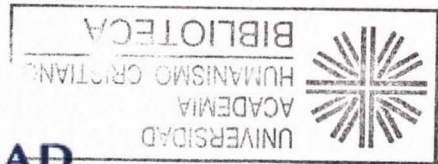




**UNIVERSIDAD
ACADEMIA**
DE HUMANISMO CRISTIANO



**ESCUELA DE CIENCIA POLITICAS Y ADMINISTRATIVAS
CARRERA DE INGENIERIA DE EJECUCION
EN GESTION PUBLICA**

**“CAMBIO ORGANIZACIONAL Y SU IMPACTO
SOBRE EL CLIMA ORGANIZACIONAL:
ESTUDIO DE CASO”**

Profesor Guía

Sr. Andreé Henríquez Aravena

Alumnos

Sr. Carlos Becerra Carvajal

Sr. Rodolfo Figueroa Andrade

**Tesis para optar al Título de
Ingeniero De Ejecucion En Gestion Publica**

2003

Gracias...

A Dios por Bendecir mi vida,
por permitirme llegar al final de la carrera...

A mi Amada Carolina por su paciencia y
comprensión, por ayudarme a no darme por
vencido...

A mis Hijos que aprenderán lo mismo...

A mis Padres, Carlos y Erika,
por su incondicional presencia...

A mi Compañero Rodolfo...

CARLOS

Mis Sinceros Agradecimientos...

A mi Familia...

A mis Padres, Julia y Luis,
por su apoyo incondicional,
por darme los valores para seguir el
camino del bien...

A mi Amada Ximena, por su amor y
paciencia en cada segundo de mi vida
y por comprender mis momentos de alegría
y tristeza...

A Carlos, por su amistad y lealtad...

RODOLFO

Señor.

Roberto Mardones;

Jefe de Carrera Escuela de Ciencias Políticas y Administrativas.

Presente.

Entrego a UD. la investigación de grado, realizada por los Señores Carlos Becerra Carvajal y Rodolfo Figueroa Andrade para optar al título de Ingeniero de Ejecución en Gestión Pública.

El presente documento refleja el trabajo realizado entre los meses de marzo a noviembre del presente año. Y esta referido, a los impactos que se producen sobre el clima organizacional, al intentar aplicar un nuevo modelo de funcionamiento a las instituciones.

Esta investigación presenta puntos muy altos en su desarrollo, los cuales, desde mi visión como profesor guía, son relevantes de destacar.

1. Son una de las pocas investigaciones realizadas en la Escuela, que buscan monitorear una situación organizacional, superando la barrera de la estática de la mayor parte de las tesis realizadas.
2. Posee un manejo teórico, preciso y correctamente aplicado para la investigación-intervención, lo cual destaca el nivel de abstracción que lograron los alumnos durante el proceso investigativo.
3. Muestra un trabajo numérico, que destaca el compromiso de los alumnos con la investigación, más allá de la calificación. Incluso, realizando cruces y análisis que refuerzan adicionalmente sus conclusiones.
4. Por último, como proceso, los investigadores fueron creciendo en sus capacidades y análisis. Esto se ve reflejado, en el documento que entrego a UD. que si bien es el producto final, puedo dar cuenta de la calidad y compromiso mostrado por los alumnos.

Atentamente,

André Henríquez.

Santiago, 24 de Noviembre de 2003

INDICE

	Página
INTRODUCCION	6
CAPITULO 1: “PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA, PREGUNTA DE INVESTIGACION Y OBJETIVOS”	8
1.1 Planteamiento y Delimitación del Problema	8
1.2 Pregunta de Investigación	10
1.3 Objetivos Generales	10
1.4 Objetivos Específicos	10
CAPITULO 2: “MARCO TEORICO”	11
2.1 Antecedentes Generales – Comuna Pedro Aguirre Cerda	11
2.1.1 Origen de la Comuna, División Política y Administrativa	11
2.1.2 Demografía	11
2.2 Descripción del Sistema de Salud Comunal	12
2.3 Población, Recursos Humanos e Infraestructura	13
2.3.1 Población	13
2.3.1.1 Sectorización de la población inscrita en el Centro de Salud Familiar	13
2.3.1.2 La Sectorización: Sector Rojo y Sector Azul	14
2.3.2 Recursos Humanos	16
2.3.3 Infraestructura	17
2.4 Aspectos Teóricos	18
2.4.1 Medicina Familiar	18
2.4.2 Origen de la Medicina Familiar	19
2.4.3 Desarrollo de la Medicina Familiar	22
2.4.4 La Medicina Familiar en la Reforma de Salud Chilena	25
2.5 Bases Conceptuales para la Reforma	26
2.5.1 ¿Por qué la Reforma?	26
2.5.2 ¿Qué Reforma?	27
2.5.3 Un Sistema que sea capaz de:	28
2.6 Objetivos Nacionales de Salud, Periodo 2000 – 2010 (12)	29

2.6.1 (A) De Situación de Salud	29
2.6.2 (B) Determinantes No Médicos	29
2.6.3 (C) Sistema de Salud	29
2.6.4 Voluntad Política	30
2.6.5 Marco Regulatorio	31
2.6.6 Sistema de Salud	31
2.6.7 Equipos de Salud Familiar	32
2.6.8 Centros de Salud de Atención Primaria	32
2.6.8.1 (A) Recursos Físicos	32
2.6.8.2 (B) Recursos Humanos	33
2.6.9 Aplicación del Modelo	33
2.7 Aprobación del Programa de Salud Familiar	36
2.8 Clima Organizacional	38
2.8.1 El Concepto de Clima Organizacional	39
2.8.2 Formas de Clima Organizacional	42
2.8.3 El Clima Organizacional Según Rensis Likert	44
2.8.4 Instrumentos para Medir el Clima Organizacional	47
2.9 Metodología de la Investigación	51
2.9.1 Hipótesis	51
2.9.2 Duración de la Investigación	52
CAPITULO 3: “DEFINICION DE VARIABLES”	53
3.1 Variable Liderazgo	53
3.2 Variable Comunicación	56
3.2.1 Comunicación Interpersonal	58
3.3 Variable Relaciones Interpersonales	59

CAPITULO 4: "ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS"	64
4.1 Preguntas de Encuesta, Variable Liderazgo	66
4.1.1 Grafico N° 1, Promedio General de Cada Alternativa, Según Variable Liderazgo	73
4.1.2 Análisis de Resultados	74
4.2 Preguntas de Encuesta, Variable Comunicación	77
4.2.1 Grafico N° 2, Promedio General de Cada Alternativa, Según Variable Comunicación	82
4.2.2 Análisis de Resultados	83
4.3 Preguntas de Encuesta, Variable Relaciones Interpersonales	86
4.3.1 Grafico N° 3, Promedio General de Cada Alternativa, Según Variable Relaciones Interpersonales	89
4.3.2 Análisis de Resultados	90
4.4 Percepciones Generales de la Variable, Según Categorías	92
4.4.1 Percepción Por Variable, Según Categoría Profesionales	92
4.4.2 Percepción Por Variable, Según Categoría Técnicos Paramédicos	94
4.4.3 Percepción Por Variable, Según Categoría Administrativos	96
4.4.4 Percepción Por Variable, Según Categoría Auxiliares	98
4.5 Percepciones Generales por Categorías, Según Variables	100
4.5.1 Percepción General por Categoría de la Variable Liderazgo	100
4.5.2 Percepción General por Categoría de la Variable Comunicación	101
4.5.3 Percepción General por Categoría de la Variable Relaciones Interpersonales	102
CONCLUSION	103
ANEXOS	106
BIBLIOGRAFIA	115

INTRODUCCIÓN

La Salud Pública Estatal constituye el principal sistema de salud en Chile, esta integrado por instituciones y organismos que dependen en su funcionamiento del Ministerio de Salud, el cual tiene como función el ser un ente regulador del Estado en materia de salud.

Inserto en este sistema encontramos el Nivel Primario, conformado por postas, estaciones medico-rurales y consultorios, que dependen administrativamente de los Municipios.

Durante la década de los 90 se ha trabajado en un proceso de transformación y reforzamiento del Nivel Primario. El objetivo es convertir a los consultorios en la base de un nuevo modelo de atención en salud, más moderno, humanizado y centrado en la satisfacción del usuario.

La reforma del sector salud busca consolidar un sistema de salud que de una respuesta adecuada a las necesidades sanitarias expresadas por la población, mediante la oferta de acciones de calidad que permitan asegurar mejores resultados de salud y satisfacción de los usuarios.

El Modelo de Atención con Enfoque Integral y Familiar, que se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y la comunidad, es uno de los pilares fundamentales para el logro del objetivo de reforma del sector. Este desafío sectorial obliga a relevar la atención primaria, que es la que en mayor medida recoge y contribuye al cambio cultural y de modelo asistencial que se requiere.

La Atención Integral y Familiar necesita ser completada con los enfoques biopsicosociales y multidisciplinario, para así constituirse en la estrategia asistencial que responda de la manera más efectiva a las necesidades de los individuos, ya que toma en consideración su historia vital y su entorno familiar y

ambiental, y desarrolla acciones en los ámbitos de la promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Durante el año 2000, el Centro de Salud Edgardo Enríquez Fröedden, de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, dio los primeros pasos para la implementación de este modelo, fruto de una evaluación comunal previa que básicamente concluyó que el modelo de atención individual no respondía a las necesidades de salud de la población, ni en lo curativo asistencial ni en la promoción y prevención de salud.

Finalmente, y después de casi tres años de intento, esta experiencia empezó a concretarse en marzo del año 2003 en éste Centro de Salud, momento en el cual se decidió realizar la presente investigación, cuyo objetivo es poder monitorear durante un periodo determinado la implementación de este modelo y su impacto en el Clima Organizacional, principalmente sobre las variables liderazgo, comunicación y relaciones interpersonales.

El Clima Organizacional es el ambiente psicosocial en el cual se desenvuelven los integrantes del Centro de Salud. Es la cualidad o propiedad del ambiente interno del Centro de Salud, que es experimentado conciente o inconscientemente por los miembros del equipo de salud y que influye en su comportamiento, enfoca la base de la organización, las personas que la integran y cómo perciben la organización (Robbins, 1991). Englobando todas las dimensiones organizacionales en el contexto de la salud: congruencia de objetivos y valores compartidos, rol del director como constructor y sostenedor de la cultura, relaciones profesionales, identidad institucional, administración de símbolos y sistemas de retroalimentación adecuados.

CAPITULO 1: “PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA, PREGUNTA DE INVESTIGACION Y OBJETIVOS”.

1.1 Planteamiento y Delimitación del Problema

Los consultorios de atención, primaria, tienen como misión elevar el nivel de salud de toda la población, pero pese a tener una misión definida, sus integrantes no tienen la misma cultura y por consiguiente los climas de trabajo difieren uno del otro.

En el seno de estas organizaciones laboran personal civil, profesional, técnicos, secretarias y auxiliares que apoyan los procesos administrativos que se dan en cada uno de los centros de salud para cumplir la misión que tienen asignada en la Constitución Política de la República Chilena. Este personal, se ve afectado por diversos factores que inciden en su eficacia, algunos de ellos son los diferentes estilos de liderazgo, la comunicación, el choque entre los valores de la organización y los valores individuales del personal; todo ello genera un descontento que lógicamente repercute en los ambientes de trabajo, desarrollando climas de trabajos ambiguos, tensos y autoritarios que merman la eficacia del personal en sus actividades, sin perder de vista el comportamiento de éste, que en el común de los casos se toman retantes o apáticos ante lo que sucede en la organización.

Con el objeto de enfrentar esta situación el Ministerio de Salud ha venido implementando, desde 1990, diversas innovaciones técnicas, administrativas y financieras. El foco de este esfuerzo fue puesto en la tarea de reformular la atención primaria sobre la base de un enfoque familiar de la salud, sin embargo los resultados obtenidos no han sido del todo consistentes observándose por el contrario un gran desgaste del equipo de salud por recursos insuficientes, mala utilización de los mismos y falta de incentivos.

Ante esta situación creemos necesaria la realización de una investigación que permita obtener información, que sirva de aporte a los conocimientos ya existentes respecto de los factores ambientales internos que afectan el comportamiento de los individuos en la organización y que influyen en el éxito o fracaso de la aplicación del Modelo de Salud Familiar.

Para tal efecto se realizara una investigación en el Consultorio Doctor Edgardo Enríquez Fröedden de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, quienes en el marco de reforma de la salud decidieron aplicar esta experiencia; momento en el cual se decidió hacer un seguimiento a la aplicación del modelo y poder conocer los efectos sobre algunas variables que forman parte del clima organizacional (Liderazgo, Comunicación y Relaciones Interpersonales).

Creemos que la medición del Clima Organizacional permitirá obtener una idea más objetiva y precisa de cuan buena o mala es la calidad en el ambiente de trabajo. Además, la realidad del consultorio, en cuanto a la calidad del trabajo y el ambiente en el que se realiza, muestra algunas señales que son muy notorias, y que no se deben dejar pasar por alto, lo que provoca estados de frustración entre los miembros de esta institución.

La presente investigación es el resultado de las observaciones realizadas en terreno y de la revisión bibliográfica llevada a cabo por sus integrantes, que tiene como finalidad el poder conocer el efecto de la variable clima organizacional ante la aplicación del modelo de salud familiar.

1.2 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los efectos que se producen sobre las variables, Liderazgo, Comunicación y Relaciones interpersonales, que forman parte del Clima Organizacional, al implementar el Modelo de Salud Familiar en el Centro de Salud Doctor Edgardo Enríquez Fröedden en el periodo Marzo a Septiembre del año 2003?

1.3 Objetivos Generales

Describir los efectos que produce la implementación del modelo de salud familiar en las variables Comunicación, Liderazgo y Relaciones Interpersonales, que forman parte del Clima Organizacional del Centro de Salud Edgardo Enríquez Fröedden.

1.4 Objetivos Específicos

Monitorear la implementación del Modelo de Salud Familiar y su impacto sobre las variables antes mencionadas.

Comprender la importancia del Clima Organizacional.

Caracterizar y definir la variable de Clima Organizacional, Liderazgo;

Caracterizar y definir la variable de Clima Organizacional, Comunicación;

Y caracterizar y definir la variable de Clima Organizacional, Relaciones Interpersonales.

CAPITULO 2: “MARCO TEORICO”.

2.1 Antecedentes Generales - Comuna de Pedro Aguirre Cerda

2.1.1 Origen de la Comuna. División Política – Administrativa

La comuna de Pedro Aguirre Cerda (PAC) se forma mediante la donación de territorios pertenecientes a tres comunas: San Miguel, Santiago y La Cisterna. Esta comuna se creó oficialmente en 1991, uniendo poblaciones muy pobres y territorios sin infraestructuras y servicios de las tres comunas. Luego de varias modificaciones los límites de la comuna quedaron determinados, por el norte por las comunas de Santiago y Estación Central, por el sur la comuna de Lo Espejo, al este San Miguel y por el oeste la comuna de Cerrillos; quedando la comuna con una superficie de 8,7 kilómetros cuadrados.

2.1.2 Demografía

La comuna de Pedro Aguirre Cerda, tiene una población total de 114.560 habitantes, lo que determina en sus 9,7 Km² una densidad poblacional de 11.810,3 habitantes por Km² (Fuente Censo 2002, INE).

Según datos del censo de 2002, la comuna de Pedro Aguirre Cerda cuenta con una mayor cantidad de mujeres, 59.178 (51.66%), que de hombres, 55.382 (48.34%).

2.2 Descripción del Sistema de Salud Comunal

La comuna de Pedro Aguirre Cerda cuenta con tres Centros de Salud de Atención Primaria. No cuenta con ningún hospital en su circunvalación, pero si su población tiene el respaldo del Hospital Barros Luco (que se ubica en la comuna de San Miguel), para la atención de adultos. Para la atención pediátrica se encuentra el Hospital Exequiel Gonzáles Cortes. En caso de que alguna persona padezca de una patología que lo amerite es derivada a estos hospitales, siempre y cuando los profesionales del centro de salud así lo dispongan.

Respecto a tipo de atención en salud, la comuna cuenta con dos sistemas, uno municipalizado, que otorga atención primaria y otro privado, en el que se encuentran las Isapres y los hospitales de la F.F.A.A.

El sistema publico de la comuna de Pedro Aguirre Cerda cuenta con:

Centro de Salud Familiar Dr. Edgardo Enríquez Frøedden, ubicado en Clotario Blest N° 2650.

Centro de Salud Amador Neghme, ubicado en Altué con Club Hípico.

Centro de Salud La Feria, ubicado en Los Comandos con 30 de Octubre.

Centro de Salud Dental Villa Sur, ubicado en Clotario Blest N° 6035.

Centro Comunitario de Salud Mental, COSAM, ubicado en Avenida La Marina.

2.3 Población, Recursos Humanos e Infraestructura

2.3.1 Población

La cobertura del Centro de Salud Edgardo Enríquez Fröedden es de aproximadamente 20 mil personas. En la actualidad el Centro de Salud se encuentra realizando una sectorización de la población asignada. Esta sectorización se realizó como requisito mínimo para poder ser un Centro de Salud Familiar.

La distribución de las personas se realizó mediante censos poblacionales. Los resultados distribuyen a las personas en carpetas familiares, los que contienen en la ficha cada integrante de la familia, para así poder tener los datos de cada persona de manera sectorizada.

2.3.1.1 Sectorización de la población inscrita en el Centro de Salud Familiar

Una de las primeras transformaciones que se deben realizar en la administración de los Centros de Salud Familiar es la sectorización de la población inscrita.

Para hacer más fácil la sectorización de la población se asignaron colores a los sectores, uno es el Sector Rojo y el otro es el Sector Azul.

Cuadro N°1, Beneficiarios inscritos usuarios del centro de salud por familias, edades por programas y unidades vecinales.

Unidad Vecinal	N° Fichas Unidad Vec.	Usuarios por Edades				Total Usuarios	Hogares Adulto M.
		0 a 9	10 a 19	20 a 64	65 y +		
4	2054	733	693	1912	877	4515	506
5	323	118	102	301	134	655	72
6	569	225	185	641	157	1208	86
7	452	174	128	437	109	848	74
8	607	247	190	637	191	1265	98
9	373	160	125	402	88	775	55
10	641	250	223	693	217	1383	113
11-A	701	290	209	687	244	1430	126
11-B	423	153	110	360	155	778	92
16	168	73	49	143	81	346	43
Ouv	2287	868	565	2020	687	4140	464
OC	273	98	68	287	57	510	38
Total	8871	3389	2647	8520	2997	17853	1767
	Porcentaje	19.0	14.8	47.7	16.8	100.0	

2.3.1.2 LA SECTORIZACION: Sector Azul y Sector Rojo

Cuadro N°2, Beneficiarios inscritos usuarios del centro de salud por familias, edades por programas y unidades vecinales. **Sector Azul**.

Unidad Vecinal	N° Fichas Unidad Vec.	Usuarios por Edades				Total Usuarios	Hogares Adulto M.
		0 a 9	10 a 19	20 a 64	65 y +		
4	2054	733	693	1912	877	4215	506
5	323	118	102	301	134	655	72
11-A	701	290	209	387	244	1430	126
Ouv	1015	432	319	1002	353	2106	209
OC	180	77	57	197	47	378	28
Total	4273	1650	1380	3799	1655	8784	941
	Porcentaje	18.8	15.7	43.2	18.8	100.0	

Cuadro N°3, Beneficiarios inscritos usuarios del centro de salud por familias, edades por programas y unidades vecinales. **Sector Rojo**.

Unidad Vecinal	N° Fichas Unidad Vec.	Usuarios por Edades				Total Usuarios	Hogares Adulto M.
		0 a 9	10 a 19	20 a 64	65 y +		
6	569	225	185	641	157	1208	86
7	452	174	128	437	109	848	74
8	607	247	190	637	191	1265	98
9	373	160	125	402	88	775	55
10	641	250	223	693	217	1383	113
11-B	423	153	110	360	155	778	92
16	168	73	49	143	81	346	43
Ouc	1272	436	246	1018	334	2034	255
OC	93	21	11	90	10	132	10
Total	4598	1739	1267	4421	1342	8769	826
	Porcentaje	19.8	14.4	50.4	15.3	100.0	

		Usuarios por Edades				Total Usuarios	Hogares Adulto M.
		0 a 9	10 a 19	20 a 64	65 y +		
Sector Azul	Total	4252	1643	1377	4085	1653	941
Sector Rojo	Total	4598	1739	1267	4421	1342	826
	Diferencia	346	96	-110	336	-311	115

Sector Azul	%	18.8	15.7	43.2	18.8	100.0
Sector Rojo	%	19.8	14.4	50.4	15.3	100.0
	Diferencia	1.0	-1.3	7.2	-3.5	0

Las nuevas inscripciones se ubicaran en el sector que corresponda por unidades vecinales, en el caso de "otras unidades vecinales" se incluirán en el sector rojo durante el mes de junio, desde el 1° de julio se incluirán en el azul y así sucesivamente.

