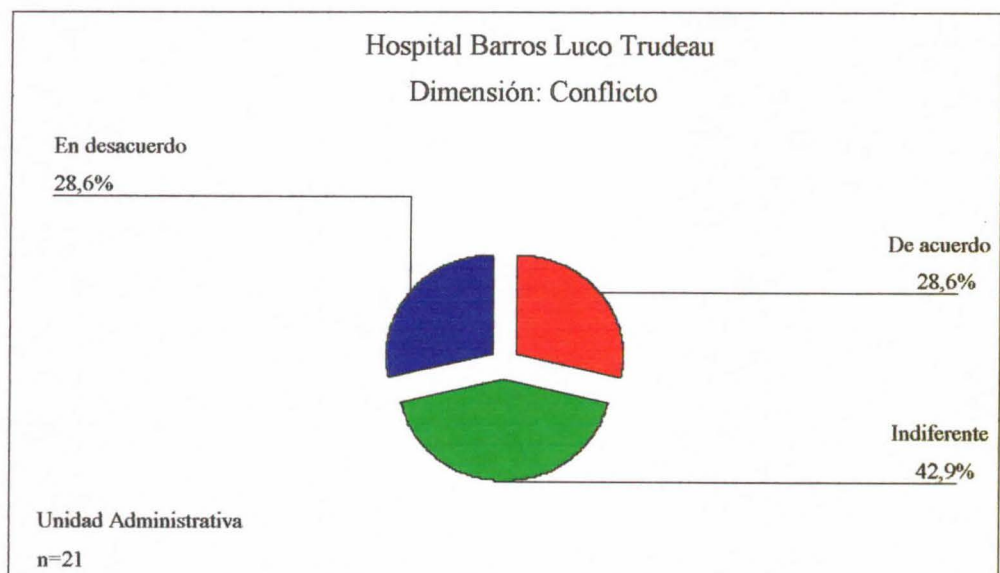
Es la percepción del grado en que se aceptan las opiniones discrepantes y se solucionan los conflictos con agilidad y prontitud.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Cuando hay problemas o conflictos, estos se tratan de solucionar abiertamente.	5 (23,8)	7 (33,3)	9 (42,9)	--
2. Aquí uno puede decir lo que piensa aunque a algunos no les guste.	10 (47,6)	5 (23,8)	6 (28,6)	--

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 7. RELACIONES LABORALES

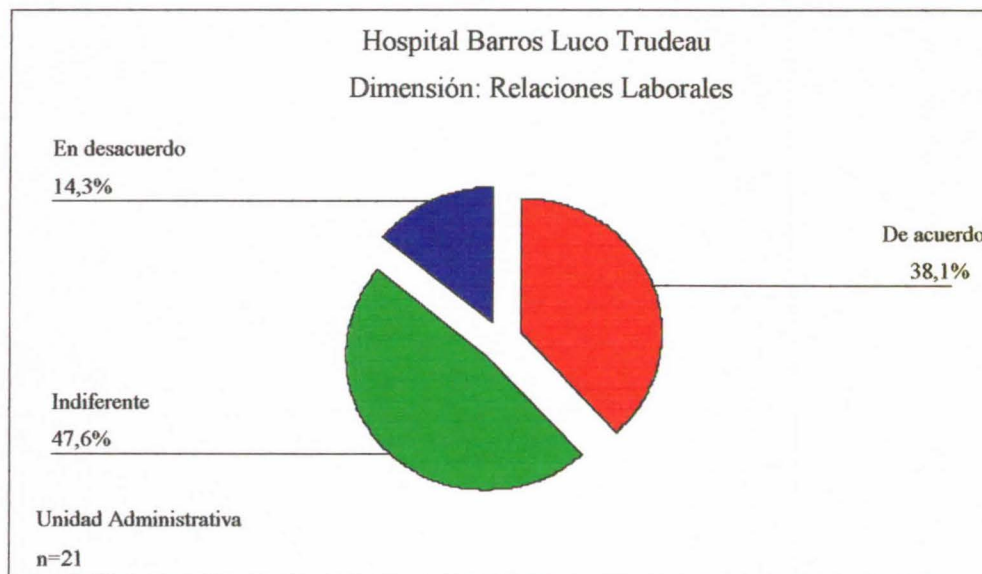
Opinión acerca de las relaciones entre los trabajadores y directivos del Hospital, y del interés de estos últimos en mejorarlas.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Este Hospital está interesado en mejorar las relaciones con los funcionarios.	8 (38,1)	7 (33,3)	6 (28,6)	--
2. Frecuentemente me interesa conocer las decisiones y orientaciones que toma el Hospital.	4 (19,0)	13 (61,9)	4 (19,0)	--

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 8. CONFIANZA

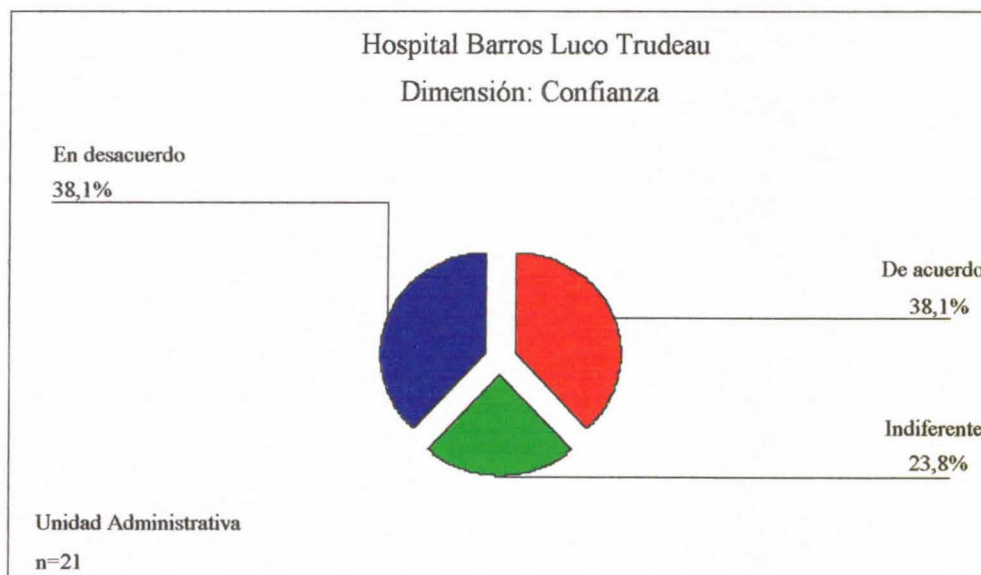
Es la percepción respecto a la organización como un ambiente protegido, en el que existe respeto e interés por sus miembros.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general en este Hospital uno puede confiar en la gente.	6 (28,6)	6 (28,6)	9 (42,9)	--
2. Entre los funcionarios y su jefe existe confianza.	6 (28,6)	5 (23,8)	10 (47,6)	--