2.3.2 Recursos Humanos

Cuadro N° 4, “Descripción de los profesionales y técnicos que trabajan en el Centro de Salud Edgardo Enríquez Fröedden”.

Profesional	N°	Horas de Trabajo
Médicos	* 5	44
	* 3	33
	* 4	22
Enfermeras	3	44
Matronas	3	44
Kinesióloga	1	44
Nutricionista	* 1	44
	* 1	22
Odontólogos	2	44
Psicóloga	1	13
Asistente Social	2	44
Profesor Educación Física	1	13
Auxiliares de Enfermería	22	44
Administrativos	13	44

(En el Anexo N°3 se muestra el Organigrama del Centro de Salud Edgardo Enríquez Fröedden).

2.3.3 Infraestructura

El Centro de Salud Edgardo Enríquez Fröedden, cuenta con el equipamiento necesario para poder atender de manera adecuada a la población. Éste Centro de Salud tiene todos los instrumentos básicos para poder atender a sus pacientes:

Balanzas

Podómetros

Esfingomanómetros de barra

Centro de vacunación (con todos los implementos necesarios)

Centro de esterilización

Camillas

Sillas para dental

Sillas para maternal

Biombos

Computadores

Refrigerador

Comedor

Materiales de escritorio

Mesas

Sillas

El Centro de Salud Familiar cuenta con una cantidad suficiente de boxes para la atención de la población asignada, sala de espera amplia, farmacia, bodega de leche, vacunatorio con sala de esterilización, boxes para la atención dental y sala de cepillado.

2.4 Aspectos Teóricos

Definido el planteamiento del problema y determinado los objetivos que precisan los fines de la presente investigación, es necesario establecer los aspectos teóricos que sustentan el estudio en cuestión. Considerando lo antes expuesto, en este capítulo se muestran las bases de algunas teorías relativas al Clima Organizacional y el Modelo de Salud Familiar.

2.4.1 Medicina Familiar

La Medicina Familiar se le puede definir como “la atención que es integral del paciente, dentro de su contexto familiar y social y sus interrelaciones con el medio ambiente y la comunidad de la que forma parte. Es una disciplina, heredada de la medicina general de antaño. El modelo mira a las personas no como un ente aislado y biológico, sino como un ente biopsicosocial es decir que esta inserto en un entorno que tiene distintos niveles de interacción, de análisis o de relaciones, donde el entorno familiar es el más importante. Es una medicina que aborda los problemas de salud de la gente en forma mas integral y amplia, que permite que quienes realicen acciones de salud entiendan en mejor forma los procesos de morbilidad o de promoción, y por lo tanto intervengan con mayor eficacia y precocidad. En su ejercicio, no solo pretende curar la enfermedad, sino que además, procura alcanzar el mayor nivel de salud de su población. la continuidad en la atención, la prevención y promoción de la salud, el trabajo en equipo, la interacción con la red comunitaria, son algunas herramientas fundamentales para alcanzar sus objetivos

2.4.2 Origen de la Medicina Familiar

Para entender el origen de la Medicina Familiar nos remontaremos a los primeros 70 años de este siglo, y especialmente después de la segunda Guerra Mundial, en donde el aumento de la información científica y de la tecnología hizo que la medicina se fragmentara en una serie de áreas parciales de conocimiento y que surgieran profesionales dedicados exclusivamente a segmentos, lo que constituyo el inicio de las de las diferentes especialidades medicas, como la medicina interna, la cirugía, la pediatría y la gineco-obstetricia.

El desarrollo de la Medicina Familiar coincidió con el declive de la práctica de la medicina general, debido por una parte, al gran auge que adquiere la especialización y por otra parte, a la inadecuada formación que recibían los médicos en el campo de la medicina general. Esto llevó a la fragmentación de la atención de los problemas de salud de las personas, y a un aumento en los costos del sistema sanitario. El descontento de la población, que no veía solucionados sus problemas de salud, mas la preocupación de los planificadores en salud por el tema económico, los llevo a exigir la creación de un medico especializado en la atención sanitaria personalizada: el medico de familia. En 1967 la Medicina Familiar es reconocida como la vigésima especialidad médica americana. Años mas tarde se crea la comisión de acreditación, american board of family practice, encargada, en la actualidad, de la certificación y recertificacion de los especialistas norteamericanos y cuentan con la society of teachers of family medicine.

En Canadá, el desarrollo de la Medicina Familiar no fue muy distinto a lo que sucedió en EE.UU. y se remonta al año 1954 cuando se crea el college of general practice of Canadá, que años mas tarde fue sustituido por el college of family physicians of Canadá (CFPC). El principal objetivo que tuvo y tiene el CFPC es el mejoramiento de los estándares de educación y practica de la Medicina Familiar, en ese país, y la defensa de los valores y actitudes que hicieron surgir la especialidad. Actualmente en las 16 escuelas de medicina canadienses existen

departamentos de Medicina Familiar y la certificación y recertificación de los especialistas se hace en forma estricta y normada.

En Europa específicamente en Gran Bretaña, el Médico General (General Practitioner) nunca desapareció y ha logrado permanecer como elemento clave del servicio nacional de salud de ese país, a pesar de todos los cambios que han ocurrido en el mundo.

En España, en particular, se creó la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en 1978 y a partir de 1995 es obligatorio tener dicha especialidad para ejercer en el sistema público de ese país, siguiendo la directiva promulgada en 1986, por la Comunidad Europea, mediante la cual se obliga a todos los países miembros a dar formación postgraduada de al menos dos años a los médicos para poder trabajar como generalistas en el sistema público.

El término Medicina Familiar, dentro de la Comunidad Europea, sólo lo utiliza España y el resto de los países comunitarios prefieren utilizar la expresión de origen británico Practica General, para denominar la actividad del médico que atiende a toda la población con independencia de edad, sexo y tipo de enfermedad. En Europa se han organizado dos grupos importantes: la European Academy of Teacher of General Practice y el European Center of Research and Development in Primary Health Care para mantener criterios comunes en la formación y práctica de la Medicina Familiar.

En varios países asiáticos de la costa del Pacífico existe también formación en Medicina Familiar. La especialidad comenzó en Corea del Sur, Malasia, Singapur, Hong Kong, Taiwán y Filipinas; en Australia y Nueva Zelanda está firmemente asentada, y Rusia, India y China han comenzado a elaborar programas de docencia.

La especialidad también existe en Sudáfrica, Egipto y Nigeria. Hay una comisión árabe para la Medicina Familiar que supervisa la docencia en países como Arabia Saudita, Omán, Kuwait y Jordania. América Latina también cuenta con programas de residencia de Medicina Familiar en diversos países: Argentina, Bolivia, Uruguay, Paraguay, Venezuela, Colombia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, República Dominicana, Barbados, Puerto Rico y Panamá. Mención especial debemos hacer de Cuba y México, países donde esta especialidad lleva muchos años de desarrollo y donde los médicos de familia han desempeñado un importante papel en la atención sanitaria desde la década de los setenta.

Latinoamérica cuenta con un organismo, llamado Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) que agrupa las asociaciones nacionales de la especialidad, destinado a apoyar el desarrollo de la Medicina Familiar en la región. Además, en el caribe existe el Colegio Caribeño de Medicina Familiar que es una organización académica de los países de habla inglesa, fundado en 1989 con el apoyo de Canadá con capítulos en las catorce Islas del Caribe Anglófonas.

La práctica de la especialidad varía según los países y los sistemas de salud en EE.UU., Canadá y Nepal, los médicos familiares trabajan activamente en los hospitales, mientras que en Gran Bretaña y Latinoamérica la Medicina Familiar se ejerce fundamentalmente en Atención Primaria. Sin embargo, estas diferencias de práctica no alteran los fundamentos básicos de la especialidad, fundamentos que todos los médicos de familia del mundo comparten y que hacen posible reconocerlos donde quieran que trabajen.

2.4.3 Desarrollo de la Medicina Familiar en Chile

En Chile, la Medicina Familiar no ha sido impulsada por la presión de la gente ni por los planificadores de salud, sino más bien ha surgido desde el ámbito académico, en 1979 el Dr. Tannenbaum, en Rodelillo, Valparaíso, da comienzo a una experiencia asistencial voluntaria, apoyado por alumnos de las carreras de la salud, consistente en atender los problemas de salud de las personas en forma integral, multidisciplinaria y con enfoque biopsicosocial. En esta experiencia contó con el apoyo del Dr. Sergio Santibáñez, quien se mantiene fuertemente involucrado en el Modelo de Salud Familiar y el desarrollo de la especialidad en la Quinta región.

En Santiago, la Universidad de Chile en 1981, contando con el financiamiento de la fundación W.K.KELLOG, desarrolla un proyecto de transformación del Consultorio La Reina, de la comuna del mismo nombre, en un centro docente asistencial de salud familiar. Este centro, comienza a ser utilizado por los alumnos de pregrado como lugar de formación en los problemas prevalentes de la consulta medica ambulatoria. En este proceso fueron fundamentales los Doctores Roberto Barna e Iván Concha, ambos médicos generales de zona urbanos en el Consultorio La Reina, los cuales sirvieron de modelo para los alumnos en el quehacer del Médico General.

Ese mismo año, la Dra. Isabel Segovia, Médico recién egresada con el mejor puntaje de su promoción, plantea a la Universidad de Chile su deseo de formarse como especialista en Medicina Familiar. La Universidad de Chile, que había iniciado la experiencia de docencia en Medicina Familiar en pregrado, abre ese año dos becas para postgrado en el mismo centro docente asistencial. Las becas fueron obtenidas por los Drs. Isabel Segovia y Enrique Corvalan, este último académico de internado rural de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

El Médico tutor a cargo de los becados fue el Dr. Ramón Florenzan, Médico psiquiatra con experiencia en Medicina Familiar adquirida en EE.UU.; el programa estuvo enfocado a formar docentes en Medicina General Familiar, que sirvieran de modelo y dieran continuidad al impulso generado por eminentes salubristas y especialistas clínicos en la educación médica.

Surgió entonces una amplia discusión respecto del nombre de la especialidad y en el transcurso del primer año se le dio el nombre de Medicina General Familiar. Medicina General ya que buscaba formar un Médico General bien capacitado clínicamente, con enfoque familiar y comunitario, distinto del Médico integral de ese entonces y familiar, para darle la equivalencia internacional.

A esas alturas, tanto en Santiago como en Valparaíso, comienza a hablarse de Salud Familiar como nombre para la modalidad de atención que llevan a cabo los consultorios donde se desarrollan estas experiencias, haciéndose patente la necesidad de integración del resto del equipo de salud de trabajo.

La mayor dificultad para este grupo pionero, que comenzó a reunirse en la casa del Dr. Armando González B. Para analizar temas relacionados con la disciplina, fue la falta de concordancia de las políticas programáticas de salud de ese entonces, con el modelo de Salud Familiar y la especialidad. Estas políticas estaban enfocadas a la cantidad de prestaciones (FAPEM) y a lo curativo, en desmedro de la calidad y el enfoque preventivo, estos últimos pilares fundamentales de la Medicina Familiar.

De 1982 a 1986 se forman cuatro médicos especialistas. Entre 1987 y 1990, la escuela de Postgrado de la facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se aboca a reelaborar un nuevo programa de formación de especialistas en Medicina General Familiar, con algunos de los médicos formados anteriormente y Médicos de consultorios, entusiasmados con la idea.

En 1990 la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, comienza un nuevo periodo de formación de postgrado en la especialidad, buscando, en esta etapa, formar los futuros médicos familiares para la Atención Primaria de Salud del país. Se ofrecieron, en el primer año, cuatro cupos en el programa de formación de postgrado en Medicina General Familiar, a cargo del departamento de salud pública sur, actualmente departamento de medicina preventiva y comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Desde entonces dicho programa sigue ofreciendo cupos para formar especialistas en Medicina General Familiar.

En 1993, se sumaron a esta iniciativa la Pontificia Universidad Católica de Chile, con el programa de medicina general del adulto, y a la Universidad de la Frontera, con el programa de Medicina Familiar y Comunitaria. En 1994, la PUC. Sumó al programa anterior, el programa de Medicina General del Niño, reorganizando, en 1997, la formación bajo el programa de Medicina Familiar y Comunitaria.

En 1996 la Universidad de Concepción, la Universidad Austral y la Universidad de Valparaíso comenzaron con programas de postgrado en la especialidad. En 1997, se suman la Universidad de Santiago de Chile.

Por otra parte en 1991 los primeros médicos en formación, médicos docentes involucrados en el único programa de postgrado existente, y otros médicos interesados en fortalecer la Medicina Familiar, fundan la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General en nuestro país.

Por ultimo en 1999 se publica la Revista Chilena de Medicina Familiar y forma parte de la Confederación Iberoamericana de Asociaciones de Medicina Familiar (CIMF), también ofrece asesoría en el desarrollo del Modelo de Medicina Familiar a organizaciones gubernamentales y privadas del país.

Desde 1998, la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, esta impulsando el desarrollo de Centros de Salud Familiar a lo largo de todo el país (actualmente existe una treintena de ellos), para lo cual los Médicos Familiares

formados y los siete programas de formación de postgrado universitario han sido fundamentales para la capacitación del resto del equipo de salud involucrado en el proyecto. Además esto ha sido apoyado por el Ministerio de Salud con el programa de becas en el extranjero para profesionales y no profesionales del Estatuto de Atención Primaria (1998-1999) en países donde el modelo de Medicina Familiar esta inserto en el sistema de salud.

2.4.4 La Medicina Familiar en la Reforma de Salud Chilena

La Reforma de Salud en Chile, tema prioritario en la agenda del gobierno, surge como una respuesta a una necesidad sentida desde hace muchos años. En este proceso en marcha se visualiza una oportunidad para fortalecer la Atención Primaria, situándola como pieza clave para mejorar el nivel de salud de los chilenos.

Para abordar este tema, a continuación presentaremos las bases conceptuales y el tipo de reforma que el comité interministerial para la reforma de salud ha considerado, una descripción breve, junto con un análisis desde la Sociedad de Medicina Familiar, de los objetivos nacionales de salud 2000-2010(12), y los elementos centrales de la propuesta que la sociedad Chilena de Medicina Familiar ha elaborado y presentado a las autoridades sanitarias del país al respecto.

2.5 Bases Conceptuales para la Reforma

2.5.1 ¿Por qué la reforma?

1.- Se concibe a la salud como un producto del desarrollo de una sociedad, y mientras mas alto sea este ultimo, mayor tiene que ser el nivel de salud de la población de un país.

2.- El desafío de salud en el siglo 21 es complejo y abarca un conjunto de disciplinas y actividades, no solo la medicina, que permitan poner al servicio de las personas todos los avances que hacen posible prevenir y tratar las enfermedades o hacerlas menos incapacitantes y dolorosas. Hay mucho conocimiento no utilizado y que podría aliviar tanto dolor y sufrimiento. Debemos ser capaces de enfrentar ese desafío con la misma fuerza, decisión e inteligencia con que enfrentamos los problemas de salud del siglo 20 y que hoy nos permiten estar entre las naciones más avanzadas del mundo en estado de salud de nuestra población. Esta es una ventaja que no podemos desperdiciar y, en consecuencia, tenemos que actuar con decisión para hacer un nuevo diseño de nuestro sistema de salud para estar a la altura de la tarea que como país y como personas nos corresponde realizar.

3.- El sistema actual fue diseñado para enfrentar las enfermedades que eran frecuentes y graves durante la segunda mitad del siglo 20 y en especial las enfermedades infecciosas y los problemas de salud de madre y niño. Estos problemas en gran medida han sido superados y por esta razón se tiene una población más sana y que vive más años que en décadas anteriores.

4.- Sin embargo, nuestra sociedad no esta siendo ni equitativa ni solidaria en salud, como en otros campos, porque mientras alcanzamos resultados aparentemente favorables no estamos en una situación aceptable para nosotros, porque las cifras promedios esconden desigualdades inaceptables, que hacen, por

ejemplo que, haya chilenos que viven 10 años menos que otros, en razón de su condición social y económica.

5.- Un sistema de salud que permite que se produzcan disparidades tan importantes es un sistema que no está respondiendo a las necesidades de nuestra población.

6.- Por lo tanto, debemos ir a un profundo cambio de nuestro sistema de salud que recoja los desafíos de la modernidad y dé satisfacción a las expectativas de la gente.

2.5.2 ¿Qué Reforma?

1.- Queremos una reforma que ponga en primer lugar mantener sana a la población, no solo tratando enfermos, sino poniendo al servicio de ese objetivo una acción del estado que coordina los esfuerzos del sector público y privado para hacer de Chile un país saludable. Una reforma que garantice el pleno ejercicio del derecho a la salud de todos los chilenos y no discrimine por su capacidad de pago, una reforma que haga posible un tratamiento oportuno y eficaz de todos y cada uno de los chilenos, una reforma que suprima la inequidad.

2.- Queremos un modelo de salud anticipatorio, que señale cuales son los riesgos para sus objetivos nacionales de salud que permitan generar un esfuerzo nacional, no solo de los servicios de salud, sino de generar otros sectores, para evitar que esos riesgos se conviertan en enfermedad. Chile pudo en el pasado derrotar la mortalidad infantil, hoy tenemos que enfrentar otro tipo de enfermedades que también podemos derrotar.

3.- El sistema de atención de la salud debe ser cambiado de manera que sea eficaz y eficiente para las enfermedades que hoy día son más frecuentes, las

enfermedades crónicas y degenerativas que golpean a las personas de la tercera edad, que son una proporción cada vez mas mayor de nuestra población y que merecen que las sociedad les devuelva en respeto y cuidados lo que con tanto sacrificio le entregaron a ella.

2.5.3 Un sistema que sea capaz de:

Prevenir y curar las enfermedades mentales, que golpean sin discriminar a viejos y jóvenes y entre las cuales encontramos el flagelo de la adicción a alcohol y drogas, tan difícil de recuperar.

Un sistema que incorpore en forma sistemática la pesquisa de las enfermedades mas graves como el cáncer de modo de poder tratarlo antes que sea irreversible.

Un sistema que dé garantías a todos los chilenos que en la enfermedad tendrán el cuidado solidario de una sociedad que no abandona en el dolor a sus hermanos.

Un sistema que tenga una especial preocupación por los mas desfavorecidos que nacen, viven y trabajan en condiciones que facilitan la enfermedad y el desgaste prematuro de sus organismos, haciendo de la equidad un elemento base de la convivencia nacional para integrar a todas las personas al bienestar que nuestra sociedad puede generar para todos.

Garantizaremos a todos los chilenos, tengan un seguro de salud público o privado, igual acceso a prestaciones de salud de cobertura y calidad comparables. Para ello desarrollaremos formas de financiamiento solidario donde los ricos contribuyan a financiar a los pobres, los sanos a los enfermos y los jóvenes a los ancianos.

2.6 Objetivos Nacionales de Salud, Periodo 2000 - 2010 (12)

Se proponen tres órdenes de metas que han de considerarse en la propuesta que cada sociedad elabore:

2.6.1 (A) De Situación de Salud

- Mortalidad (Ej.: Infantil, perinatal, expectativa de vida, cardiovasculares, por cáncer y otras).
- Condiciones de salud (Enfermedades agudas o crónicas, lesiones, desordenes, embarazo).
- Funcionamiento humano (discapacidad).
- Bienestar (auto percepción del estado de salud).
- Indicadores compuestos (Esperanza de vida ajustada por discapacidad y otros).

2.6.2 (B) Determinantes No Médicos

- Comportamiento (dieta, tabaquismo, alcoholismo, actividad física, lactancia natural, violencia).
- Condiciones de vida y empleo (escolaridad, desempleo, pobreza, jornada laboral, riesgos del trabajo).
- Ambiente (condiciones del agua, aire, suelo, alimentos, viviendas y ambiente laboral).

2.6.3 (C) Sistema de Salud

- Respuesta a las expectativas de la población (respeto a las personas, orientación al usuario).
- Financiamiento justo (aportes acordes con la capacidad de pago y no de acuerdo a la capacidad de enfermar, protección contra costos inesperados, sistema de pago progresivo, etc.).

- Acceso (probabilidad de obtener atención médica cuando se requiere, por nivel de atención).
- Calidad (normas, acreditación de establecimientos y de recursos humanos, indicadores de calidad técnica).

Como estrategia para lograr los objetivos antes señalados, la Sociedad Chilena de Medicina Familiar cree que es fundamental potenciar un modelo de salud, cuyo eje sea la Atención Primaria basada en la Salud Familiar. Para ello, es perentorio contar con Centros de Salud Familiar adecuadamente implementados que reemplacen progresivamente a los actuales consultorios. En ellos los recursos humanos son de primera importancia. La implementación del modelo de salud familiar requiere de una adecuada capacitación. En este contexto, la presencia de Médicos Especialistas en Medicina Familiar y de otros profesionales especialistas en Salud Familiar es altamente relevante. El trabajo en equipos interdisciplinarios, la incorporación activa de la comunidad, el incremento progresivo de la resolutivez en el nivel local, el desarrollo de sistemas de gestión cada vez más eficientes con sistemas informáticos bien diseñados y actualizados, el trabajo en red e intersectorial y por supuesto, la adecuada coordinación entre los tres niveles de atención, son elementos de primera importancia para asegurar el éxito de esta propuesta. Los recursos materiales para facilitar todo lo anterior deben ser previstos.

Algunos componentes necesarios para poner en práctica el Modelo de Atención en Salud basado en el Enfoque Familiar:

2.6.4 Voluntad Política

La voluntad política es necesaria e importante, ya que una transformación a este nivel implica una definición política de la dirección del sistema y la disposición para afrontar los cambios profundos que conlleva tal decisión. Estos cambios significan la transformación del sistema hospitalocéntrico en un sistema centrífugo

que privilegie los servicios descentralizados, los Centros de Salud, la Atención Primaria, y la Medicina Familiar/Salud Familiar. El cambio significa una reingeniería del sistema de salud y del recurso humano cuantitativa y cualitativamente.

2.6.5 Marco Regulatorio

El marco regulatorio actual debe perfeccionarse y ampliarse, incorporando aquellas funciones que la experiencia ha demostrado son necesarias. Se debe acentuar el proceso de descentralización, pero asegurando al mismo tiempo los procesos y funciones que permitan la generación de un sistema integrado. Entre las definiciones que es necesario abordar, se encuentran los marcos que regulan el reconocimiento de las diferentes especialidades, sus formas de contratación, las políticas de incentivo para asegurar la permanencia, la distribución equitativa de los equipos en el conjunto del territorio.

2.6.6 Sistema de Salud

La propuesta que se entrega obtiene su más amplio desarrollo en un sistema de salud diseñado como una "red funcional". A partir de los establecimientos de Atención Primaria, se dibuja un conjunto de establecimientos que operan dentro del sistema de salud, definiendo tareas, responsabilidades, funciones de coordinación. En definitiva, se trata de diseñar redes que tengan como imagen objetivo el ser autosuficiente en el cuidado de la salud de las personas.

Como partes de estas redes, debieran ser incorporados los establecimientos como los COSAM, CRS, CDT, laboratorios, casas de reposo, organizaciones de la sociedad civil (agrupación de pacientes, grupos de autoayuda, etc.).

2.6.7 Equipos de Salud Familiar

El equipo es mas que la suma de sus integrantes; hay tareas como la planificación, evaluación, diagnostico de salud, etc., que requieren la interrelación de sus miembros, que por separado ninguno podría realizar. A esta característica se agrega la formación de todo el equipo en Salud Familiar. Además, se puede sumar a este equipo la red comunitaria como integrante imprescindible al momento de diseñar e implementar estrategias para la población.

Junto con una interacción horizontal, basada en el respeto a la persona y la función de cada uno, este equipo debe tener conocimiento común, aunque elemental en algunos casos, de Salud Pública, Atención Primaria y Salud Familiar. En este sentido la actualización permanente del personal es fundamental. Por ello, las actividades y funciones que el equipo de Salud Familiar debe realizar tienen que incluir: a) Atención de Salud (integradas o no en programas), Promoción, Prevención, Recuperación y Acción Curativa; b) Administración; c) Formativas; d) Investigación. Lo anterior contiene actividades que son indispensables para el soporte del modelo.

2.6.8 Centros de Salud de Atención Primaria

El Centro de Salud Familiar debe contar con:

2.6.8.1 (A) Recursos Físicos

De acuerdo a la literatura internacional sobre el tema, la recomendación actual es contar con Centros de Salud para no más de 20 a 25 mil habitantes, siendo lo optimo una cifra de 12.000 a 15.000 personas, lo que significa que en Chile debieran existir a lo menos 600 Centros de Salud de Atención Primaria, versus los 480 consultorios que existen en la actualidad. El tema no pasa por si deben o no

construirse los 120 consultorios que faltan teóricamente (probablemente en algún momento será necesario hacerlo), sino que pasa por cambiar el concepto imperante, de mega consultorios, por el de Centros de Salud más pequeños, con poblaciones asignadas menores, donde los equipos de salud trabajen sectorizados.

2.6.8.2 (B) Recursos Humanos

Dotación. El Médico Familiar, desde nuestra perspectiva, actúa como un catalizador para el resto del equipo de salud que ve en él los principios de la Salud Familiar aplicados al trabajo cotidiano. Él Médico Familiar puede estar acompañado de pediatras generales, internistas generales o médicos generalistas sin formación específica, formando equipos de salud sectorizados coordinados para solucionar los problemas de salud de la población a su cargo.

La dotación debe completarse además con otros profesionales, cuya participación resulta indispensable, como es el caso de las enfermeras, matronas, kinesiólogos, odontólogos, psicólogos, asistente social, nutricionista, técnicos paramédicos de enfermería.

2.6.9 Aplicación del Modelo

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, el Modelo de Atención basado en el Enfoque Familiar consiste básicamente en lo siguiente:

1.- Un Equipo de Salud asume la responsabilidad del cuidado de salud de un número definido de personas, las que se identifican mediante el proceso de inscripción, tanto en el sector público como en el privado. Debe existir libertad de elección para que las personas puedan decidir el equipo de salud que se hará responsable por su cuidado; se promueve la inscripción del grupo familiar y cada

persona sólo puede estar inscrita con un equipo de salud. La inscripción de las personas con un equipo formado por un médico especialista más otros profesionales pretende asegurar continuidad en la atención e integralidad en el abordaje de los problemas de salud.

2.- Cada Equipo de Salud se compromete a entregar un conjunto definido de prestaciones, contenidas en el plan de Salud Familiar, las que tendrán el carácter de básicas. Ello significa que por sobre estas prestaciones se podrán entregar otras que cada equipo estime como necesarias o adecuadas al logro de los objetivos sanitarios, cuyo financiamiento debe gestionar ante los organismos pertinentes. El Plan de Salud Familiar, a sugerencia de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar, debe ser definido por el Ministerio de Salud. Con relación al plan que hoy se está entregando, se sugiere incorporar algunas prestaciones, tales como:

Atención permanente, es decir, que los prestadores de nivel primario deban hacerse cargo de la atención de urgencia, con diferentes alternativas.

Atención del paciente postrado:

Paciente que vuelve a su domicilio después de ser dado de alta de un hospital.

Los Equipos de Salud que trabajen con este enfoque, debieran estar en condiciones de visitar en un plazo no mayor de 48 horas a todo paciente que haya estado hospitalizado, con el fin de ofrecer los cuidados de salud que el centro es capaz de brindar.

3.- Las personas que se inscriban con un Equipo de Salud serán informadas de los derechos que tienen respecto a las atenciones que pueden esperar del mismo, así como las condiciones en que dichas atenciones serán otorgadas.

4.- Para facilitar el acceso a prestaciones otorgadas normalmente por especialistas de nivel secundario o terciarios, cada equipo debe disponer de una cierta cantidad de recursos, definida en función del número de personas que esté a su cargo. Con dichos recursos podrán establecer contratos con otros prestadores para que estos otorguen las atenciones que se les soliciten y que sean consideradas prioritarias en función de los objetivos sanitarios. Los prestadores con los cuales los Equipos de Salud de la Atención Primaria podrán establecer contrato los cuales serán acreditados por el Ministerio de Salud.

5.- El Ministerio de Salud, a través de sus distintos organismos, debe ejercer la supervisión y acreditación de los equipos de salud, tanto de aquellos que entregan las atenciones contenidas en el plan de Salud Familiar como de aquellos que entregan las prestaciones de nivel secundario, reservándose el derecho de reconocer o no a cada equipo o institución en la medida que cumpla con los requisitos comunes en cuanto a calidad de los servicios y otras condiciones que se estimen como necesarias de asegurar.

6.- Se da nuevo impulso y orientación a los procesos de planificación y programación. Se reconoce a la planificación y a la programación como dos herramientas de gran valor en el quehacer sectorial, en la medida que permitan orientar el trabajo de la organización hacia el logro de los objetivos compatibles con los del sistema en su conjunto, al mismo tiempo que ayudan a mejorar la utilización de los recursos, haciendo explícitos los criterios de asignación, utilización y evaluación de los mismos.

Junto con revalorizar estas herramientas, se promueve un cambio en el uso de las mismas, entregándose a los equipos locales y/o a las entidades administradoras la facultad para decidir en todas aquellas materias que son propias de la gestión.

Limitándose el Ministerio de Salud, junto a sus organismos dependientes, a establecer, mediante los instrumentos técnicos disponibles, orientaciones que

faciliten la toma de decisiones a los encargados de efectuar la programación y la planificación. Sin embargo, el énfasis debe estar puesto en la obtención de resultados más que en las variables del proceso de obtención de los mismos.

La planificación y la programación son herramientas que deben desarrollarse al nivel de los prestadores ambulatorios de primer nivel o de Atención Primaria. De esta manera, junto a la posibilidad de influir en la entrega de prestaciones de especialistas, como se ha señalado anteriormente, estos prestadores pasan a constituir el eje del sistema en cuanto a su orientación.

7.- Los resultados a los que se comprometa cada prestador de atención acreditada, sea público o privado, serán explicitados y concordados anualmente mediante los Compromisos de Gestión, que surgirán como un producto del proceso de programación descrito en el punto anterior. En dichos compromisos se incorporaran, de manera consensuada y con el soporte técnico necesario, el o los indicadores que permitan evaluar el logro de aquellos. Al mismo tiempo, en el mismo instrumento se harán explícitos el o los incentivos a que tendrá derecho aquel equipo de salud que cumpla con las metas acordadas.

2.7 Aprobación del Programa de Salud Familiar

Finalmente el 15 de marzo de 2002 tras años de intento y en el contexto de la Reforma de Salud, el Ministerio del ramo envía una Resolución Exenta en donde aprueba el Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar en el Nivel Primario cuyo texto se refunde en lo siguiente:

La Reforma del Sector Salud busca consolidar un Sistema de Salud que de una respuesta adecuada a las necesidades sanitarias expresadas por la población, mediante la oferta de acciones de calidad que permitan asegurar mejores resultados de salud y satisfacción de los usuarios.

El Modelo de Atención con Enfoque Integral y Familiar, que se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, es uno de los pilares fundamentales para el logro del objetivo de la Reforma del Sector. Este desafío sectorial obliga a elevar la Atención Primaria, que es la que en mayor medida recoge y contribuye al cambio cultural y de modelo asistencial que se requiere.

La Atención Integral y Familiar necesita ser complementada con los enfoques biosicosocial y multidisciplinario, para así constituirse en la estrategia asistencial que responda de la manera mas efectiva a las necesidades de los individuos, ya que toma en consideración su historia vital y sus entornos familiar y ambiental, y desarrolla acciones en los ámbitos de la promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Este modelo contempla entre sus objetivos generar una nueva forma de articulación entre prestadores; orientar las acciones de acuerdo a las prioridades de salud del país, de la región y de la comuna; y asegurar a las personas el acceso oportuno a los cuidados de salud que necesite. Para ello, enfatiza en las intervenciones promocionales y preventivas, mas que en las recuperativas.

Para hacer operativo el Modelo en el Nivel Primario de Atención, se diseña el “Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar”.

El programa se implementa en un comienzo como plan piloto y contempla la acreditación como Centros de Salud Familiar (CESFAM) de aquellos Centros de Salud que cuenten con un Médico de Familia, o en su defecto, un Becado en Salud Familiar, y que cumplan con requisitos técnicos y de infraestructura establecidos previamente. Cada CESFAM debe otorgar a su población beneficiaria un conjunto de prestaciones, denominado Plan de Salud Familiar; debe implementar estrategias de gestión específicas; y esta sujeto a procedimientos de evaluación periódica y recertificación.

El programa contempla además el desarrollo de estrategias en la gestión de los recursos humanos, físicos y financieros en el nivel primario, a la vez que se complementa con la implementación de mecanismos de evaluación y análisis de resultados e impacto.

La gradualidad de la expansión del programa a nivel nacional estará sujeta al resultado de la evaluación global del mismo.

2.8 Clima Organizacional

El clima de una organización es uno de los aspectos más frecuentemente aludidos en el diagnóstico organizacional. Se trata de un tema que se plantea en la década de los sesenta, junto con el surgimiento del Desarrollo Organizacional y de la teoría de sistemas al estudio de las organizaciones.

No es raro que esto haya sido así. El concepto de clima (incluso por su connotación geográfica - atmosférica) permite ampliar las perspectivas de análisis desde una visión parcializada y reduccionista a una más global, que sea capaz de integrar el ambiente como una variable sistémica y que abarque fenómenos de suyo complejos desde una cesión también compleja.

La relación sistema - ambiente, propia de la teoría de los sistemas abiertos proveniente de la Teoría General de Sistemas, propuesta por Von Bertalanffy (1984) y enriquecida con aportes de la cibernética, ingresa con gran fuerza a la teoría organizacional en los años sesenta. Esta proposición - la de ver a los sistemas organizacionales en su relación con su entorno ambiental - encuentra acogida en una teoría de organizaciones que buscaban superar las comprensiones excesivamente mecanicistas de algunos enfoques y reduccionistas de los otros. Las perspectivas formalizantes de la Escuela Clásica, por otra parte,

habían encontrado acerbos críticas por parte de enfoques de corte psicológico-social, que tenían su origen en la Escuela de Relaciones Humanas.

Talcott Parsons, por su parte, había propuesto una teoría en que las organizaciones resultaban ser un subsistema de la sociedad y hacía un llamado de atención sobre las complejas vinculaciones institucionales de las organizaciones con la sociedad. Esta teoría proponía, además, un camino que permitiera integrar la personalidad, el sistema social organizacional y los niveles culturales. Esta integración podría producirse a través de los roles, los status y las expectativas, tomadas en consideración las orientaciones de la personalidad y las orientaciones normativas. Sin embargo, esta teoría no pudo ser adecuadamente comprendida y acogida, por cuanto el desafío del momento tenía un sentido eminentemente práctico y resultaba muy difícil para los investigadores de la época el realizar un esfuerzo de esa envergadura. Por esta razón, la propuesta Parsoniana no fue acogida, o lo fue muy marginalmente, como en el caso del trabajo de Katz y Kahn y el de Buckley.

En síntesis, el tema de Clima Organizacional surge en un momento en que se siente necesario dar cuenta de fenómenos globales que tienen lugar en organizaciones, desde una perspectiva holística, pero que al mismo tiempo sea lo suficientemente simples como para poder servir de orientación a trabajos prácticos de intervención en las organizaciones, como lo desea el Desarrollo Organizacional.

2.8.1 El Concepto de Clima Organizacional

Dado que el tema del Clima Organizacional se plantea desde la necesidad sentida de enfrentar los fenómenos organizacionales en la globalidad, la definición del concepto de clima se compone de un grupo de variables que en conjunto ofrecen una visión global de la organización.

En este sentido, el concepto de clima remite a una serie de aspectos propios de la organización. Se trata de un concepto multidimensional, a diferencia de otros que están referidos a procesos específicos que tienen lugar en la organización, tales como el poder, el liderazgo, el conflicto o las comunicaciones.

Debido a esta multidimensionalidad, se ha llegado a sostener que el clima de una organización constituye la "personalidad" de ésta, debido a que, así como las características personales de un individuo configuran su personalidad, el clima de una organización se conforma a partir de una configuración de características de ésta.

A pesar de esta globalidad del concepto de clima, y a pesar de haber surgido a partir de una comprensión de la organización como un sistema abierto, el clima de una organización es entendido habitualmente como medio interno, vale decir, en él se pone atención a variables y factores internos de la organización y no a los factores del entorno en que la organización se encuentra inmersa.

Por otra parte, a pesar que el estudio del Clima Organizacional se encuentra enfocado a la comprensión de las variables ambientales internas que afectan el comportamiento de los individuos en la organización, su aproximación a estas variables es a través de la percepción que los individuos tienen de ellas.

Las variables consideradas en el concepto de clima organizacional son:

Variables del ambiente físico, tales como espacio físico, condiciones de ruido, calor, contaminación, instalaciones, maquinas, etc.

Variables estructurales, tales como tamaño de la organización, estructura formal, estilo de dirección, etc.

Variables del ambiente social, tales como compañerismo, conflictos entre personas o entre departamentos, comunicaciones, etc.

VARIABLES PERSONALES, tales como aptitudes, actitudes, motivaciones, expectativas, etc.

VARIABLES PROPIAS DEL COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL, tales como productividad, ausentismo, rotación, satisfacción laboral, tensiones y stress, etc.

Todas estas variables configuran el clima de una organización, a través de la percepción que de ellas tienen los miembros de la misma.

El concepto de Clima Organizacional, en consecuencia, se refiere a las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales que afectan a dicho trabajo. Se relaciona, también, con el concepto de Salud Mental de los individuos, entendido como la capacidad de una persona para sentirse bien consigo misma, respecto a los demás, y ser capaz de enfrentar por sí misma las exigencias de la vida. Finalmente, se define como la cualidad o propiedad del ambiente organizacional que experimentan los miembros de la organización e influye en su comportamiento.

Como se puede ver, el concepto habitual de clima hace referencia con variables situacionales, pero medidas por las percepciones de los miembros de la organización. Dada nuestra definición de la organización como un sistema autopoietico de decisiones, los miembros de la organización no constituyen los elementos del sistema organizacional, sino parte de su ambiente: su ambiente interno. El clima, en esta perspectiva, ha de ser entendido como el conjunto de apreciaciones que los miembros de la organización tienen de su experiencia en y con el sistema organizacional. Estas apreciaciones constituyen una afirmación evaluativa, una explicación valorativa de la experiencia organizacional de los miembros del sistema.

2.8.2 Formas de Clima Organizacional

Existen diversas teorías que han tipificado los climas organizacionales que pueden producirse en diferentes configuraciones de las variables que conforman el concepto:

Según May (1996), "El Clima Organizacional se define como un conjunto de propiedades del ambiente laboral, percibidas directamente o indirectamente por los empleados que se supone son una fuerza que influye en la conducta del empleado".

Brow y Moberg (1990), "Manifiestan que el clima se refiere a una serie de características del medio ambiente interno organizacional tal y como lo perciben los miembros de esta".

Dessler (1993), "Plantea que no hay un consenso en cuanto al significado del término, las definiciones giran alrededor de factores organizacionales puramente objetivos como estructura, políticas y reglas, hasta atributos percibidos tan subjetivos como la cordialidad y el apoyo".

En función de esta falta de consenso, el autor ubica la definición del término dependiendo del enfoque que le den los expertos del tema; el primero de ellos es el enfoque estructuralista, en este se distinguen dos investigadores Forehand y Gilmer, estos investigadores definen el clima organizacional como "... el conjunto de características permanentes que describen una organización, la distinguen de otra e influye en el comportamiento de las personas que la forman".

El segundo enfoque es el subjetivo, representado por Halpin y Crofts, definieron el clima como "... la opinión que el empleado se forma de la organización".

El tercer enfoque es el de síntesis, el más reciente sobre la descripción del término desde el punto de vista estructural y subjetivo, los representantes de este enfoque son Litwin y Stringer, para ellos el clima son "...los efectos subjetivos percibidos del sistema, forman el estilo informal de los administradores y de otros factores ambientales importantes sobre las actividades, creencias, valores y motivación de las personas que trabajan en una organización dada".