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 9. IDENTIDAD

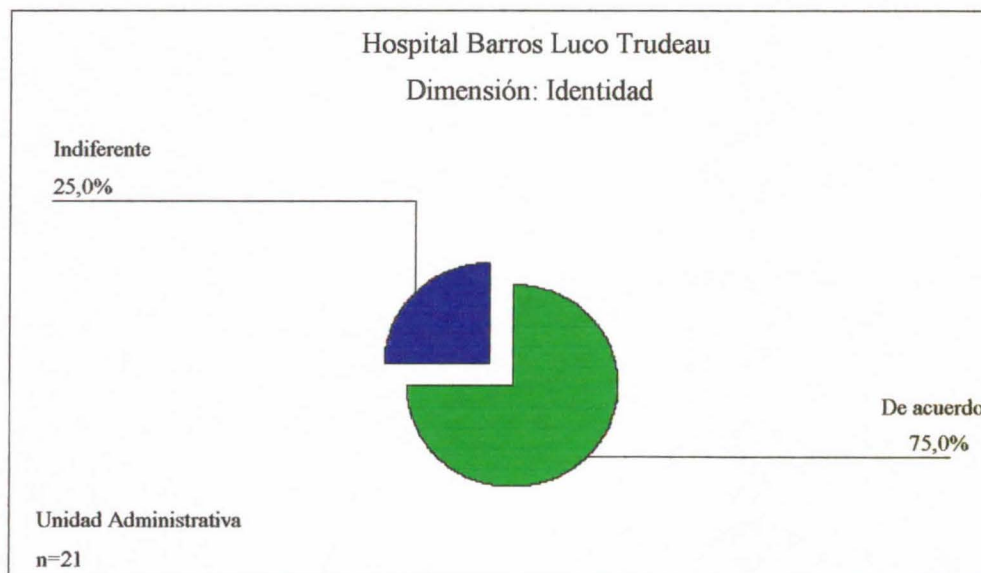
Importancia atribuida por cada persona al hecho de pertenecer al Hospital Barros Luco Trudeau, y al Servicio de Salud Metropolitano Sur.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En general, tengo puesta la camiseta del Hospital Barros Luco Trudeau.	16 (76,2)	4 (19,0)	1 (4,8)	--
2. Me parece importante pertenecer al Servicio Sur (SSMS).	18 (85,7)	3 (14,3)	--	--

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



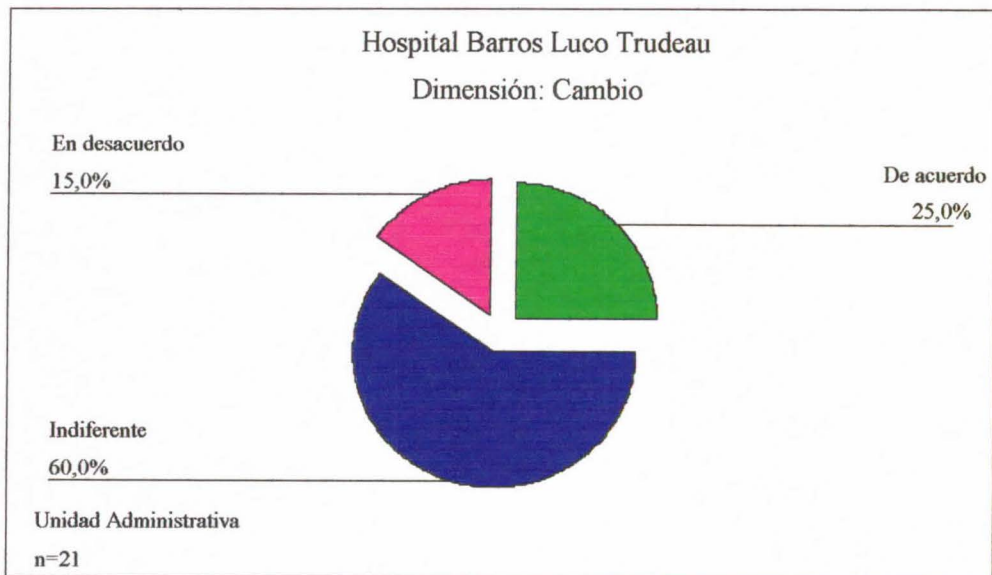
## 10. CAMBIO

Percepción de la posibilidad que al interior del Hospital ocurran cambios y, específicamente, aumento en las remuneraciones.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Creo que el Hospital está cambiando.	10 (47,6)	7 (33,3)	4 (19,0)	--
2. Creo que las remuneraciones del Hospital mejorarán.	6 (28,6)	9 (42,9)	6 (28,6)	--




(N=21)



## 11. PERCEPCIÓN DE LOS DIRECTIVOS

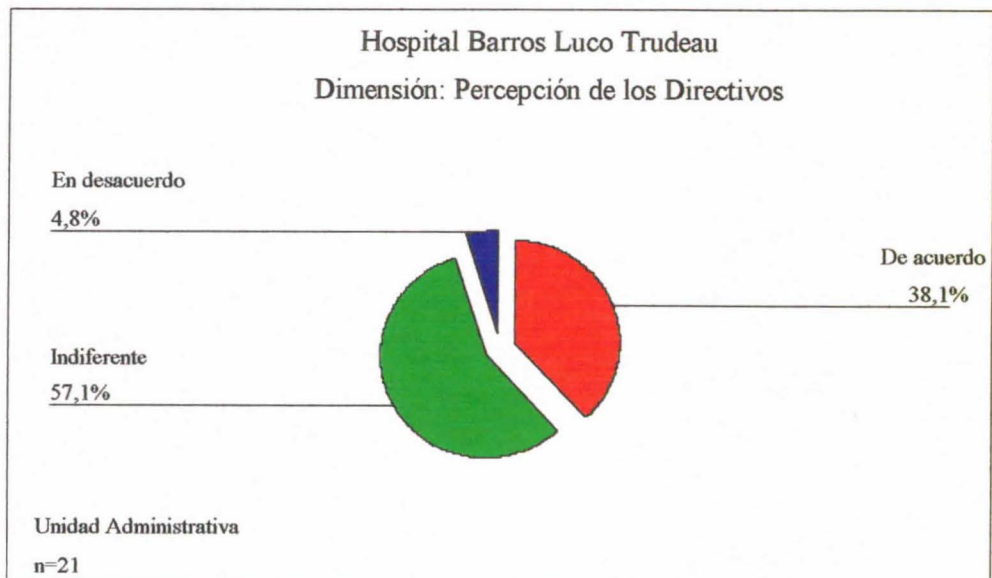
Nivel general de satisfacción con los directivos del Hospital y del Servicio Sur, y percepción de su confiabilidad, transparencia, e interés por mejorar el funcionamiento del mismo.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFE-RENTE	EN DESA-CUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Los criterios para designar a los jefes son estrictamente técnicos.	3 (14,3)	13 (61,9)	5 (23,8)	--
2. Los directivos del Hospital y del Servicio Sur están interesados en mejorar las cosas.	8 (38,1)	9 (42,99)	4 (19,0)	--
3. (Estoy satisfecho con) la dirección del Hospital.	12 (57,1)	6 (28,6)	3 (14,3)	--

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 12. CONDICIONES DE TRABAJO

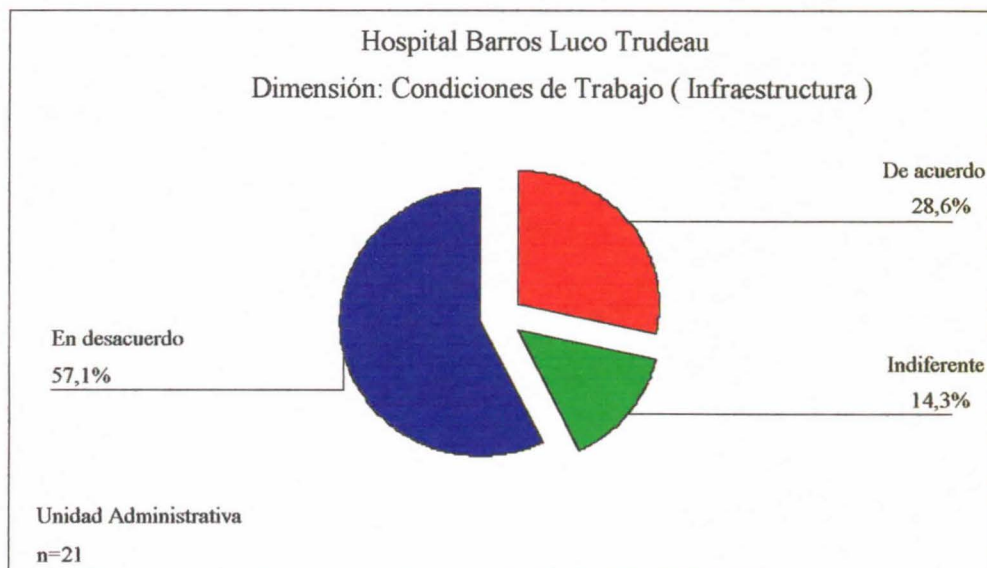
Percepción acerca de la calidad de las condiciones ambientales físicas de trabajo y de los medios disponibles para realizarlo.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Las condiciones ambientales de mi lugar de trabajo son adecuadas.	5 (23,8)	3 (14,3)	13 (61,9)	--
2. Los horarios de trabajo de este Hospital son adecuados.	20 (95,2)	1 (4,8)	--	--
3. El espacio de trabajo de los funcionarios es cómodo y permite el buen desempeño laboral.	5 (23,8)	4 (19,0)	12 (57,1)	--

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



### 13. CARGA DE TRABAJO

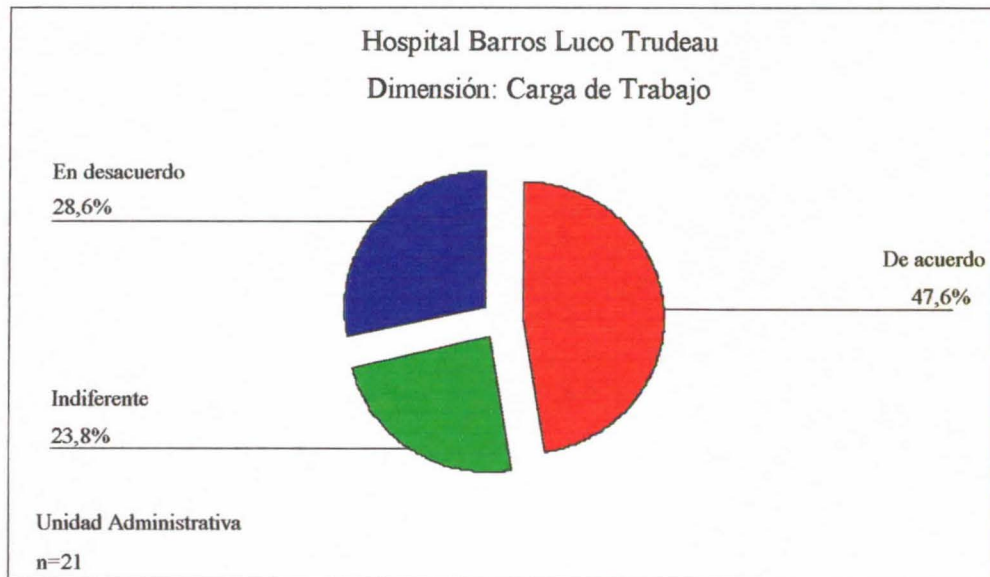
Percepción y satisfacción con la cantidad de trabajo que desempeña cada entrevistado.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. La cantidad de trabajo que se debe realizar no afecta mis relaciones familiares y mi salud.	14 (66,7)	5 (23,8)	2 (9,5)	--
2. (Estoy satisfecho con) la carga de trabajo que acá tengo.	15 (71,4)	1 (4,8)	5 (23,8)	--