Water (1993), representante del enfoque de síntesis relaciona los términos propuestos por Halpins, Crofts y Litwin y Stringer a fin de encontrar similitudes y define el término como "...las percepciones que el individuo tiene de la organización para la cual trabaja, y la opinión que se haya formado de ella en términos de autonomía, estructura, recompensas, consideración, cordialidad, apoyo y apertura".

Del planteamiento presentado sobre la definición del término Clima Organizacional, se infiere que el clima se refiere al ambiente de trabajo propio de la organización.

Dicho ambiente ejerce influencia directa en la conducta y el comportamiento de sus miembros. En tal sentido se puede afirmar que el clima determina la forma en que el trabajador percibe su trabajo, su rendimiento, su productividad y satisfacción en la labor que desempeñan.

Podemos observar que existen varios elementos que son considerados en común por los diferentes autores, de los cuales se puede rescatar que:

El clima se refiere a las características del medio ambiente de trabajo.

Las características son percibidas directa o indirectamente por las personas que componen el medio ambiente.

Estas tienen repercusión en el comportamiento del trabajo.

El clima es un fenómeno que media entre los factores del sistema organizacional, comportamiento individual y características de la organización relativamente permanentes en el tiempo las que las hacen diferenciar a una organización de otra.

Sobre la base de este análisis podemos inferir que:

La forma en que los empleados ven la realidad y la interpretación que de ella hacen, reviste una vital importancia para la organización. Las características individuales de un trabajador actúan como un filtro a través del cual los fenómenos objetivos de la organización y los comportamientos de los individuos que la conforman son interpretados y analizados para constituir la percepción del clima en la organización.

Si las características psicológicas de los trabajadores, como las actitudes, las percepciones, la personalidad, los valores y el nivel de aprendizaje sirven para interpretar la realidad que los rodea, estas también se ven afectadas por los resultados obtenidos en la organización, de esto se infiere entonces que el clima organizacional es un fenómeno circular en el que los resultados obtenidos por las organizaciones condiciona la percepción de los trabajadores, que como bien quedó explícito en las definiciones condicionan el clima de trabajo de los empleados.

2.8.3 El Clima Organizacional según Rensis Likert

Likert, sostiene que en la percepción del Clima de una Organización influyen variables tales como la estructura de la organización y su administración, las reglas y normas, la toma de decisiones, etc. Estas son variables causales. Otro grupo de variables son intervinientes y en ellas se incluyen las motivaciones, las actitudes, la comunicación. Finalmente, Likert indica que las variables finales son dependientes de las dos anteriores y se refieren a los resultados obtenidos por la organización.

En ellas, se incluyen la productividad, las ganancias y las pérdidas logradas por la organización. Estos tres tipos de variables influyen en la percepción del clima, por parte de los miembros de una organización. Para Likert es importante que se trate de la percepción del clima, más que del clima en sí, por cuanto él sostiene que los comportamientos y actitudes de las personas son una resultante de sus percepciones de la situación y no de una situación objetiva.

Esta posición sustentada por Likert es consistente con el tan conocido teorema de Thomas: "Lo que los hombres definen como real, se torna en sus consecuencias".

También puede ser suscrita por una aproximación metodológica como la propuesta aquí, dado que es la experiencia de los miembros de la organización lo que resulta central en la determinación de lo que es el clima de una organización.

No tiene sentido, por lo tanto, hablar de un Clima Organizacional si éste no es estimado desde la experiencia de los hombres que pertenecen a la organización, los que con sus decisiones dan vida a la organización, que con sus acciones determinan un cierto clima y en sus experiencias, lo vivencian.

A partir de diferentes configuraciones de variables, Likert llega a tipificar cuatro tipos de sistemas organizacionales, cada uno de ellos con un clima particular. Estos son:

Sistema I: Autoritario. Este tipo de sistema se caracteriza por la desconfianza. Las decisiones son adoptadas en la cumbre de la organización y desde allí se difunden siguiendo una línea altamente burocratizada de conducto regular. Los procesos de control se encuentran también centralizados y formalizados. El clima en este tipo de sistema organizacional es de desconfianza, temor e inseguridad generalizados.

Sistema II: Paternal. En esta categoría organizacional, las decisiones son también adoptadas en los escalones superiores de la organización. También en este

sistema se centraliza el control, pero en él hay una mayor delegación que en el caso del Sistema I. El tipo de relaciones característico de este sistema es paternalista, con autoridades que tienen todo el poder, pero concede ciertas facilidades a sus subordinados, enmarcadas dentro de límites de relativa flexibilidad. El clima de este tipo de sistema organizacional se base en relaciones de confianza condescendiente desde la cumbre hacia la base y la dependencia desde la base a la cúspide jerárquica. Para los subordinados, el clima parece ser estable y estructurado y sus necesidades sociales parecen estar cubiertas, en la medida que se respeten las reglas del juego establecidas en la cumbre.

Sistema III: Consultivo. Este es un sistema organizacional en que existe un mucho mayor grado descencentralización y delegación de las decisiones. Se mantiene un esquema jerárquico, pero las decisiones específicas son adoptadas por escalones medios e inferiores. También el control es delegado a escalones inferiores. El clima de esta clase de organizaciones es de confianza y hay niveles altos de responsabilidad.

Sistema IV: Participativo. Este sistema se caracteriza porque el proceso de toma de decisiones no se encuentra centralizado, sino distribuido en diferentes lugares de la organización. Las comunicaciones son tanto verticales como horizontales, generándose una partida grupal. El clima de este tipo de organización es de confianza y se logra altos niveles de compromiso de los trabajadores con la organización y sus objetivos. Las relaciones entre la dirección y los trabajadores son buenas y reina la confianza en los diferentes sectores de la organización.

Para poder hacer una evaluación del Clima Organizacional basada en la teoría anteriormente planteada, su autor diseño un instrumento que permite evaluar el clima actual de una organización con el clima ideal.

El trabajo del Likert ha tenido gran influencia en el estudio de los Climas Organizacionales. Incluso su cuestionario sigue teniendo bastante aplicación en

trabajo de consultoría. Interesante resulta ser que su definición de los diferentes sistemas y de las variables que influyen en el clima de una organización, han sido acogidas por la literatura especializada, de tal manera que en prácticamente toda ella, se hace referencia a factores tales como grado de participación, formas de control, estilo de manera, formas de comunicación, modos de toma de decisiones, grado de centralización, existencia de confianza o desconfianza, existencia de la organización informal, etc.

2.8.4 Instrumentos para Medir el Clima Organizacional

Existen cuestionarios como el de Litwin y Stringer en el que se presentan una gama de variables organizacionales como la responsabilidad individual, la remuneración, el riesgo y toma de decisiones, apoyo y tolerancia al conflicto.

El cuestionario desarrollado por Pritchard y Karasick se basa en once dimensiones: Autonomía, conflicto y cooperación, relaciones sociales, estructura, remuneración, rendimiento, motivación, status, centralización de la toma de decisiones y flexibilidad de innovación.

El cuestionario de Halpin y Crofts basado en ocho dimensiones, las cuales fueron determinadas a través de un estudio realizado en una escuela pública, de esas ocho dimensiones, cuatro apoyaban al cuerpo docente y cuatro al comportamiento del Director; estas dimensiones son: desempeño, implicación del personal docente en su trabajo, obstáculos; sentimiento del personal docente al realizar las tareas rutinarias, intimidad: percepción del personal docente de relacionado con la posibilidad de sostener relaciones amistosas con sus iguales; espíritu: satisfacción de las necesidades sociales de los docentes; actitud distante: comportamientos formales e informales del director donde prefiere atenerse a las normas establecidas antes de entrar a una relación con sus docentes; importancia de la producción; comportamientos autoritarios y centrados en la tarea del director; confianza, esfuerzos del director para motivar al personal docente y consideración:

Referido al comportamiento del director que intenta tratar al personal docente de la manera mas humana.

Likert diseño su cuestionario considerando aspectos como:

(A) método de mando: manera en que se dirige el liderazgo para influir en los empleados;

(B) características de las fuerzas motivacionales: estrategias que se utilizan para motivar a los empleados y responder a las necesidades;

(C) características de los procesos de comunicación referido a los distintos tipos de comunicación que se encuentran presentes en la empresa y como se llevan a cabo;

(D) características del proceso de influencia referido a la importancia de la relación supervisor – supervisado para establecer y cumplir los objetivos;

(E) características del proceso de toma de decisiones; Pertenencia y fundamentación de los insumos en los que se basan las decisiones así como la distribución de responsabilidades;

(F) características de los procesos de planificación: estrategia utilizada para establecer los objetivos organizacionales;

(G) características de los procesos de control, ejecución y distribución del control en los distintos estratos organizacionales;

(H) objetivo de rendimiento y perfeccionamiento referidos a la planificación y formación deseada.

El instrumento desarrollado por Likert busca conocer el estilo operacional, a través de la medición de las dimensiones ya citadas.

La metodología para aplicar el instrumento está fundamentada en presentar a los participantes varias opciones por cada concepto, donde se reflejará su opinión en relación a las tendencias de la organización (ambiente autocrático y muy estructurado o más humano y participativo).

Los aspectos que componen el continuo de opciones se denominan sistemas I, II, III, IV, que a continuación se explican brevemente:

Sistema I (Explotador – Autoritarismo), se basa en los conceptos de gerencia de la teoría X de MacGregor y su liderazgo directivo.

Sistema II (Benevolente – Autoritario), relación directa subordinado – líder, donde el subordinado está relativamente alejado de otros asuntos, relaciones con el trabajo, ya que el énfasis está en la relación uno – uno (supervisor – supervisado).

Sistema III (Consultivo), liderazgo participativo donde el líder consulta con su gente a nivel individual para proceder a tomar decisiones.

Sistema IV (Participativo o de Grupos Interactivos), basado en la teoría de MacGregor donde se hace énfasis en la interacción de equipos en todos los procesos críticos de la organización.

El modelo de Likert es utilizado en una organización que cuentan con un punto de partida para determinar (a) el ambiente que existe en cada categoría; (b) el que debe prevalecer; (c) los cambios que se deben implantar para derivar el perfil organizacional deseado.

De los modelos presentados para medir el Clima Organizacional, se infiere que las dimensiones utilizadas por los distintos instrumentos varían de un autor a otro y en algunos casos se reafirman entendiéndose que existen dimensiones comunes para la medición del clima organizacional. Sin embargo lo que debe asegurarse el especialista que trabaje con la medición del clima organizacional, es que las dimensiones que incluya su instrumento estén acorde a las necesidades de la realidad organizacional y a las características de los miembros que la integran,

para que de esta manera se pueda garantizar que el Clima Organizacional se delimitará de una manera precisa.

Para los efectos de esta investigación se tomará como punto de referencia la teoría de Likert, por contener las herramientas y los elementos más explícitos, encontrados en la revisión bibliográfica sobre el Clima Organizacional.

Las variables elegidas en esta investigación son, Liderazgo, Comunicación, y Relaciones Interpersonales, que forman parte de las investigaciones realizadas por nuestro autor, en las cuales señala que existe una relación de causa - efecto entre las variables que conforman el Clima Organizacional, produciéndose un efecto de cascada, en donde la resultante de cada variable va a estar dado desde la cumbre, es decir, el tipo de liderazgo asumido por los directivos, definiendo de esta forma variables causales dentro de las cuales estarían el tipo de liderazgo, variables intervinientes, donde encontramos las comunicaciones y las variables finales que son el resultado de las dos variables mencionadas y que dan cuenta de la percepción del Clima Organizacional.

2.9 Metodología de la Investigación

2.9.1 Hipótesis

La Hipótesis para nuestra investigación es: "El Clima Organizacional del Consultorio Edgardo Enríquez Fröedden, se correlaciona positivamente con la puesta en marcha del Modelo de Salud Familiar".

Nuestra Definición de variables es la siguiente:

- Independiente es el Modelo de Salud Familiar
- Dependiente es el Clima Organizacional.

La investigación desarrollada pertenece al modelo de estudio descriptivo, que según Ander-Egg, son "Investigaciones que consisten en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores".

Además de ello, la investigación ocupa un modelo de monitoreo, para captar la evolución del clima organizacional, en dos momentos. Lo cual, permite tener una visión dinámica de la relación de variables.

Para desarrollar la siguiente investigación se tomó en cuenta el estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos. La originalidad del estudio se refleja en el enfoque, criterios, conceptualizaciones, reflexiones, conclusiones y en general en el pensamiento de los autores.

Con la información obtenida se busca responder las preguntas directrices definidas, logrando así validarlas o refutarlas según sea el caso.

Los funcionarios que se consideraron en el estudio son, Profesionales (Médicos, Matronas, Enfermeras), Técnicos Paramédicos, Administrativos y Auxiliares.

El universo de los trabajadores en el Centro de Salud es de 64 (100%). En un primer momento la intención fue realizar una encuesta que incluya a todo el personal, pero finalmente la muestra estuvo conformada por 53 funcionarios, a los cuales se les distribuyó un cuestionario de 28 preguntas.

2.9.2 Duración de la Investigación

El estudio se realizó durante los meses de Marzo a Septiembre del 2003. Se inició en Marzo con la observación directa y el análisis de todos los documentos institucionales; En Abril se aplicó la primera encuesta, posteriormente y luego de tres meses (Julio) se aplica el segundo cuestionario, finalmente se realiza el análisis y tabulación de la información obtenida.

CAPITULO 3: “DEFINICION DE VARIABLES”

3.1 Variable Liderazgo

El liderazgo es necesario en todos los tipos de organización humana, principalmente en las empresas y en cada uno de sus departamentos. Es también esencial en las demás funciones de la administración porque el administrador necesita conocer la motivación humana y saber conducir a las personas, esto es, ser líder.

“Liderazgo es la influencia interpersonal ejercida en una situación, orientada a la consecución de uno o diversos objetivos específicos mediante el proceso de comunicación humana” (R. Tannenbaum, I. Weschler y F. Massarik, 1970).

El liderazgo, fenómeno social que ocurre exclusivamente en grupos sociales, debe ser analizado en función de las relaciones interpersonales en determinada estructura social y no del examen de una serie de características individuales (Cecil A. Giba, 1954).

Debe distinguirse entre el concepto de liderazgo como cualidad personal (combinación especial de características personales que hacen de un individuo un líder) y el de liderazgo como función (derivado de una distribución de la autoridad para tomar decisiones dentro de una empresa): “El grado de cualidades de liderazgo demostradas por un individuo depende no solo de sus propias características, sino también de las características de las situaciones en que se encuentra”. (Alex Babelas, 1967). El comportamiento del líder (que involucra funciones como planear, informar, evaluar, arbitrar, controlar, recompensar, estimular, personalizar, etc.) debe ayudar al grupo a alcanzar sus objetivos; en otras palabras, a satisfacer sus necesidades. Así, el individuo que pueda dar mayor asistencia y orientación al grupo (seleccionar o ayudar al grupo a

seleccionar las mejores alternativas para sus problemas) para que alcance un estado satisfactorio, tiene mayores posibilidades de ser considerado su líder. En consecuencia, el liderazgo es un asunto de reducción de la incertidumbre del grupo. El comportamiento que ayuda a conseguir esa reducción es la selección. El liderazgo es “un proceso continuo de selección que permite a la empresa avanzar hacia su meta, a pesar de todas las perturbaciones internas y externas”. (Ibíd.). Desde este punto de vista, el liderazgo es una cuestión de toma de decisión del grupo.

La relación entre líder y subordinados se basa en tres generaciones, a saber (Irving Knickerbocker):

- a) La vida de cada individuo puede verse como una lucha continua por satisfacer necesidades, aliviar tensiones y mantener el equilibrio.
- b) En nuestra cultura, la mayor parte de las necesidades individuales se satisface a través de las relaciones con otros individuos o con grupos de individuos.
- c) Para cualquier individuo, el proceso de relación con otros individuos es un proceso activo y no pasivo de satisfacción de necesidades.

En otras palabras, el individuo no espera pasivamente que la relación capaz de proporcionarle los medios de satisfacer una necesidad ocurra de manera natural, sino que busca las relaciones adecuadas para lograrlo o utiliza las que ya existen, con el fin de satisfacer sus necesidades personales.

Según esta concepción, “el liderazgo, que depende de las necesidades existentes en determinada situación, es una relación entre un individuo y un grupo”.

Este concepto de liderazgo se basa en una relación funcional que solo existe cuando un grupo percibe que un líder posee o controla los medios para satisfacer sus necesidades; por lo tanto, seguirlo puede constituir para el grupo un medio de

aumentar la satisfacción de sus necesidades o de evitar su disminución. El líder se ve como un medio para conseguir objetivos deseados por un grupo. El grupo puede seleccionar, elegir o aceptar con espontaneidad un líder porque éste posee y controla los medios (habilidad personal, conocimiento, dinero, relaciones, propiedades, etc.) que el grupo desea utilizar para alcanzar sus objetivos; es decir, para aumentar la satisfacción de sus necesidades.

En una reseña de lo escrito acerca del liderazgo, Hersey y Blanchard exponen que “el liderazgo es el proceso de ejercer influencia sobre un individuo o un grupo de individuos que se esfuerzan por lograr sus objetivos en determinada situación. De esa definición, se concluye que el proceso de liderazgo es una función del líder, del seguidor y de las variables de la situación.

Si el liderazgo es una influencia interpersonal, conviene aclarar lo que significa influencia. La influencia es una fuerza psicológica, “una transacción interpersonal en la cual una persona actúa con la intención de modificar el comportamiento de otra”.

Finalmente podemos concluir que:

El liderazgo es la capacidad de dirigir a un grupo hacia una meta posible y valiosa, aprovechando y explotando al máximo la inteligencia del equipo, influyendo en su comportamiento y logrando que esto se haga con entusiasmo y compartiendo coherentemente una visión de futuro.

El liderazgo implica establecer una dirección, delegando tareas y orientando el trabajo, alinear a la gente desarrollando una red humana, motivar e inspirar a la gente y sobre todo transmitir claramente la misión y la visión de la organización.

3.2 Variable Comunicación

La comunicación implica intercambios realizados por las personas. Davis la define como "el proceso de transmitir información y comprensión entre dos personas". En esencia, es un puente de significados entre las personas. Toda comunicación necesita al menos dos personas: la que envía un mensaje y la que lo recibe. Una persona sola no puede establecer comunicación, puesto que el acto de comunicarse solo se puede completar cuando existe un receptor. La comunicación se logra mediante un proceso que consta de 5 elementos:

1. Emisor o fuente: persona, cosa o proceso que emite el mensaje;
2. Transmisor o codificador: equipo que conecta la fuente con el canal, es decir, que codifica el mensaje emitido por la fuente hacia el canal;
3. Canal: parte del sistema que se refiere a la conducción del algún mensaje entre puntos físicamente distantes;
4. Receptor o decodificador: equipo situado entre el canal y el destino; decodifica el mensaje;
5. Destino: persona, cosa o proceso hacia el que se envía el mensaje.

Por lo general, el proceso de comunicación funciona como un sistema abierto en que ocurren ciertos ruidos, es decir, una perturbación que tiende a distorsionar, desfigurar o alterar los mensajes transmitidos. Cuando esto ocurre se producen interferencias que provocan alteraciones en su funcionamiento.

El proceso de comunicación puede estudiarse matemáticamente, no desde el punto de vista determinista, sino del de la probabilidad, ya que no toda señal emitida por la fuente cumple el proceso hasta llegar a su destino sin modificarse.

La señal puede experimentar pérdidas, mutilaciones, distorsiones y también sufrir ruidos, interferencias, vacíos e inclusive amplificaciones y desvíos. El rumor es un ejemplo característico de distorsión, amplificación y desviación de la comunicación.

En un sistema de comunicación, toda fuente de error o de distorsión está incluida en el concepto de ruido. Una información ambigua o que induzca a error contiene ruidos necesariamente. En una conversación telefónica, por ejemplo, el ambiente bullicioso, las interferencias, los entrecruzamientos de líneas, las interrupciones y la imposibilidad de ver al interlocutor se toman como ruidos. De ahí la necesidad de recurrir a la repetición o redundancia para superar tales ruidos. La comunicación interpersonal también puede ser afectada por otros tipos de obstáculos o barreras, que son:

- A) Ideas preconcebidas.
- B) Rechazo de información contraria.
- C) Significados personalizados.
- D) Motivación, interés.
- E) Credibilidad de la fuente.
- F) Habilidad para comunicarse.
- G) Clima Organizacional.
- H) Complejidad de los canales.