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



#### 14. RECOMPENSAS Y BENEFICIOS

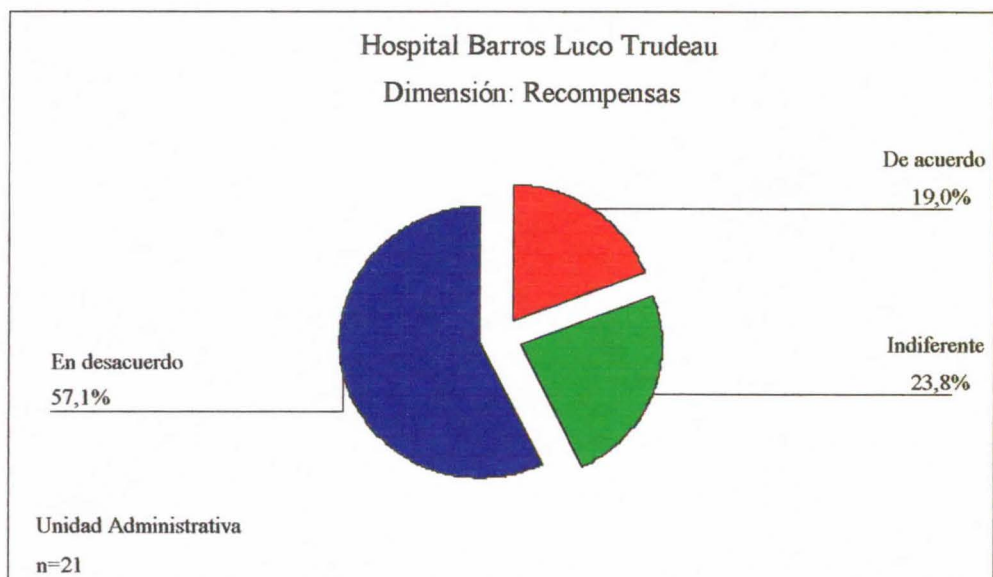
Percepción de las retribuciones que el Hospital entrega a sus trabajadores, ya sea de los beneficios otorgados, como de la preocupación por recompensar (económica o no-económicamente) el buen desempeño.

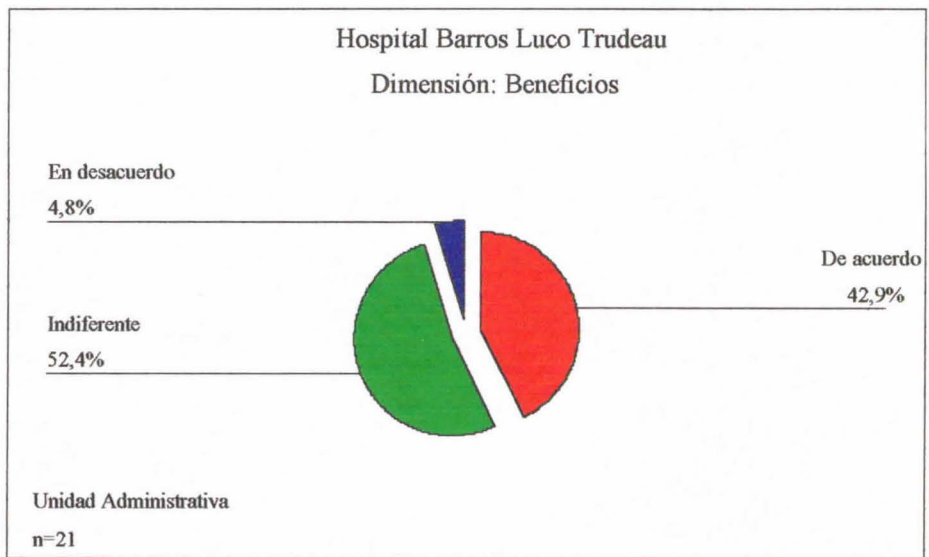
**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En este hospital, los que trabajan mejor tienen la posibilidad de ganar más.	3 (14,3)	4 (19,0)	14 (66,7)	--
2. Existe preocupación por recompensar bien a los buenos funcionarios.	2 (9,5)	4 (19,0)	15 (71,4)	--
3. Los beneficios que recibo (servicio médico, bienestar, sala cuna, bonos de escolaridad, etc.) son buenos.	18 (85,7)	2 (9,5)	1 (4,8)	--
4. Las recompensas que uno puede recibir por trabajar bien no son sólo de dinero.	11 (52,4)	3 (14,3)	7 (33,3)	--

(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**






**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

## 15. REMUNERACIONES

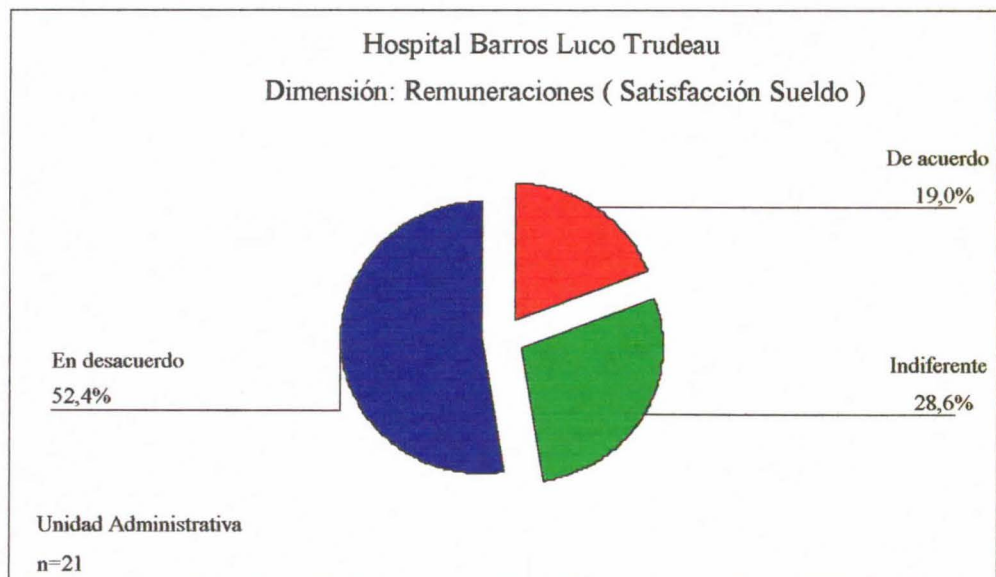
Satisfacción con la remuneración recibida, relevancia otorgada a este aspecto, y percepción de equidad en la distribución de las remuneraciones al interior del Hospital.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Este trabajo me interesa principalmente por el sueldo que recibo.	6 (28,6)	4 (19,0)	11 (52,4)	--
2. Las remuneraciones al interior del Hospital son adecuadas a los distintos estamentos.	4 (19,0)	4 (19,0)	13 (61,9)	--
3. (Estoy satisfecho con) el sueldo que recibo.	7 (33,3)	2 (9,5)	12 (57,1)	--

(N=21)