Las barreras de comunicación pueden ser de naturaleza técnica, semántica y humana.

TECNICAS	SEMANTICAS	HUMANAS
<ul style="list-style-type: none"> • Espacio o Distancia • Fallas Mecánicas • Vacíos de tiempo • Interferencias físicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretación de palabras • Decodificación de gestos • Traslación de lenguaje • Significados de signos y símbolos • Sentido de los recuerdos 	<ul style="list-style-type: none"> • Variaciones de percepción • Diferencias de sensibilidad • Variables de personalidad • Discrepancias de competencias • Limite sensorial

Uno de los grandes desafíos de la ARH es resolver el problema de la comunicación entre la organización y sus miembros, y viceversa.

3.2.1 Comunicación Interpersonal:

La comunicación interpersonal constituye el área más importante cuando se estudian las interacciones humanas y los métodos de aprendizaje del cambio de comportamiento o de la influencia en el comportamiento de las personas; es un área en la cual el individuo puede hacer mucho para mejorar su eficacia y en la cual se presentan mayores conflictos y malentendidos entre dos personas, entre miembros de un grupo, entre grupos y aun en la organización como sistema.

Existe una estrecha relación entre motivación, percepción y comunicación. La comunicación entre personas esta determinada por la percepción que tengan de si mismas y de las demás en determinada situación, y por la percepción de la importancia del momento, expresada desde el punto de vista de la motivación (objetivos, necesidades, defensas). La idea comunicada se relaciona íntimamente con las percepciones y motivaciones tanto del emisor como del destinatario, en un contexto situacional específico.

3.3 Variable Relaciones Interpersonales

Las relaciones interpersonales consisten en la interacción recíproca entre dos o más personas. Involucra los siguientes aspectos: la habilidad para comunicarse efectivamente, el escuchar, la solución de conflictos y la expresión auténtica de uno / una.

Las destrezas para las relaciones son aquellas de orden social y emocional que promueven la habilidad para comunicarse clara y directamente, escuchar atentamente, resolver conflictos y expresarse de manera honesta y auténtica.

Los cinco procesos fundamentales son:

Percepción

Proceso mediante el cual, las personas organizan e interpretan información a fin de dar significado y posibilidad de comprensión a su mundo. La percepción aporta la materia prima necesaria para los procesos del pensar, sentir y actuar. En el proceso perceptivo, también influyen significativamente los valores y creencias, los pensamientos y el mundo de la acción.

Pensamientos y Sentimientos

Es pensamiento el que analizará, evaluará y emitirá un juicio sobre lo que nos afecta, como también planeará conductas complejas y organizará las acciones de acuerdo a la información con la que contamos.

Los análisis que realizamos y los juicios que emitimos no pueden tener más valor que aquel que posee la información sobre la que se basan.

Intencionalidad y Objetivos

Por las intenciones nos dirigimos hacia las metas que nos fijamos.

Los objetivos son aquellas metas que concretan lo que los deseos e intenciones buscan alcanzar, son metas específicas, claras, retadoras, constituyen el "activador" de la conducta.

Los objetivos son la fuente principal de la motivación en el trabajo. Ellos definen un camino, orientan decisiones, informan de nuestro progreso.

Cuando no hay objetivos claros se corre el riesgo de llegar a un resultado no deseado.

Acción

Es hacer basado en la percepción, en los sentimientos, en el pensamiento y en una intencionalidad consciente que se expresa en objetivos.

Las características de las relaciones interpersonales saludables son:

Honestidad y Sinceridad

Libre de mentiras e hipocresía. Nos permite explorar los límites sociales y propone la posibilidad de contrastar nuestras verdades con las de los demás.

Respeto y Afirmación

Fomenta la libertad mutua, que permite la creación del espacio psicológico y social en el que se desarrolla la visión de las cosas, de uno y de los demás.

Compasión

Las relaciones compasivas se relacionan con la capacidad humana de sentir-con, es decir, de identificarse con el otro, de ponerse psicológica en el lugar del otro.

Comprensión y Sabiduría

Es la realización integral llevando a cabo la actividad de inteligencia interpersonal desde la compasión, el respeto a la libertad, la honestidad y la sinceridad

Cuando hay una relación interpersonal eficiente se produce lo siguiente:

- Satisfacción
- Autenticidad
- Empatía
- Compañerismo
- Efectividad

Cuando hay una relación interpersonal deficiente se produce lo siguiente:

- Frustración
- Ansiedad
- Enojo
- Agresividad
- Actitud negativa
- Deserción o despido del empleo.

Etapas de una relación interpersonal insatisfecha:

- Cooperación
- Desquite
- Dominación
- Aislamiento

Cooperación: Las relaciones interpersonales comienzan en la etapa de cooperación con el deseo de cumplir necesidades complementarias.

Una persona sola no puede mantener cooperación y confianza mutua en la relación. Las personas involucradas tienen que trabajar para lograrlo.

Para mantener una relación fuerte, saludable y dinámica, se ha de estar alerta a las necesidades cambiantes dentro de la relación.

Desquite: Cuando perdemos de vista de que somos "socios" en nuestras relaciones, entonces tomamos el primer paso de salir de una relación de cooperación y permitimos una actitud de venganza hacia la persona que no está cumpliendo nuestras necesidades.

Dominación y Aislamiento: Las personas dominadas sacan tres conclusiones antes de optar por el aislamiento:

- Debido al sentir de rechazo y auto-compasión, concluyen que la otra persona no se preocupa por sus necesidades. Ven al dominador como totalmente egoísta y no como un socio en la relación. Están convencidos de que no se dará consideración a su creatividad, ideas y sentimiento.
- Concluyen que no tienen que perdonar a la otra persona. Han absorbido tantas heridas que se sienten más agredidas que agresor. Ya ha pasado el límite de aguante.
- Concluyen que no se van a cumplir con sus necesidades. Ya no hay esperanza.

Podemos concluir entonces que:

Las relaciones interpersonales son un medio para desarrollarnos en conjunción con el otro, respecto al otro; nos capacita para que se produzca en nosotros la acción correcta, la palabra justa.

Estas giran alrededor de las necesidades de las personas, cuando son satisfechas edifican las relaciones interpersonales pero cuando estas no son cumplidas socavan y destruyen las relaciones.

Los problemas en las relaciones interpersonales ocurren como resultado del compromiso de los involucrados en sus propias perspectivas, ideas, opiniones y sentimientos que abusan o pasan por alto los de los otros.

CAPITULO 4: “ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS”

Para dar cuenta de este análisis se realizaron dos muestras, en la primera se realiza un diagnóstico de entrada, cuyo objetivo fue evaluar las percepciones de los funcionarios en las variables elegidas, y en la segunda muestra se evalúa la evolución sobre estas variables, pero con la aplicación del modelo antes mencionado.

Las variables observadas en esta investigación fueron:

Liderazgo

Comunicación

Relaciones Interpersonales

A pesar de la complejidad del concepto de Clima Organizacional, es posible elaborar un diagnóstico a partir de cuestionarios estandarizados, en los cuales se pregunta a los miembros de la organización por sus percepciones respecto a todas o algunas de las variables que lo conforman.

En base a lo anterior se ha determinado que el cuestionario desarrollado por Rensis Likert es el más adecuado para su adaptación en esta investigación. Por otra parte, este cuestionario posee algunas ventajas que han sido de gran utilidad para el desarrollo de éste estudio, las cuales son:

- No requiere de altos costos en tiempo y recursos;
- Es posible, mediante su aplicación, obtener de modo ordenado y sistemático el comportamiento de las variables, entregando información valiosa sobre el clima.

La escala utilizada en este cuestionario consta de 6 alternativas, correspondiendo:

- A) Completo Desacuerdo**
- B) Moderado Desacuerdo**
- C) No Tengo Opinión**
- D) Moderado Acuerdo**
- E) Completo Acuerdo**
- F) No Responde**

Luego de definidos los elementos que constituyen el desarrollo de la encuesta, el paso siguiente es poder observar gráficamente la mayor incidencia en las alternativas elegidas por los encuestados en ambas muestras, se mostrarán los gráficos respectivos de cada variable, los cuales contienen los promedios generales de cada alternativa.

Posteriormente, con el objeto de dar cuenta de las percepciones generales y la evolución sufrida por las variables en el transcurso de esta investigación, se mostraran los análisis de cada variable.

4.1 Preguntas de Encuesta, Variable Liderazgo

1. En la institución existe un buen estado de liderazgo.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	57,7	11,5	5,8	19,2	0	5,8
MUESTRA 2	76,9	11,5	7,7	3,8	0,0	0,0

Podemos observar que la mayoría de los encuestados son contrarios a la afirmación planteada, tanto en la primera muestra, con un 69,2% de funcionarios que manifiestan estar en “completo desacuerdo” o “moderado desacuerdo” con tal afirmación, y con un aumento del 88,4% en la segunda muestra.

2. Mi jefe me trata con respeto.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	13,5	1,9	0,0	46,2	36,5	1,9
MUESTRA 2	17,3	1,9	7,7	25,0	46,2	1,9

Podemos observar que gran parte de los encuestados, se refiere a esta afirmación de manera favorable, tanto en la primera muestra, alcanzando un 82,7% las opciones “moderado acuerdo” y “completo acuerdo”, experimentando un leve descenso en la segunda muestra con un 71,2%. Por lo que podemos concluir que las personas confirman la afirmación propuesta.

3. Mi jefe me ayuda a resolver problemas.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	28,8	0,0	0,0	42,3	28,8	0,0
MUESTRA 2	26,9	7,7	5,8	40,4	19,2	0,0

Los encuestados se manifiestan de acuerdo con la pregunta planteada, tanto en la primera muestra en donde las alternativas “moderado acuerdo” y “completo acuerdo” reflejan el 71.1% de las preferencias, y experimentando una leve variación en la segunda muestra en donde el 59,6% mantiene su apreciación de la pregunta.

4. Mi jefe me mantiene informado respecto a cambios o procedimientos relacionados con mi trabajo.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	13	13,5	5,8	32,7	34,6	0,0
MUESTRA 2	26,9	42,3	1,9	11,5	17,3	0,0

Claramente podemos observar la variación que se produce en las percepciones de los encuestados; con un 67,3% que manifiestan en la primera muestra estar en “moderado acuerdo” y “completo acuerdo”, y observándose un vuelco en la segunda muestra en donde el 69,2% manifiestan estar en “completo desacuerdo” y moderado desacuerdo” con la pregunta planteada.

5. Mi jefe me critica delante de terceros.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	61,5	1,9	5,8	19,2	7,7	3,8
MUESTRA 2	63,5	5,8	5,8	17,3	3,8	1,9

Podemos observar que los encuestados manifiestan en ambas muestras estar en desacuerdo con la afirmación planteada, observándose una mayor incidencia de respuestas en las alternativas “completo desacuerdo” y “moderado desacuerdo”, con un 61,5% en la primera muestra y un 63,5% en la segunda.

6. Mi jefe se interesa por mí, más allá del aspecto laboral (familia, salud)

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	25,0	7,7	1,9	30,8	34,6	0,0
MUESTRA 2	36,5	23,1	0,0	7,7	28,8	3,8

Al observar ambas muestras nos damos cuenta de el cambio en las percepciones de los individuos de un periodo respecto al otro, desde una evaluación relativamente favorable en la primera muestra con un 65,4% inclinados hacia las alternativa “moderado acuerdo” y completo acuerdo” a una evaluación, en donde los encuestados manifiestan estar en desacuerdo con la pregunta(59,6%).

7. Mi jefe estimula el trabajo en equipo.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	38,5	13,5	3,8	25,0	19,2	0,0
MUESTRA 2	65,4	11,5	3,8	7,7	11,5	0,0

Podemos observar que en la primera muestra no existe una tendencia estadísticamente mayoritaria en esta pregunta, ya que un 52,0% de los encuestados manifiestan no estar de acuerdo y un 44,2% manifiestan si estar de acuerdo, con la afirmación. Sin embargo dicha percepción varia en la segunda muestra, en donde un alto porcentaje de los encuestados (65,4%) manifiestan su desacuerdo con la pregunta.

8. Mi jefe me informa en forma periódica acerca de mi desempeño.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	53,8	5,8	0,0	28,8	5,8	5,8
MUESTRA 2	76,9	7,7	1,9	11,5	1,9	0,0

Definitivamente la alternativa con mas recurrencia en ambas muestras es "completo desacuerdo" con un 53,8% de las preferencias en la primera y con un marcado aumento en la segunda muestra de 76,9%. Por lo que podemos concluir que las personas no están de acuerdo con la pregunta planteada.

9. Mi jefe actúa con favoritismo.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	36,5	0,0	9,6	23,1	28,8	1,9
MUESTRA 2	34,6	3,8	19,2	15,4	26,9	0,0

Al observar la tabla nos damos cuenta de una variación en las percepciones de los individuos, los cuales manifiestan en un primer momento estar de acuerdo con la afirmación planteada (51,9%); sin embargo en la segunda muestra se produce una variación que no permite tener una tendencia clara ya que un 38,4% que manifiesta estar de acuerdo y un 42,3% que opina lo contrario.

10. Mi jefe cumple oportunamente sus compromisos.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	5,8	21,2	17,3	30,8	25,0	0,0
MUESTRA 2	48,1	19,2	1,9	17,3	11,5	1,9

Al igual que el caso anterior, podemos observar una variación en las percepciones de los individuos, desde una evaluación relativamente favorable en la primera muestra, con un 55,8% de los encuestados que manifiestan estar en “moderado acuerdo” y “total acuerdo” con la afirmación planteada, a una evaluación en la segunda muestra, en donde los encuestados manifiestan su negativa a la pregunta planteada (67,3%), inclinándose hacia las alternativas “completo desacuerdo” y “moderado desacuerdo”.

11. Mi jefe es coherente entre lo que dice y lo que hace.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	23,1	13,5	0	30,8	32,7	0,0
MUESTRA 2	55,8	11,5	1,9	17,3	11,5	1,9

Podemos observar que en la primera muestra el 63,5% de los encuestados manifiestan estar de acuerdo con la afirmación, pero esta situación cambia en la segunda muestra en donde el 67% manifiesta su desacuerdo con la afirmación planteada.

12. Mi jefe tiene un estilo de trabajo democrático y participativo.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	28,8	9,6	5,8	19,2	32,7	3,8
MUESTRA 2	42,3	17,3	1,9	17,3	19,2	1,9

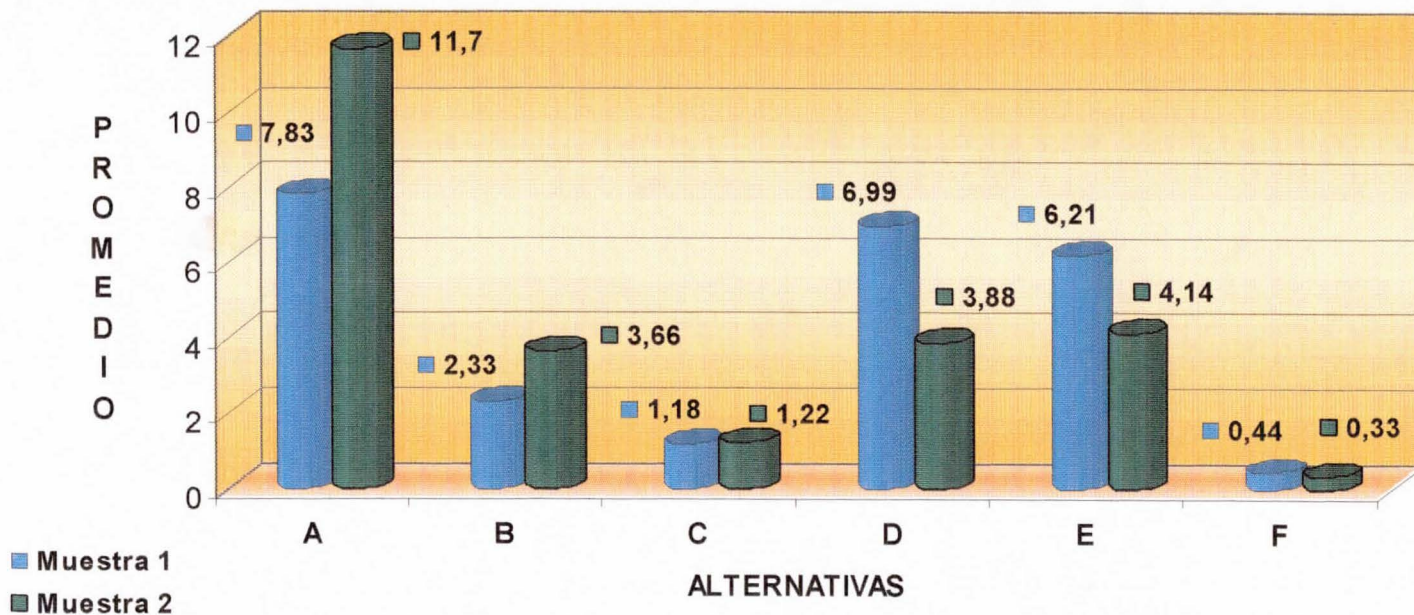
La información entregada en esta tabla nos señala que en la primera muestra, el 51,90% de los encuestados manifiestan estar de acuerdo con la afirmación, situación que cambia en la segunda muestra en donde el 60% manifiestan lo contrario, es decir estar en desacuerdo con la afirmación.

13. Mi jefe conoce bien el trabajo que se realiza al interior de nuestra unidad.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	21,2	21,2	5,8	15,4	36,5	0,0
MUESTRA 2	38,5	26,9	3,8	9,6	17,3	3,8

Podemos apreciar que en la primera muestra los encuestados manifiestan estar de acuerdo con la afirmación (51,90%), sin embargo esta percepción sufre una drástica evolución en la segunda muestra, en donde 65,4% de los encuestados manifiestan su desacuerdo con la afirmación.

4.1.1 Grafico N°1, Promedio General de Cada Alternativa, Según Variable Liderazgo



A	Completo Desacuerdo
B	Moderado Desacuerdo
C	No Tengo Opinión
D	Moderado Acuerdo
E	Completo Acuerdo
F	No Responde

4.1.2 Análisis de Resultados, Variable Liderazgo

Podemos definir el liderazgo como la influencia ejercida en forma positiva o negativa, con cualidades propias que posee una persona para influir en sus pares dentro de la organización y que pueden ocasionar una modificación en el comportamiento de los grupos liderados.

En nuestra organización en estudio, la tarea de asumir el liderazgo esta en manos de las jefaturas, en las cuales se pueden distinguir dos niveles; un nivel superior ejercido por el Director y un nivel ejercido por las jefaturas intermedias que suelen ser aquellas con que el funcionario tiene mayor nivel de interacción.

Durante el proceso de análisis de la información podemos advertir que en un primer momento los funcionarios tienen una evaluación relativamente favorable del tipo de liderazgo, se valora en lo personal el trato respetuoso hacia los funcionarios (82,7%), la disposición a resolver problemas (71,1%), pero se critica la tendencia a actuar con favoritismo (51,9%) y la falta de información periódica respecto al desempeño de los funcionarios (53,8%). Pero esta situación se va modificando en la medida que se aplica el nuevo modelo de salud.

Esto se refuerza con la respuesta a la pregunta **“En la institución existe un buen estado de liderazgo”**. En donde se puede apreciar una evaluación negativa de la afirmación, tanto en la primera muestra en donde el 69,2% de los funcionarios manifiesta estar en “completo desacuerdo” y “moderado desacuerdo” con la afirmación y presentando un notorio aumento en la segunda muestra con un 88,4% en las mismas alternativas.

En este punto llama la atención la criticidad al liderazgo del director del consultorio en donde un alto porcentaje de los funcionarios manifiestan estar desconforme con su gestión.

“Él cree que sabe mandar, pero para mandar aquí hay que saber hacer bien las cosas, no basta con saber dar ordenes”.

La opinión que tienen los funcionarios respecto de los directivos específicamente el director es falta de compromiso.

Se critica fuertemente el que los directivos no tienen las competencias técnicas para ejercer una jefatura.

Se considera que los líderes no promueven el trabajo en equipo, en donde un 65,4% confirma estar en desacuerdo con la afirmación.