**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



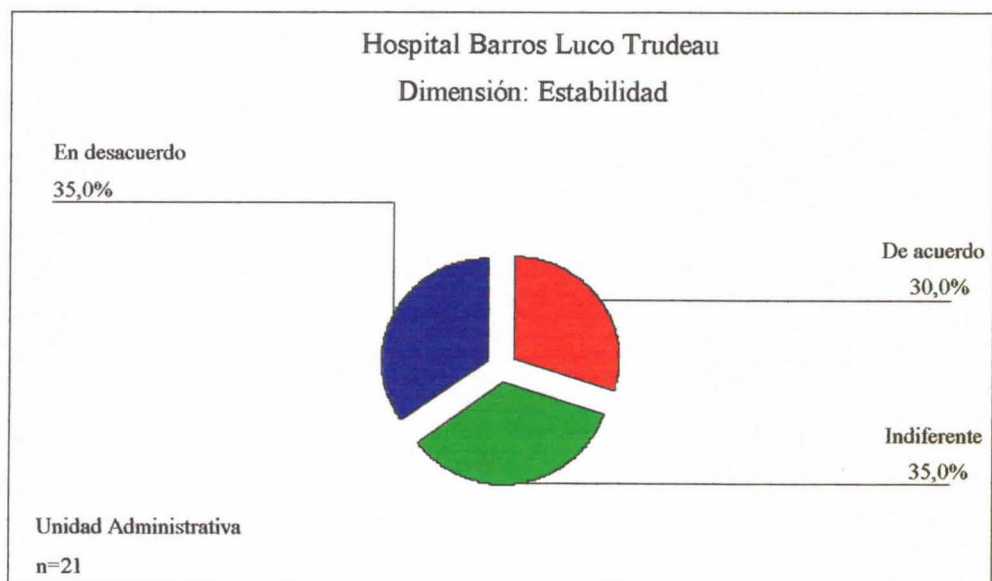
**16. ESTABILIDAD**

Es la percepción del grado de seguridad de permanecer en la organización.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Lo principal que me ofrece este trabajo es la estabilidad	15 (71,4)	5 (23,8)	1 (4,8)	--
2. Si alguien trabaja mal, es fácil que lo despidan	2 (9,5)	9 (42,9)	10 (47,6)	--




(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

## 17. DESARROLLO DE CARRERA

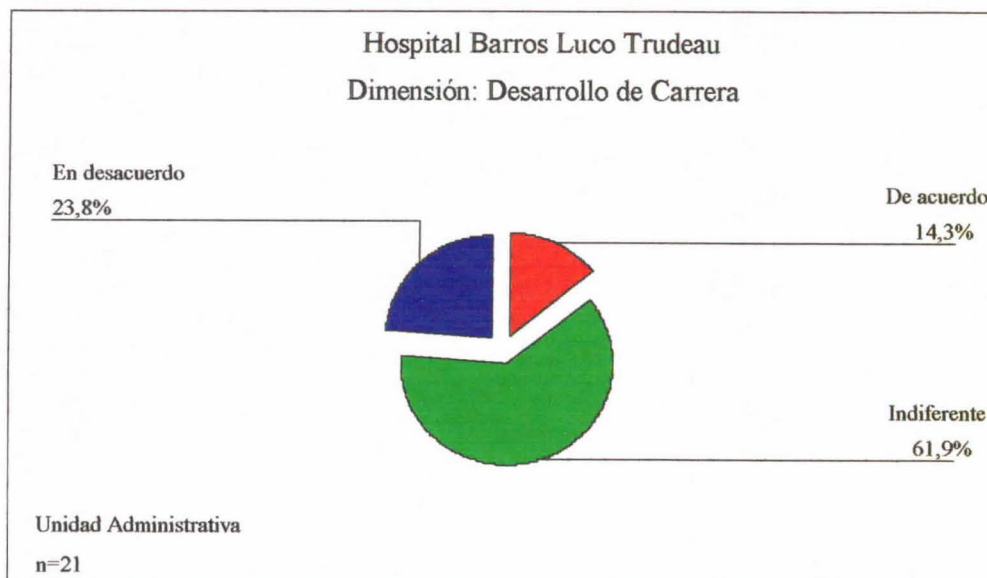
Es la percepción acerca de la existencia de un proceso de entrenamiento y capacitación que permita ascender y mejorar en la calificación laboral.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. La estructura de grados permite la carrera funcionaria.	3 (14,3)	4 (19,0)	14 (66,7)	--
2. Las personas que acá trabajan tiene la posibilidad de desarrollarse laboralmente (profesionalmente).	8 (38,1)	3 (14,3)	10 (47,6)	--
3. (Estoy satisfecho con) las posibilidades de progreso y ascenso.	6 (28,6)	3 (14,3)	12 (57,1)	--

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 18. REALIZACIÓN PERSONAL

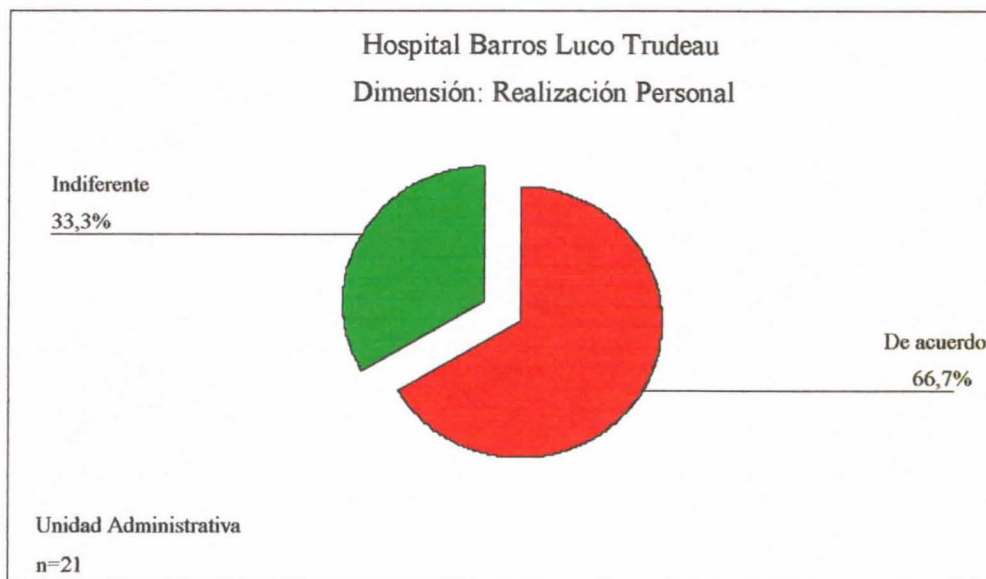
Percepción respecto al grado en que las características del trabajo facilitan el alcance de objetivos de desarrollo individuales.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. La razón principal para estar en este trabajo es mi realización personal.	15 (71,4)	2 (9,5)	4 (19,0)	--
2. Este trabajo resulta frecuentemente estimulante para mí.	14 (66,7)	2 (9,5)	5 (23,8)	--
3. (Estoy satisfecho con) el desarrollo personal que alcanzo en mi trabajo.	18 (85,7)	1 (4,8)	2 (9,5)	--

(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



## 20. DESARROLLO EN EQUIPO



Es la percepción de la existencia de un ambiente de cooperación y colaboración entre las distintas unidades o áreas y a la orientación hacia un objetivo único.