Creemos que uno de los acontecimientos que generó un aumento negativo de esta percepción está relacionado con los conflictos entre los médicos de medicina familiar y el Director, y a su vez los conflictos entre representantes de los funcionarios con el Director. Los que se quejan de que este no cumple con la planificación hecha por los médicos de medicina familiar y no respeta los acuerdos con los funcionarios. *(Ver Anexo N°1, Bitácora)*

Se observa que esta tendencia negativa está marcada por el cambio de percepción de las categorías de los profesionales que si bien en un primer momento (Muestra 1) manifiestan un menor grado de discrepancia con el resto de las categorías, en un segundo momento (Muestra 2) se muestran desconformes en su evaluación. *(Ver Anexo N°1, Bitácora)*

La literatura señala que el conflicto influye en la naturaleza de las interrelaciones existentes entre las partes, perjudicando la comunicación entre ellas y distorsionando sus percepciones y sentimientos. Cada parte, a medida que aumenta el conflicto, tiende a estereotipar y a ver a la otra como "enemiga", atribuyéndole motivos e intenciones negativas. Con esto se fortalecen las percepciones y los sentimientos de que los objetivos e intereses de la otra parte son incompatibles con los propios y de que no se puede cooperar con la otra parte. Así, el conflicto se realimenta: Las comunicaciones y las distorsiones perceptivas tienden a ampliar el conflicto, el cual a su vez maximiza sus efectos negativos y destructivos. *(Chiavenato, Idalberto. Administración de Recursos Humanos. Santa fe de Bogotá: Mc Graw Hill. 1999).*

En consecuencia podemos observar que la falta de un liderazgo eficiente genera dentro de la organización estados de desengaño y descontento, mermando la eficacia de la organización e impidiendo que esta pueda alcanzar sus objetivos.

Likert, destaca la necesidad de contar con líderes eficientes y democráticos, centrados en el aspecto humano y de considerar a este último como activos que requieren la adecuada atención por parte de la administración con el objeto de alcanzar las metas organizacionales.

Likert sugiere que los líderes facultan a sus organizaciones para crear un ambiente en el que la gente se sienta importante y parte de la comunidad o el equipo, en el que el aprendizaje y la competencia cuenten y en el que el trabajo sea estimulante. Los líderes deberían crear un medio en el que los asuntos de la calidad y la dedicación al trabajo impulsaran los esfuerzos.

4.2 Preguntas de Encuesta, Variable Comunicación

1. En el centro de salud Edgardo Enríquez Frödden se aplica evaluación de desempeño de manera clara, informada y transparente para todos.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	46,2	23,1	11,5	11,5	5,8	1,9
MUESTRA 2	53,8	40,4	0,0	5,8	0,0	0,0

Podemos observar que las respuestas con más alta ocurrencia, tanto en la primera muestra así también en la segunda, correspondieron a las alternativas “completo desacuerdo” y “moderado desacuerdo, logrando un 69,3% en la primera muestra y un marcado aumento en la segunda con un 94,20% de las preferencias. Por lo que podemos deducir que en ambas muestras los encuestados no están de acuerdo con esta afirmación.

2. Mi departamento y/o unidad siempre es informada acerca de nuevas políticas o procedimientos antes que entren en vigencia.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	40,4	30,8	5,8	23,1	0,0	0,0
MUESTRA 2	26,9	46,2	1,9	25,0	0,0	0,0

Como es posible apreciar en la tabla, las alternativas con más alta ocurrencia, corresponden a “completo desacuerdo” y “moderado desacuerdo”, con un 71,2% en la primera muestra y con un leve ascenso en la segunda con un 73,1%. Lo que nos permite deducir que los encuestados no están de acuerdo con la afirmación planteada.

3. La dirección mantiene canales de comunicación expeditos y oportunos con las diferentes unidades.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	55,8	11,5	0,0	26,9	0,0	5,8
MUESTRA 2	65,4	9,6	1,9	19,2	1,9	1,9

La alternativa mas elegidas en ambas muestras corresponden a "completo desacuerdo", (55,8% y 65.4%). Lo que nos indica claramente la negativa de los encuestados con esta afirmación.

4. El reconocimiento que hace la institución a sus empleados se ciñe a pautas claras, explícitas y conocidas por todos.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	30,8	30,8	11,5	9,6	17,3	0,0
MUESTRA 2	51,9	13,5	7,7	23,1	0,0	3,8

Los resultados nos indican que la mayoría de los encuestados son contrarios a la afirmación planteada, ya que las alternativas con más alta ocurrencia corresponden a "completo desacuerdo" y "moderado desacuerdo", tanto en la primera muestra con un 61,6% de las preferencias y con un 65,4% en la segunda muestra.

5. Existe una buena comunicación entre las diferentes unidades.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	26,9	50,0	0,0	15,4	7,7	0,0
MUESTRA 2	32,7	32,7	0,0	34,6	0,0	0,0

Podemos observar que en ambas muestras los encuestados manifiestan su desacuerdo con la pregunta. Obteniendo las alternativas “completo desacuerdo” y “moderado desacuerdo” las más altas preferencias, con un 76,9% en la primera muestra y experimentando un leve descenso en la segunda muestra con un 65,4% de las preferencias.

6. En mi unidad el rumor es una importante fuente de información.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	11,5	13,5	21,2	13,5	38,5	1,9
MUESTRA 2	9,6	9,6	5,8	42,3	32,7	0,0

Los resultados entregados por la tabla, nos muestran que las respuestas con mayor frecuencia se dividen entre las alternativas “moderado acuerdo” y “completo acuerdo”, con un 52,0% en la primera muestra y experimentando un brusco ascenso en la segunda muestra con un 75,0% de las preferencias. Por lo que podemos concluir que los encuestados consideran que el rumor es una importante fuente de información.

7. Las peticiones de los demás a mi departamento y/o unidad son claras y bien formuladas.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	13,5	36,5	5,8	34,6	3,8	5,8
MUESTRA 2	26,9	48,1	1,9	17,3	5,8	0,0

Al analizar la tabla nos damos cuenta que en un primer momento las respuestas con mayor frecuencia se dividen entre las alternativas “moderado desacuerdo” y “moderado acuerdo”, con un 36,5% y un 34,6% respectivamente, por lo que no se pueden realizar afirmaciones en esta primera muestra. Sin embargo los resultados de la segunda son categóricos, en donde las afirmaciones con mayor frecuencia corresponden a “completo desacuerdo” y “moderado desacuerdo” con un 75% de las preferencias.

8. Mi departamento y/o unidad hace peticiones claras y bien formuladas a las demás unidades y/o departamentos.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	1,9	19,2	5,8	34,6	36,5	1,9
MUESTRA 2	5,8	19,2	3,8	46,2	25,0	0,0

Claramente podemos observar que la mayor parte de los encuestados están de acuerdo con la afirmación. Tanto en la primera encuesta, con un 71,10% de las preferencias, en donde las alternativas mas elegidas corresponden a “moderado acuerdo” y “completo acuerdo” y un 71,20% de las preferencias en la segunda muestra.

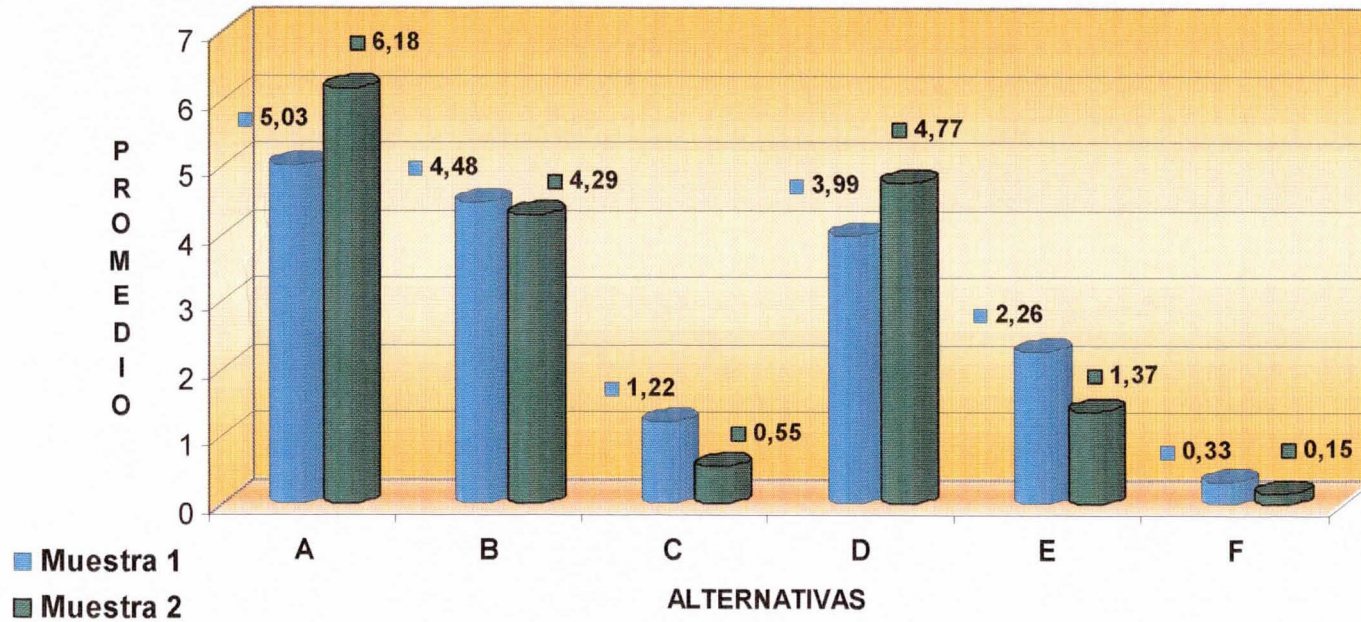


9. En el centro de salud Edgardo Enríquez Fröedden se escuchan las ideas de los subalternos.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	34,6	17,3	1,9	38,5	7,7	0,0
MUESTRA 2	48,1	3,8	5,8	34,6	5,8	1,9

Al analizar los datos entregados por la tabla nos damos cuenta que no existe una tendencia que nos permita obtener datos concluyentes respecto a las preferencias de los encuestados.

4.2.1 Grafico N°2, Promedio General de Cada Alternativa, Según Variable Comunicación



A	Completo Desacuerdo
B	Moderado Desacuerdo
C	No Tengo Opinión
D	Moderado Acuerdo
E	Completo Acuerdo
F	No Responde

4.2.2 Análisis de Resultados, Variable Comunicación

Este es un punto fundamental y clave en el clima organizacional de la institución ya que es la principal queja de entrada, no hay canales de comunicación efectivos hacia los funcionarios, ya sea referidos al proceso de transformación en centros de salud familiar como también referidos al proceso de reforma de la salud o cualquier cambio que se este implementando.

Entre las principales quejas observamos las siguientes:

“Todas las cosas se crean y se proyectan en la dirección, a los que estamos abajo ni siquiera nos consultan”.

“La información no se difunde en su debido tiempo, todo llega tarde, y después de un gran error recién se da a conocer. Lo que genera un sentimiento de rabia y descontento generalizado”.

Estas frases se vieron totalmente corroboradas durante el proceso de análisis de la información obtenida en la investigación, principalmente de aquellos que no ocupan cargos directivos en la organización.

Para graficar aun más estas afirmaciones observamos la respuesta a la pregunta **“Mi departamento y/o unidad siempre es informada acerca de nuevas políticas o procedimientos antes de que entren en vigencia”**. Observamos que en ambas muestras existe una evaluación negativa a la afirmación en donde las alternativas mas elegidas corresponden a “completo desacuerdo” y “moderado desacuerdo” con un 71,2 % en la primera y un 73,1% en la segunda muestra.

Respecto a la pregunta **“La dirección mantiene canales de comunicación expeditos y oportunos con las diferentes unidades”**. También se observa una evaluación negativa a la afirmación, en donde al igual que el caso anterior las alternativas mas elegidas corresponden a “completo desacuerdo” y “moderado desacuerdo”, con un 67,3% en la primera muestra y un 75% en la segunda.

Durante el proceso de interpretación de los datos vemos una notoria evaluación negativa en la segunda muestra, que coincide con la aplicación del modelo de salud familiar, y las que sin duda estuvieron marcadas por acontecimientos ocurridos en el transcurso de esta investigación y que afectaron la percepción de los funcionarios en sus diversas categorías. *(Ver Anexo N°1, Bitácora)*

Las principales quejas fueron:

“La Dirección habla de salud familiar y entre ellos se entienden y hacen cambios, pero a los que están directamente relacionados con el trabajo y los pacientes ni siquiera se les consulta y mucho menos se les informa de los cambios.”

“Se asignaron tres médicos de medicina familiar de la universidad de Chile para hacer el proyecto, el cual se realizó y se presentó, pero sin embargo el proyecto fue modificado y puesto en marcha”.

“A nadie se le consultó respecto a la formación de los equipos de salud, todo fue impuesto por la Dirección, esto provoca rabia y desmotivación”.

Respecto a la fluidez en la comunicación entre las diferentes unidades se observa que en ambas muestras existe una evaluación negativa respecto a este punto con un 76,9% en la primera muestra y un 65,4% en la segunda, cuyas respuestas se sitúan en las alternativas “completo desacuerdo” y “moderado desacuerdo”.

También se descubrió que no existen canales estandarizados de flujo de información, esta llega a las jefaturas superiores e intermedias y allí quedan muchas veces estancadas, además se pudo observar que existen murales informativos en la dirección pero los funcionarios reconocen no tener el hábito de leerlos, porque casi siempre se informa de cosas atrasadas.

Para Likert la existencia de una comunicación eficiente dentro de una organización, conduce a obtener una eficacia administrativa, la no existencia de este elemento, provoca estados de frustración organizacional, que merma el logro de los objetivos organizacionales.

La literatura señala que las organizaciones tienen sistemas de comunicación que los líderes ocupan para transmitir sus mensajes en forma eficaz y eficiente. Todos los miembros tienen el deseo inherente de saber lo que ocurre en el sitio donde trabajan; la información se consigue por medio de la comunicación con los otros.

Considerando el enunciado anterior podemos determinar que la no existencia de estos sistemas de comunicación, generan estados de incertidumbre que frustran el estado de ánimo de los miembros y la consecución de las metas y objetivos organizacionales.

Así podemos concluir que la falta de una comunicación efectiva, genera estados de frustración y falta de compromiso de los funcionarios con la institución, ya que se sienten desplazados, no considerados.

4.3 Preguntas de Encuesta, Variable Relaciones Interpersonales

1. La institución promueve el trabajo en equipo.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	34,6	38,5	1,9	19,2	5,8	0,0
MUESTRA 2	26,9	48,1	3,8	21,2	0,0	0,0

Podemos observar que la mayoría de los encuestados son contrarios a la afirmación planteada, obteniendo en ambas muestras una inclinación hacia las alternativas “completo desacuerdo” y “moderado desacuerdo”, con un 73,10 % en la primera muestra, experimentando un leve aumento en la segunda muestra con un 75,00 % y solo un 23,10 % de los encuestados expresa un moderado acuerdo con la afirmación.

2. La relación entre mi departamento y/o unidad y las demás unidades y/o departamentos es una relación de colaboración.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	11,5	11,5	3,8	48,1	25,0	0,0
MUESTRA 2	9,6	11,5	1,9	65,4	11,5	0,0

Los resultados nos indican que los encuestados se inclinan por las alternativas “moderado acuerdo” y “completo acuerdo”, obteniendo un 73,10% de las preferencias en la primera muestra, con un aumento del 3,8% (76,90%) en la segunda muestra y un 22% que se muestra en desacuerdo con dicha afirmación. Por lo que se puede decir que la mayoría de los encuestados están de acuerdo con la afirmación propuesta.

3. Mi departamento y/o unidad tiene espíritu de equipo.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	17,3	9,6	7,7	28,8	36,5	0,0
MUESTRA 2	11,5	5,8	5,8	42,3	34,6	0,0

Podemos observar que las más altas preferencias se sitúan en las alternativas “moderado acuerdo” y “completo acuerdo”, con un 65,30% en la primera muestra y un 76,90% en la segunda. Por lo que podemos deducir que los encuestados están de acuerdo con esta afirmación.

4. Las personas de mi departamento y/o unidad colaboran entre sí para lograr que el trabajo se efectúe correctamente.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	7,7	13,5	7,7	32,7	36,5	1,9
MUESTRA 2	5,8	15,4	0,0	38,5	40,4	0,0

Frente a esta afirmación, podemos observar que gran parte de los encuestados se inclinan hacia las alternativas “moderado acuerdo” y “completo acuerdo”, con un 69,20 % de las preferencias en la primera muestra y con un aumento en la segunda del 78,90 % de las preferencias. Lo que nos permite concluir que gran parte de los encuestados están de acuerdo con tal afirmación.

5. Entre las personas de mi departamento y/o unidad hay buena disposición para enseñar cuando uno no sabe.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	7,7	9,6	5,8	21,1	55,8	0,0
MUESTRA 2	9,6	3,8	5,8	21,2	59,6	0,0

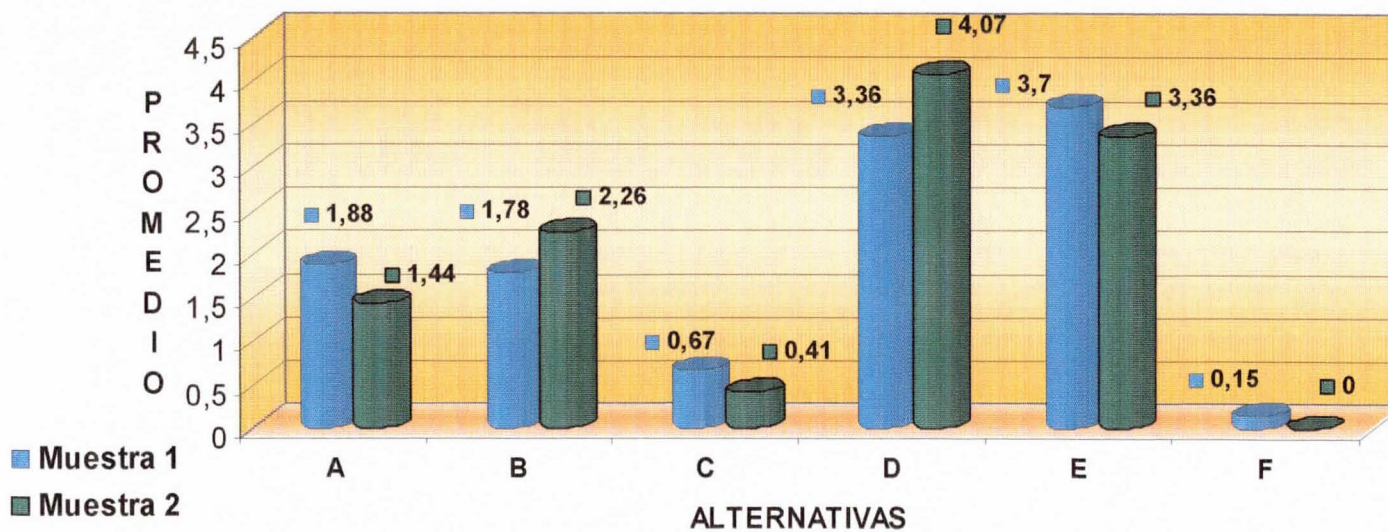
La respuesta mas elegida a esta pregunta es la opción "completo acuerdo" con el 55,8 % de las preferencias en la primera muestra y un 59,6 % en la segunda, lo que muestra que la mayoría de los encuestados está a favor de esta afirmación.

6. La lealtad y el compromiso son aspectos muy valorados en mi departamento y/o unidad.

	A	B	C	D	E	F
MUESTRA 1	19,2	9,6	7,7	25,0	32,7	5,8
MUESTRA 2	11,5	32,7	3,8	23,1	28,8	0,0

Podemos observar que existe cierta tendencia por parte de los encuestados a manifestar estar de acuerdo con esta afirmación, obteniendo en ambas muestras sobre el 50% de las preferencias. Sin embargo podemos observar que dicha tendencia disminuye en la segunda muestra, lo que puede atribuirse a ciertos fenómenos ocurridos en el transcurso de esta investigación.

4.3.1 Grafico N°3, Promedio General de Cada Alternativa, Según Variable Relaciones Interpersonales



A	Completo Desacuerdo
B	Moderado Desacuerdo
C	No Tengo Opinión
D	Moderado Acuerdo
E	Completo Acuerdo
F	No Responde

4.3.2 Análisis de Resultados, Variable Relaciones Interpersonales

Las relaciones interpersonales consisten en la interacción recíproca entre dos o más personas. Involucra los siguientes aspectos: la habilidad para comunicarse efectivamente, el escuchar, la solución de conflictos y la expresión auténtica de uno/una.

En este aspecto se puede, al igual que en el caso de las jefaturas, distinguir dos tipos de evaluación de las relaciones interpersonales. Uno a nivel de los equipos de salud más cercanos y otro vinculado con las jefaturas.

En el ámbito de las relaciones más horizontales, se manifiesta una buena relación, preocupación por los otros.

Se reconoce sobre un 65 % la existencia de espíritu de equipo en las unidades, esto lo podemos corroborar con las respuestas a la pregunta mi departamento y/o unidad tiene espíritu de equipo; lo que permite además apreciar que existe respeto, hay una buena disposición para enseñar, se da una relación de colaboración, se valora la experiencia, pero esto ocurre siempre entre pares.

Por otra parte, se reconoce que estas buenas relaciones interpersonales muchas veces permiten superar barreras burocráticas de la institución, solucionando problemas rápidamente.

Además podemos observar que en algunas categorías esta valoración positiva tiende a aumentar o mantenerse, y en otras sufre un brusco cambio (categoría auxiliar), pero sin embargo esta última no tiene mayor incidencia por no representar un número significativamente alto para el estudio respectivo, esta variación se percibe en la medida que se va implementando el nuevo modelo de salud, fenómeno que se ha atribuido a la presencia de los médicos de familia tanto chilenos como extranjeros, con una visión distinta de la medicina, más humana, mas cerca de los funcionarios lo que sin duda provocó este cambio de actitud en las personas.

A nivel de jefaturas la situación cambia, salvo excepciones, las relaciones son estrictamente formales y aún mas hay unidades que se quejaron de que los directivos no contribuían a generar un buen clima laboral.

Esto se corrobora con la respuesta a la pregunta **“La institución promueve el trabajo en equipo”**. En donde la mayoría de los encuestados son contrarios a la afirmación planteada, obteniendo en ambas muestras una inclinación hacia las alternativas “completo desacuerdo” y “moderado desacuerdo”, con un 73,10 % en la primera muestra y experimentando un leve aumento en la segunda muestra con un 75,00 %.

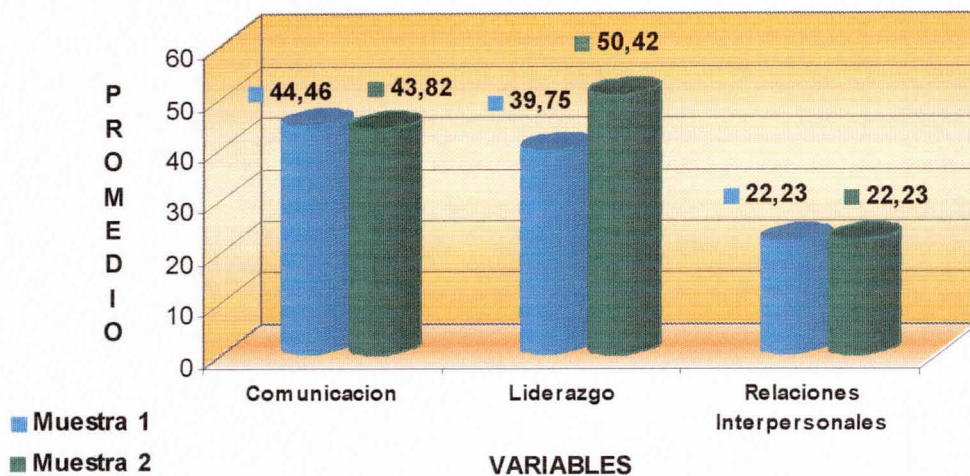
Si bien en las entrevistas los funcionarios declaran que no hay mucha relación con otras unidades salvo a nivel formal; En las encuestas, sobre el 65% evalúa positivamente las relaciones con otras unidades. Valoran la manera de realizar las peticiones tanto desde su parte como de los demás, reconocen alegrarse con los éxitos de los otros y expresan que se da una relación de colaboración entre unidades. Sin embargo esta buena relación entre unidades, es mediatizada por las buenas relaciones interpersonales.

Likert afirma que a menos que la organización se cree y sustente a través de los grupos participativos, lo probable es que la organización se cree y sostenga informal, estará en contra de los objetivos de lo formal, o por lo menos no los sustentará plenamente. Cuando la organización se cree y sustente por grupos participativos, la organización formal se confundirá con la informal.

4.4 Percepciones Generales De Cada Variable, Según Categorías

En esta sección se muestra los resultados obtenidos en las encuestas, de las percepciones de cada categoría, en las variables que componen nuestra investigación:

4.4.1 Percepción por Variable, Según Categoría Profesionales

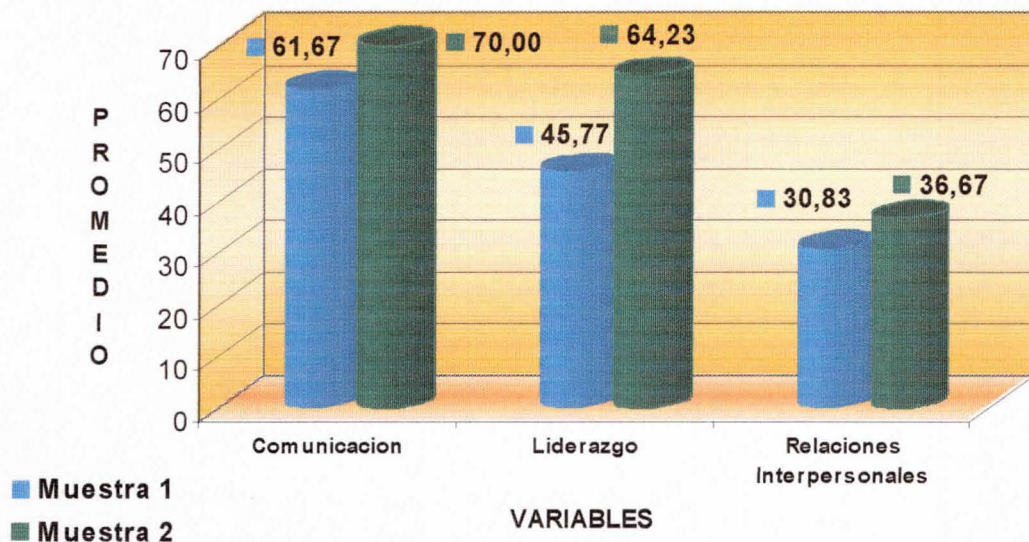


Comunicación: Sus miembros señalan que si bien existen canales estandarizados para el flujo de información, esta no se lleva a cabo como corresponde, razón por la cual su percepción es a evaluar negativamente la manera en que se lleva a cabo la comunicación, situación que se mantiene en ambas muestras sin producirse grandes variaciones.

Liderazgo: Podemos observar que aumenta la percepción negativa de los miembros de esta categoría, desde un 39,75% que se manifestaba en contra a un 50,42%. Debemos mencionar que los profesionales manifiestan una gran decepción hacia los líderes, los cuales a su juicio frustran los intentos por el mejoramiento de la calidad asistencial. Los cuales a su juicio frustran los intentos por el mejoramiento de la calidad asistencial.

Relaciones interpersonales: No se producen variaciones en ambas muestras que indiquen una tendencia a evaluar negativamente la interacción entre los miembros del consultorio.

4.4.2 Percepción por Variable, Según Categoría Técnicos Paramédicos

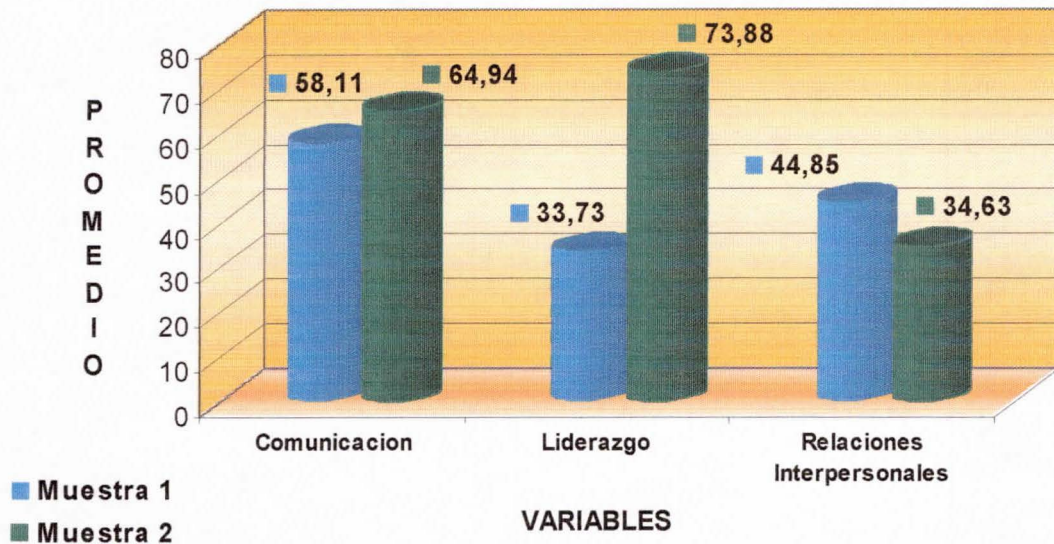


Comunicación: A juicio de los miembros de esta categoría no existe una comunicación efectiva entre las unidades del consultorio. Esta percepción fue recogida en un primer momento, en donde el 61,67% se manifiesta en contra de la existencia de una buena comunicación y que aumenta con la aplicación del nuevo modelo de salud (70%).

Liderazgo: Podemos apreciar que esta categoría, manifiesta en un primer momento una evaluación del orden del 45,77%, situación que muestra un brusco aumento en la segunda muestra, con un 64,23% que se manifiesta en contra del tipo de liderazgo asumido por los directivos. Esta categoría critica el tipo de gestión de los líderes, su compromiso con el desarrollo de la organización y considerándolos incluso un freno a la aplicación del nuevo modelo.

Relaciones interpersonales: Se observa un leve aumento en la percepción negativa desde un 30,83% a un 36,67%.

4.4.3 Percepción por Variable, Según Categoría Administrativos

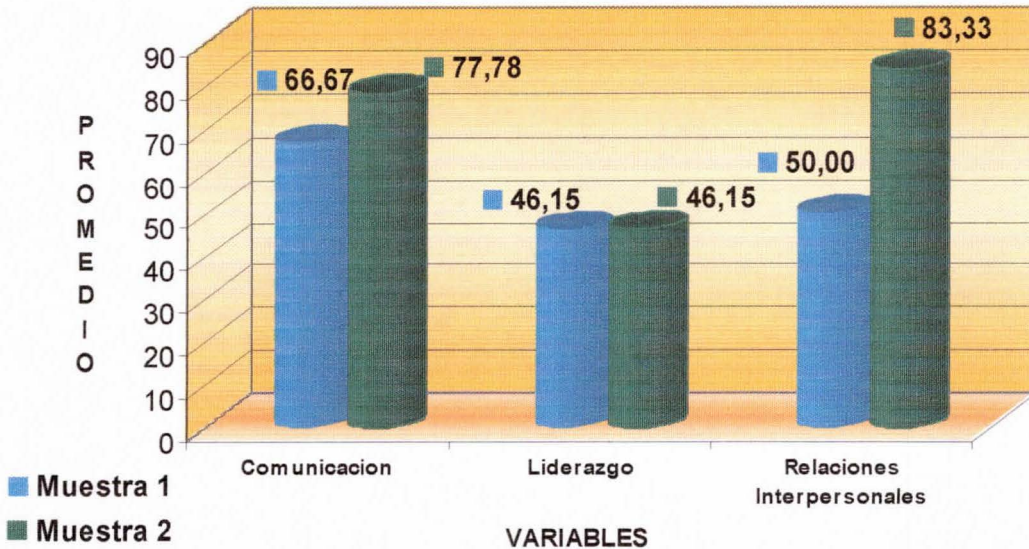


Comunicación: Al igual que las demás categorías los administrativos de este centro de salud, consideran que no existe una buena comunicación entre las diferentes unidades, no obstante ser a su juicio quienes debieran ser los primeros en ser informados de los cambios realizados. La figura nos permite observar y corroborar estas aseveraciones tanto en la primera muestra en donde el 58,11% de los encuestados coinciden con estas afirmaciones y experimentando un aumento en un segundo momento del orden del 64,94%.

Liderazgo: La figura nos permite deducir que existe un aumento en la evaluación negativa hecha a los directivos de este centro de salud, desde un 33,73% que en un primer momento se manifestaba en contra, a un aumento considerable en la segunda muestra del orden del 73,88%. Esta categoría en especial manifiesta su gran descontento con la actitud de los líderes, en cuanto al compromiso con la labor administrativa, que va en desmedro de la gestión del recurso humano.

Relaciones interpersonales: A diferencia de otras categorías, sus miembros tienden a disminuir la percepción negativa recogida en un primer momento, la que señalaba que el 44,85% se manifestaba en contra de la existencia de buenas relaciones con otras unidades, pudiendo observarse un cambio en esta valoración, con una disminución al 34,63%.

4.4.4 Percepción por Variable, Según Categoría Auxiliares



Cabe señalar que si bien esta categoría no representa un número significativo, ya que los encuestados fueron solamente dos personas, su juicio representa una visión que vale la pena de considerar en el desarrollo de esta investigación.

Comunicación: Podemos apreciar que en ambas muestras existe una percepción negativa de la variable (66,67%), experimentando un notorio aumento durante el proceso de aplicación del nuevo modelo (77,78). Sus miembros manifiestan que ellos son los últimos en ser informados, que nadie los toma en cuenta lo que ha generado en ellos altos grados de indiferencia con la institución.

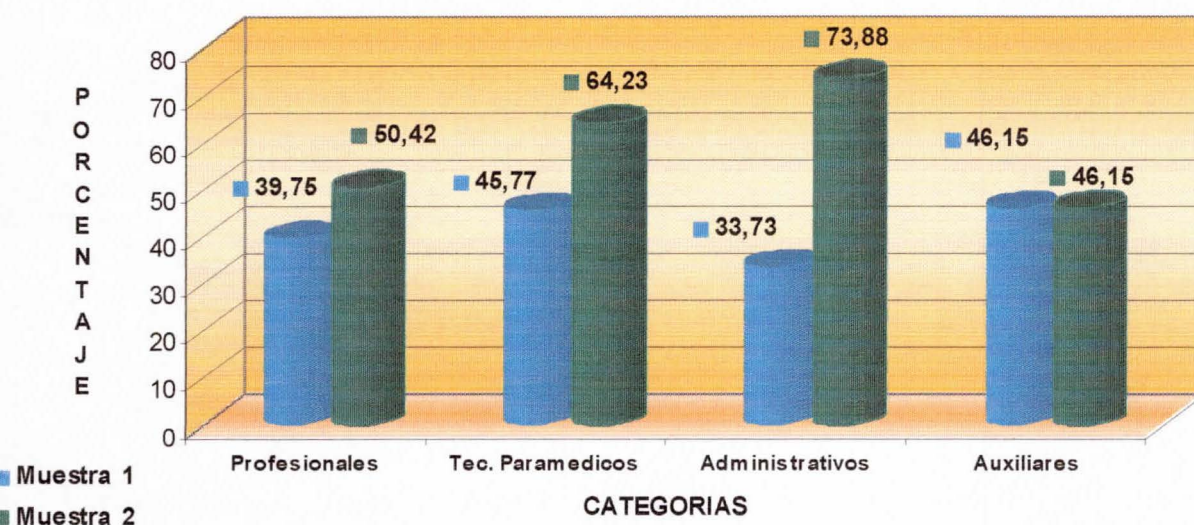
Liderazgo: Sus miembros manifiestan ser indiferentes con el tipo de liderazgo porque a su juicio siempre seguirán haciendo lo mismo este quien este. Como resultado de esta indiferencia su percepción es negativa en ambas muestras y sin producirse variaciones; con un alto número de respuestas inclinadas hacia las alternativas “no tengo opinión” y “no contesta”.

Relaciones interpersonales: Podemos apreciar que se evalúa negativamente las relaciones entre los miembros de la organización, tanto en la primera muestra con una apreciación negativa del orden del 50% y aumentando considerablemente en la segunda muestra con un 83,3%.

4.5 Percepciones Generales Por Categorías, Según Variables

En esta sección se muestra los resultados obtenidos en las encuestas, de las percepciones en cada variable, de las categorías que componen nuestra investigación:

4.5.1 Percepción por Categorías de la Variable Liderazgo

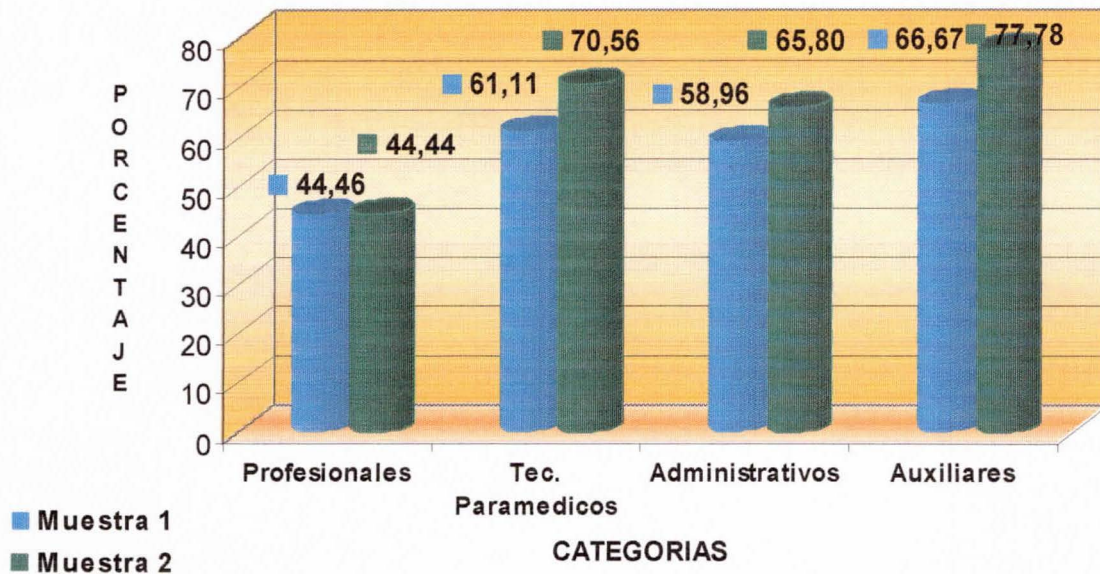


Todas las categorías reflejan un aumento en su percepción, que tiende hacia una valoración negativa del tipo de liderazgo, dicho aumento se va dando conforme se aplica el nuevo modelo de salud.

Llama la atención que en un primer momento los administrativos tienen una evaluación menos negativa que el resto de las categorías (33.73%), pero esta situación se ve bruscamente modificada en la segunda muestra en donde manifiestan el porcentaje más alto de variación (73,88%).

Por otra parte los profesionales, técnicos y auxiliares reflejan cierta similitud en sus percepciones, aumentando en un promedio de 11 puntos su percepción negativa y finalmente los auxiliares se mantienen sin grandes variaciones.

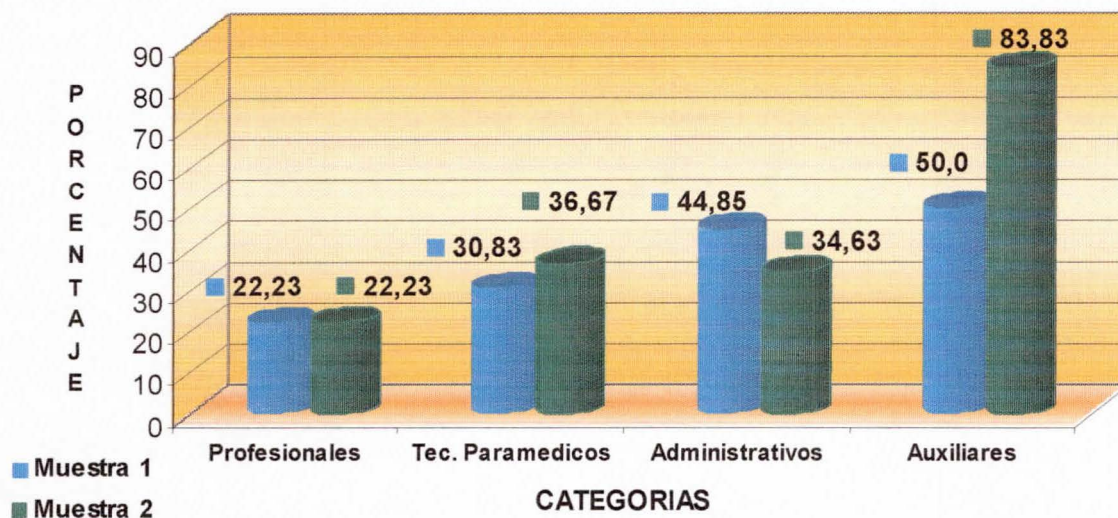
4.5.2 Percepción por Categorías de la Variable Comunicación



Al analizar las percepciones por categorías de la variable comunicación, podemos observar que los profesionales tienen una evaluación menos negativa que el resto de las categorías, situación que se mantiene en ambas muestras.