Se consideran los siguientes aspectos:

- Eficiencia.
- Unidad.
- Coordinación.
- Comunicación.

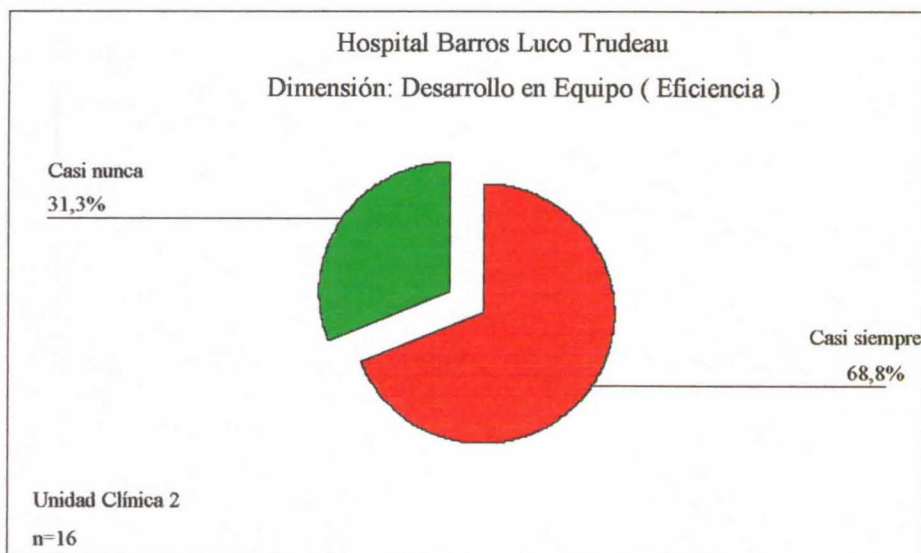
### TABLA DE FRECUENCIA

#### Aspecto Eficiencia



	CASI SIEMPRE 	CASI NUNCA 	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. En mi Unidad de trabajo cumplimos con las tareas que debemos realizar.	13 (81,3)	3 (18,8)	--
2. Cada tarea es realizada por las personas más capacitadas para ello.	8 (50,0)	8 (50,0)	--
3. Cuando se planifica algo en mi Unidad, se cumple según lo programado.	10 (62,5)	6 (37,5)	--

(N= 16)

### GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION

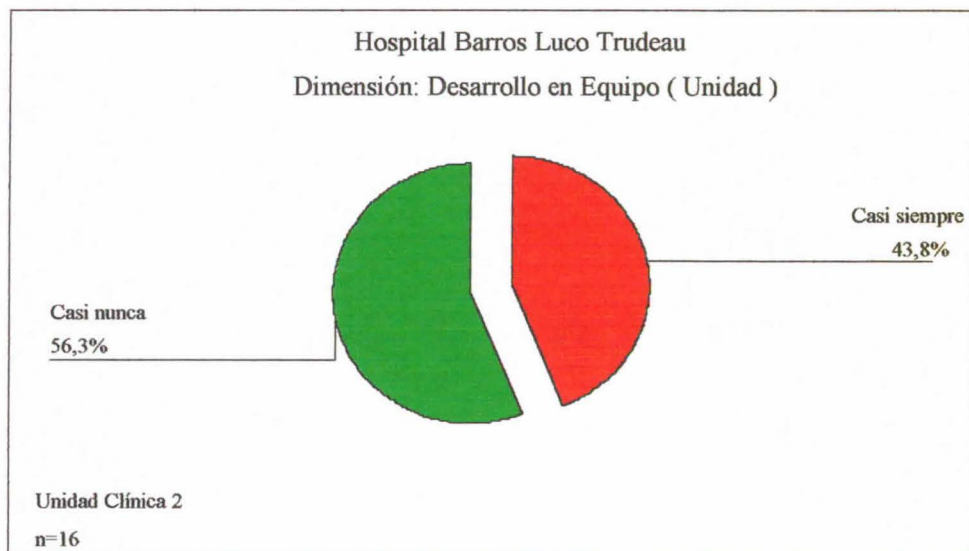


**TABLA DE FRECUENCIA**  
**Aspecto Unidad**



	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. La gente de mi Unidad de trabajo apoya al Jefe en su trabajo.	10 (62,5)	6 (37,5)	--
2. Conocemos y compartimos los objetivos de la Unidad, la forma de alcanzarlos, y los plazos definidos para ello.	9 (56,3)	7 (43,8)	--
3. Los compañeros de trabajo reconocen y valoran los aportes de cada uno al trabajo.	6 (37,5)	10 (62,5)	--
4. Hay momentos en que las personas de esta Unidad se sienten orgullosas de pertenecer a ella.	7 (43,8)	9 (56,3)	--
5. La gente de la Unidad conforma un grupo bien cohesionado.	7 (43,8)	9 (56,3)	--

(N=16)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

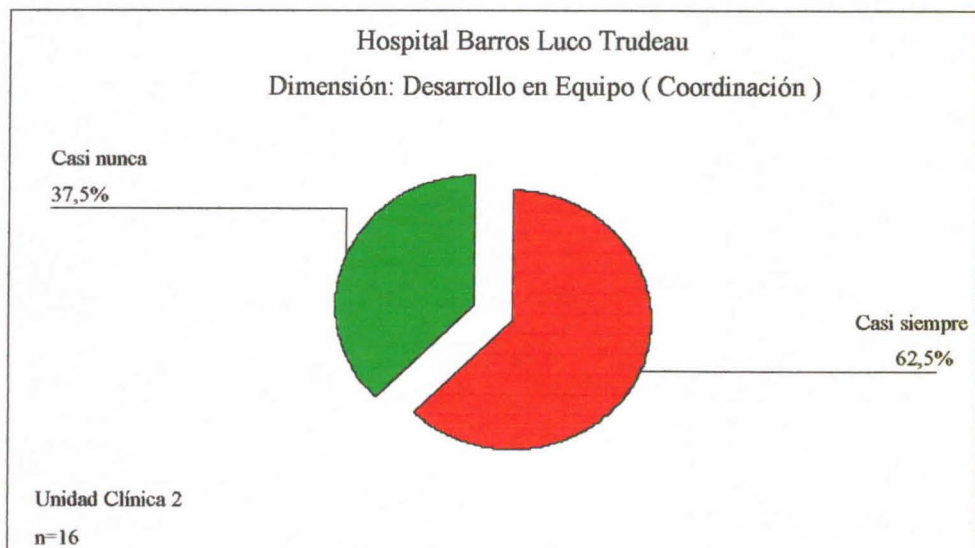


**TABLA DE FRECUENCIA**  
**Aspecto Coordinación**



	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. Para realizar el trabajo de mi Unidad nos organizamos como un equipo.	10 (62,5)	6 (37,5)	--
2. Funcionamos como un equipo de trabajo.	10 (62,5)	6 (37,5)	--
3. Cada persona tiene clara su función específica en la Unidad de Trabajo.	12 (75,0)	4 (25,0)	--
4. Cuando es necesario, los miembros del equipo somos capaces de realizar otras funciones.	12 (75,0)	4 (25,0)	--
5. La responsabilidad para realizar el trabajo de la Unidad es compartida.	11 (68,8)	5 (31,3)	--

(N=16)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

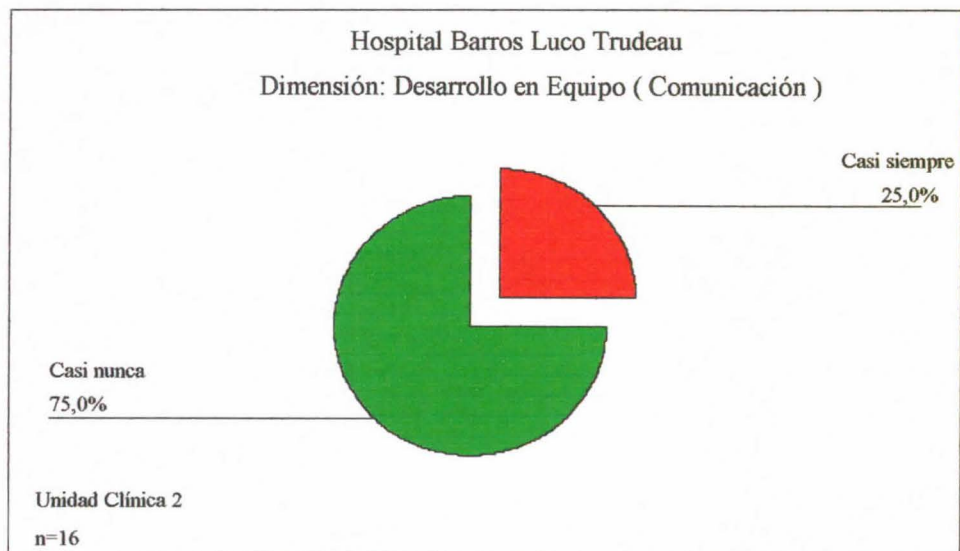


**TABLA DE FRECUENCIA**  
Aspecto Comunicación

	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>			
1. Cuando se debe tomar una decisión, o solucionar un problema importante, esto resulta fácil y simple.	7 (43,8)	9 (56,3)	--
2. Cuando es necesario, entre los miembros de mi Unidad nos damos apoyo y estímulo.	8 (50,0)	8 (50,0)	--
3. En mi Unidad o Departamento nos conocemos de verdad, y confiamos unos en otros.	5 (31,3)	10 (62,5)	1 (6,3)
4. Nos decimos de manera franca, abierta y oportuna cuando el otro está haciendo bien o mal su trabajo.	6 (37,5)	10 (62,5)	--
5. Las personas de mi Unidad de Trabajo se escuchan, y se dan el tiempo para ello.	5 (31,3)	11 (68,8)	--
6. La gente acá dice lo que piensa sin temor al rechazo de los demás o a sanciones.	6 (37,5)	10 (62,5)	--

(N=16)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**






## UNIDAD ADMINISTRATIVA

### 1. ESTRUCTURA

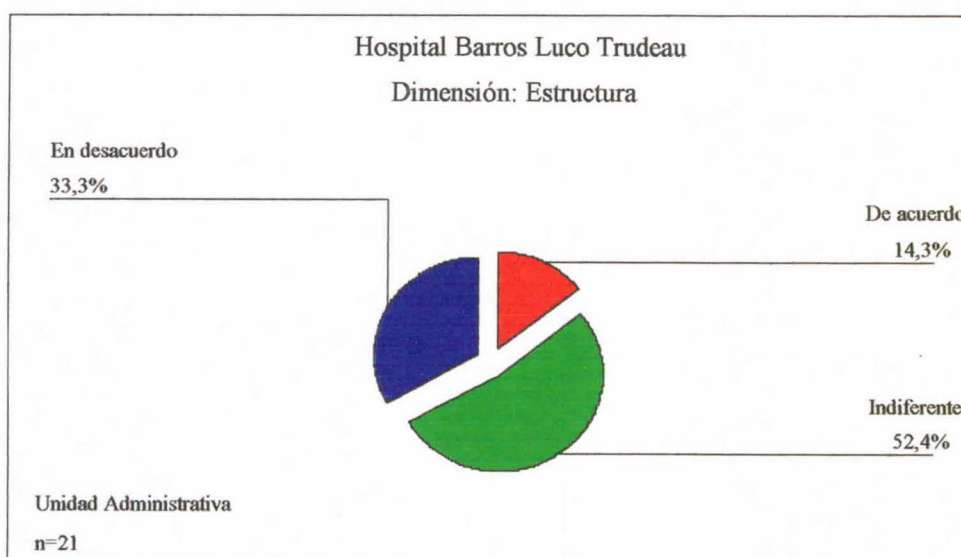
Percepción respecto a las relaciones formales que definen los procesos organizacionales, y el grado en que facilitan u obstaculizan el desempeño y alcance de objetivos.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En este Hospital los funcionarios tenemos claro cuales son nuestras atribuciones y responsabilidades.	12 (57,1)	3 (14,3)	5 (23,8)	1 (4,8)
2. Las tareas de mi Departamento o Unidad de Trabajo están bien organizadas y definidas.	12 (57,1)	3 (14,3)	6 (28,6)	--
3. El control que hay sobre el trabajo de cada funcionario es adecuado.	7 (33,3)	5 (23,8)	9 (42,9)	--
4. La cantidad de niveles jerárquicos facilitan el buen funcionamiento del Hospital.	3 (14,3)	6 (28,6)	12 (57,1)	--
5. Los procedimientos administrativos facilitan la realización de las labores.	12 (57,1)	4 (19,0)	5 (23,8)	--

(N=21)




### GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION



## 2. AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD

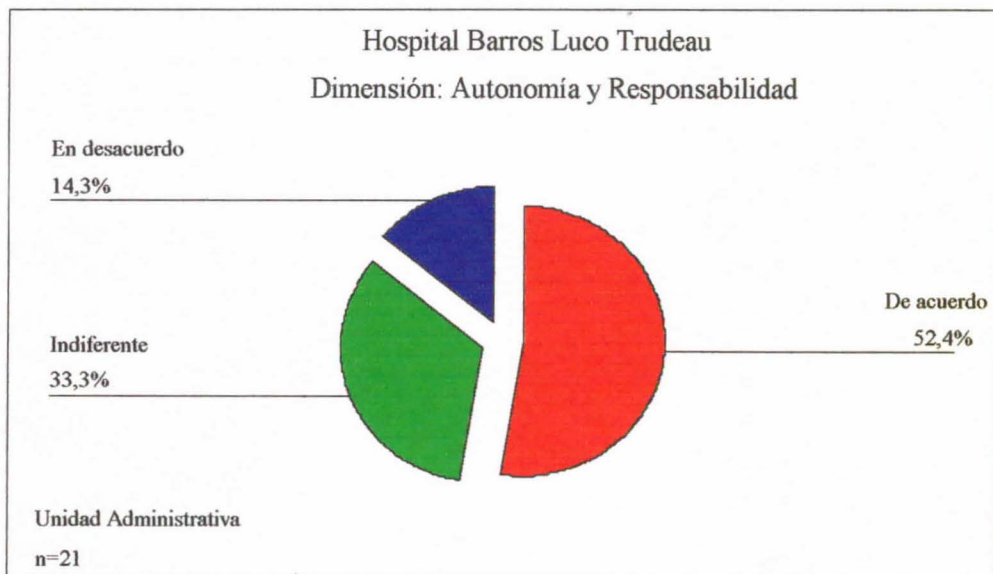
Percepción respecto a las oportunidades de innovación y libertad de acción en el desempeño laboral.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Tengo suficiente libertad para hacer mi trabajo de la manera que considero más adecuada.	11 (52,4)	6 (28,6)	4 (19,0)	--
2. (Estoy satisfecho con) el aporte que hago al Hospital.	18 (85,7)	1 (4,8)	1 (4,8)	1 (4,8)
3. (Estoy satisfecho con) las responsabilidades que se me dan en mi trabajo.	20 (95,2)	--	1 (4,8)	--

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



### 3. PLANIFICACION Y EFECTIVIDAD

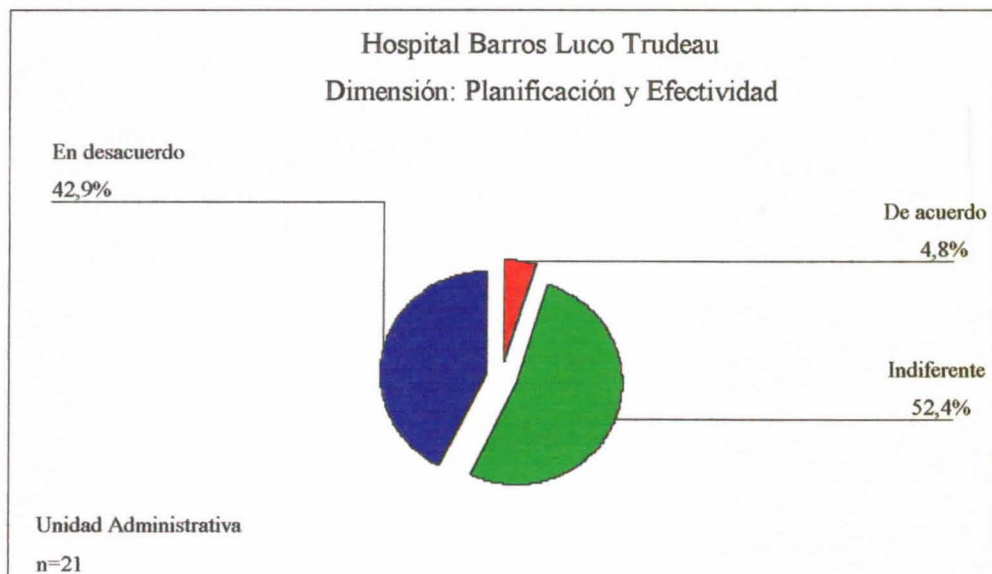
Percepción referida a si las acciones y cambios que se realizan en el Hospital son bien planificados e implementados, asegurándose su efectividad y los recursos necesarios para su ejecución.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. En el Hospital existe una buena planificación.	5 (23,8)	7 (33,3)	9 (42,9)	--
2. La organización del Hospital asegura que se tengan los recursos para trabajar.	5 (23,8)	2 (9,5)	14 (66,7)	--
3. En este Hospital los cambios que se proponen se llevan a la acción.	4 (19,0)	8 (38,1)	9 (42,9)	--

(N=21)




**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**



#### 4. COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN

Es la percepción de la existencia y uso de vías de comunicación formales expeditas, tanto ascendente, como descendente y radiales.

**TABLA DE FRECUENCIA**

	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	NO CONTESTARON
<b>PREGUNTAS:</b>				
1. Mi unidad de trabajo se comunica y relaciona con otras unidades de trabajo del Hospital.	14 (66,7)	3 (14,3)	4 (19,0)	--
2. En este Hospital se comunican adecuadamente los planes, políticas y decisiones que se toman.	4 (19,0)	7 (33,3)	10 (47,6)	--
3. En este Hospital se escucha la opinión de la gente que trabaja en él.	3 (14,3)	7 (33,3)	11 (52,4)	--
4. Frecuentemente me interesa conocer las decisiones y orientaciones que toma el Hospital.	14 (66,7)	7 (33,3)	--	

(N=21)

**GRAFICO DE PIE AGRUPADO POR DIMENSION**