Por otra parte los técnicos, administrativos y auxiliares manifiestan similitud en sus percepciones con un aumento promedio en su valoración en la segunda muestra de 9 puntos por categoría.

4.5.3 Percepción por Categorías de la Variable Relaciones Interpersonales



Podemos advertir que los profesionales y técnicos paramédicos manifiestan en un primer momento una valoración menos desfavorable que el resto de las categorías, no produciéndose grandes variaciones en un segundo momento, situación que pareciese estar dado por el grado de interacción cercano que existe entre sus miembros; por otra parte las categorías de administrativos y auxiliares revelan en la primera muestra ciertos grados de similitud en sus percepciones, las cuales tienen una orientación mas negativa que el resto, situación que cambia en la segunda muestra en donde los administrativos reflejan un descenso en su percepción negativa, pero no así la categoría de auxiliares la que aumenta su apreciación negativa.

CONCLUSION

La investigación realizada sobre Clima Organizacional y Puesta en Marcha del Modelo de Salud Familiar ha permitido obtener indicios descriptivos del comportamiento específico de las variables Liderazgo, Comunicación y Relaciones Interpersonales, que forman parte del Clima Organizacional del Centro de Salud Familiar Doctor Edgardo Enríquez Fröedden.

Dado que se trata de un estudio de caso, nuestros resultados y las conclusiones nos permiten conocer algunos elementos que están referidos a las percepciones de los individuos al interior de la organización en cuestión.

El aporte metodológico al estudio exploratorio de la Puesta en Marcha del Modelo de Salud Familiar y su relación con el Clima Organizacional, en esta entidad de salud, a través de la aplicación del Cuestionario creado por Rensis Likert, constituyen aspectos significativos de esta investigación. El alcance de las conclusiones está limitado a la calidad y autenticidad de las respuestas, obtenidas de los funcionarios que participaron en la investigación; y a la realidad interna del centro de salud.

Los resultados obtenidos en el Centro de Salud Familiar Doctor Edgardo Enríquez Fröedden nos permitieron obtener las siguientes conclusiones:

El clima organizacional del Centro de Salud Edgardo Enríquez Fröedden se clasifica en la teoría de Rensis Likert como sistema paternalista benevolente, En esta categoría organizacional, las decisiones son adoptadas en los escalones superiores de la organización. En este sistema se centraliza el control, pero en él hay una mayor delegación. El tipo de relaciones característico de este sistema es paternalista, con autoridades que tienen todo el poder, pero concede ciertas facilidades a sus subordinados, enmarcadas dentro de límites de relativa

flexibilidad. El clima de este tipo de sistema organizacional se base en relaciones de confianza condescendiente desde la cumbre hacia la base y la dependencia desde la base a la cúspide jerárquica. Para los subordinados, el clima parece ser estable y estructurado y sus necesidades sociales parecen estar cubiertas, en la medida que se respeten las reglas del juego establecidas en la cumbre.

Respecto a nuestra *Hipótesis*, la cual señala que El Clima Organizacional del Consultorio Edgardo Enríquez Fröedden, se correlaciona positivamente con la puesta en marcha del Modelo de Salud Familiar, podemos concluir lo siguiente:

El clima de una organización puede tener cierta permanencia, con cambios relativamente graduales, pero esta estabilidad puede sufrir perturbaciones de importancia derivadas de decisiones que afecten en forma relevante el devenir organizacional. Una situación de conflicto por ejemplo, como la evidenciada en el transcurso de esta investigación, entre los profesionales de medicina familiar y el director puede empeorar el clima organizacional por un tiempo comparativamente extenso.

Un mal clima organizacional tiene un fuerte impacto sobre los comportamientos de los miembros de la organización, dificultando la conducción de la organización y la coordinación de las labores.

Afecta el grado de compromiso e identificación de los miembros de la organización con ésta. Situación que pudimos corroborar en el transcurso de esta investigación, en donde los miembros de nuestra organización en estudio manifiestan no identificarse ni sentirse comprometidos con el consultorio, porque a juicio de sus miembros el consultorio no favorece a los funcionarios. Por lo tanto podemos concluir que una organización cuyo clima sea deficiente no podrá esperar un alto grado de identificación.

Pudimos observar que el clima es afectado por el estilo de liderazgo, las políticas y los planes de gestión, etc.

Se observa que la falta de políticas y decisiones efectivas producen estados de frustración y desconfianza que perjudican el clima organizacional. Ejemplo de esta situación es nuestra organización en estudio en donde el anuncio de mejoras a través del modelo de salud familiar, genero expectativas en las personas, las cuales posteriormente no fueron concretadas en forma efectiva, generando estados de frustración, que empeoraron el clima organizacional.

La carencia de factores motivadores y políticas que apoyen al mejoramiento de la calidad de vida al interior de la organización, perjudica el aspecto humano del trabajador. Estos aspectos son cuantitativamente y cualitativamente importantes ya que se relacionan con factores motivacionales que provocan comportamientos y actitudes, que luego se traducen en consecuencias para la organización y que pueden influir en la consecución de los objetivos organizacionales.

Finalmente podemos concluir que el Clima Organizacional del Centro de Salud Edgardo Enríquez Fröedden se caracteriza por ser afectado por diversos factores que inciden en su eficacia, entre ellos encontramos el estilo de liderazgo, la comunicación, el choque entre los valores de la organización y los valores individuales del personal; todo ello genera un descontento que lógicamente repercute en el ambiente de trabajo, desarrollando un clima ambiguo, tenso y autoritario que merma la eficacia del personal en sus actividades y el logro de los objetivos de esta organización, en especial lo referido a la implementación y éxito del modelo de salud familiar.

ANEXOS

Anexo N°1.

BITACORA CENTRO DE SALUD DOCTOR EDGARDO ENRIQUEZ FRÖEDDEN

Con el objeto de aportar evidencia al curso de esta investigación, hemos decidido registrar en esta sección los principales acontecimientos ocurridos en el Centro de Salud.

En el mes de marzo del presente año se inicia la implementación del Modelo de Salud Familiar en el Consultorio Edgardo Enríquez Fröedden, periodo que ha estado marcado por una serie de acontecimientos que provocaron diversas reacciones por parte de los funcionarios del centro de salud y que sin duda han afectado las percepciones de los funcionarios, entre los cuales se destacan los siguientes sucesos:

MARZO 2003

Presentación del proyecto piloto de transformación del Consultorio Doctor Edgardo Enríquez Fröedden en Centro de Salud Familiar por parte de la comisión conformada por los médicos de medicina familiar.

ABRIL 2003

Modificación del proyecto inicial: este acontecimiento provoca una situación de gran malestar para la mayoría de los profesionales que estuvieron involucrados en el proyecto inicial, principalmente los tres médicos de medicina familiar, los cuales fueron enviados en forma especial por el Servicio de Salud Metropolitano Sur para realizar esta intervención.

El proyecto inicial señalaba que de acuerdo a la población asignada y a los recursos tanto físicos como de mano de obra, este centro de salud debía contar con tres sectores, cada uno de los cuales atendería una población aproximada de siete mil personas.

En un primer momento el proyecto fue aprobado por los directivos del centro de salud, pero posteriormente en reunión de consejo técnico el Director decidió modificar el proyecto, por que a su juicio no se justificaba la división inicial. Éste fue el inicio de los conflictos entre el Director y los Médicos de Medicina Familiar. Ya que a juicio de estos últimos el Director no respeta los acuerdos contraídos.

MAYO – JUNIO 2003

Sectorización del centro de salud: Referido a la sectorización de la población inscrita, quedando finalmente conformado en dos sectores (rojo y azul). Este acontecimiento generó gran descontento por parte de los miembros de uno de los equipos (rojo), puesto que como consecuencia de una mala planificación su población asignada contenía mayor número de unidades vecinales y por lo tanto una mayor cantidad de pacientes por atender que el sector azul.

Formación de los equipos de salud: este acontecimiento genera descontento por parte de los funcionarios, porque a su juicio la dirección no hace partícipe de sus decisiones a los miembros del centro de salud, ubicando a cada persona en un determinado equipo, sin existir una instancia donde estos últimos pudieran emitir una opinión respecto al equipo, del cual formarían parte.

Distribución del espacio físico: a juicio de sus miembros hubo una mala distribución del espacio físico, como consecuencia de esto y por las características del lugar no se dan las condiciones para llevar a cabo una buena labor diaria, a eso se agrega la escasez de insumos, situación que genera un malestar generalizado por parte de los miembros del centro de salud.

Proceso de ordenamiento de cada sector: nos referimos al proceso mediante el cual los funcionarios deben ubicarse en cada sector y realizar un ordenamiento de la planta física, lo que implica la reubicación de tarjeteros de pacientes crónicos y control de niño sano, según unidad vecinal.

Este acontecimiento genera una situación caótica para el centro de salud, ya que a juicio de los funcionarios de todas las categorías no hubo una planificación que permitiera que este proceso se llevara a cabo en orden, provocando el malestar y descontento por parte de la gran mayoría de los funcionarios, los cuales además fueron citados en horarios extraordinarios para realizar las separaciones correspondientes.

Renuncia al liderazgo de los equipos: nos referimos al momento en que los líderes de equipos deciden renunciar a su responsabilidad, esto como resultado de los conflictos entre el director y los médicos de familia por el no respeto de los acuerdos iniciales. Situación que genera gran desconcierto y desilusión por parte de los miembros de los equipos.

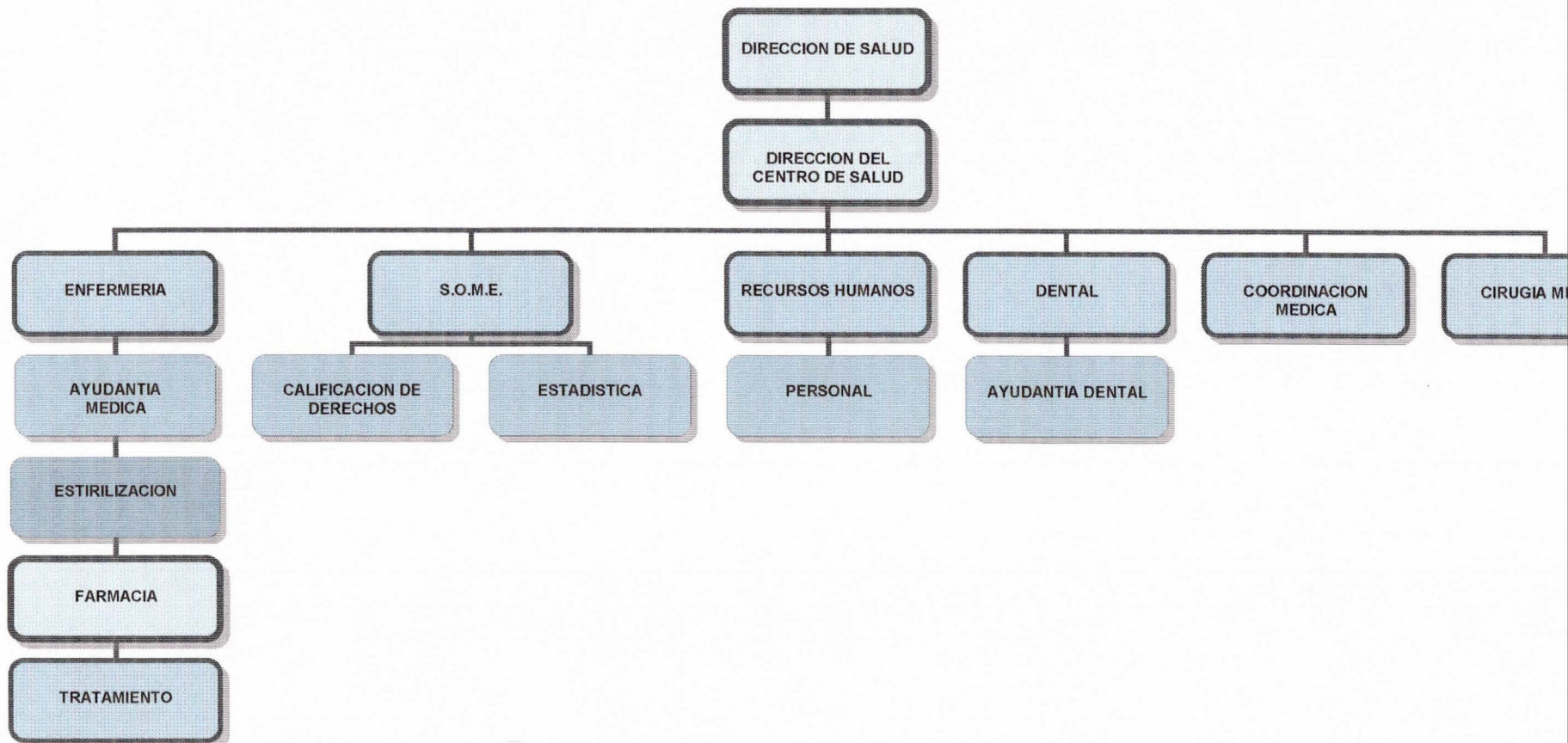
JULIO – AGOSTO 2003

Despido de un medico de medicina familiar: nos referimos al término del contrato de trabajo, de uno de los médicos de medicina familiar, por parte de la dirección del centro de salud.

Esta situación agrava aún más los conflictos entre los médicos de medicina familiar y otros profesionales, con el Director del Centro de Salud

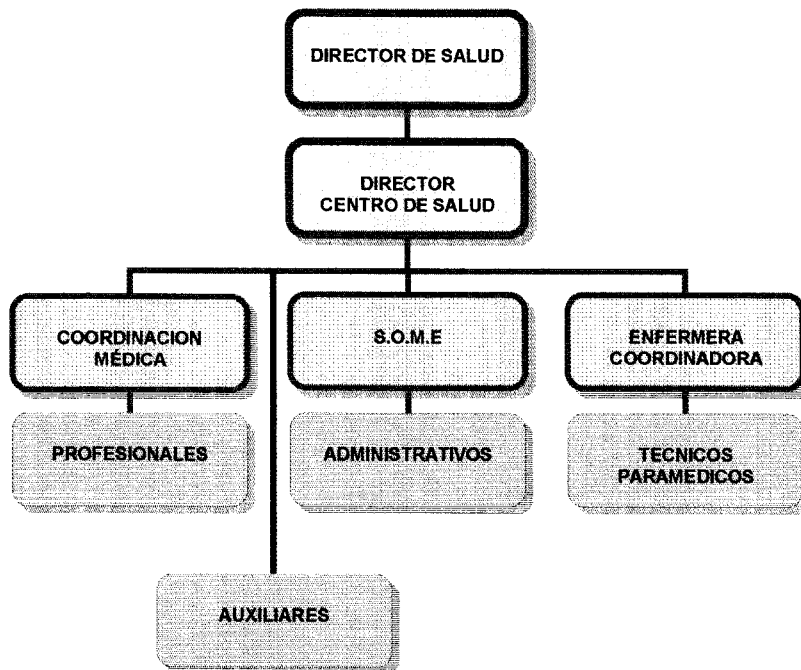
Anexo N°2.

ORGANIGRAMA DE ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



Anexo N°3.

ORGANIGRAMA CENTRO DE SALUD DOCTOR EDGARDO ENRIQUEZ FRÖEDDEN



Anexo N°4.

**TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA
AL DOCTOR CLAUDIO AGUILERA, MIEMBRO DE LA COMISIÓN
EXTERNA ENVIADO POR EL ÁREA SUR,
PARA LA TRANSFORMACIÓN
DEL CONSULTORIO A CENTRO DE SALUD FAMILIAR.**

¿Cuál es su percepción general de la aplicación del Modelo de Salud Familiar en éste Consultorio?

Nosotros cuando entramos en el año 2000, agarramos el proyecto entero, era de líneas generales, no era el proyecto específico para cada transformación.

Cuando vas a aplicar un modelo de salud familiar, tienes que plantearte, el trabajo en equipo, la sectorización, el trabajo con la comunidad, la aplicación de los planes de salud correspondientes, etc. Esas líneas se irán acotando en la medida que va avanzando el proyecto, están consideradas como líneas generales.

Entonces cuando planteamos el proyecto dijimos vamos a hacer esto, desarrollamos nuestro cronograma, dijimos estas son las actividades que vamos a realizar, estos son los pasos que vamos a seguir y fuimos cumpliendo y no hubo aceptación de eso y propusimos otra cosa y también no fue aceptado, y luego el servicio (Servicio de Salud Metropolitano Sur) y nos dijo, ¡Uds. que han hecho!..., a lo que nosotros respondimos ¡esto!..., pero no podemos hacer nada, y nos dijeron ¡es que Uds. han tenido errores acá, tal vez están muy confrontados!, bueno si se puede hacer algo, háganlo de la mejor forma posible, a la chilena, ...bueno ya po'! hagámoslo a la chilena..., y eso es lo que estamos haciendo ahora, en estos momentos nosotros **NO** llevamos el proyecto de salud familiar. Y eso obedece al modelo de dirección.

La dirección nos dijo en una reunión técnica "las decisiones las tomo yo, el resto es socializar ideas", si te dicen eso, asume, nosotros proponemos, nuestra función acá es ser entes asesores.

Ninguno de nosotros tres tenemos ingerencia en las decisiones que se toman en este consultorio.

¿Cuál es a su juicio la posición de la Dirección frente a la aplicación del Modelo de Salud Familiar?

El proyecto que ahora se plantea, es un proyecto de sectorización que la dirección no tiene claro hacia donde va, así de simple. Entonces va a quedar en manos de los responsables de cada sector, si somos capaces de impulsar el equipo o no, en el fondo los jefes de equipo vamos a tener que llevar la carga mas pesada del trabajo, a mi personalmente me asignaron, no me eligieron, eh hice ver mi descontento (absurdo) de la forma en como se estaba asignando la jefatura de equipo de forma Dictatorial o vertical, yo puedo tener buena onda con la demás gente del equipo y capaz que me elijan, pero si no fuera así, y si hay gente que tiene interés en asumir el cargo y tiene buenas ideas, por que lo tengo que asumir yo, Yo en el fondo entiendo que quieren que se diga que nosotros llevamos el proyecto o la responsabilidad de este, y la autoridad se desliga un tanto de la misma responsabilidad.

¿Usted cree que en el corto plazo se llegue a trabajar efectivamente con el Modelo de Salud Familiar?

Yo creo firmemente y se lo he planteado a dos o tres personas, que va a ser muy difícil que se llegue con *ésta Dirección* a trabajar con el modelo.

Nosotros hicimos el análisis de todos los centros de salud y consultorios que habían en el área sur y evaluamos cuales eran los mejores para poder desarrollar el modelo y *éste no era el mejor*.

Y quedamos que a partir de enero de este año, el consultorio se dividiría en 3, a mas tardar marzo, ya teníamos hecho todo, ¡hasta los diagramas de la salas por ejemplo!, la distribución física, la evaluación económica, hicimos incluso un “estudio” de cual era la demanda por unidades vecinales del consultorio y después que volví de vacaciones me informaron que ahora solo serian 2 sectores, y quede ¡Plop!

¿Cuáles son a su juicio las principales falencias que han surgido para la aplicación del Modelo de Salud Familiar en éste consultorio?

Tiene varias falencias, la primera de ellas es que la formación de los equipos de acá, fueron echas en un sentido absolutamente vertical, nosotros definimos la formación de los equipos cuando presentamos el proyecto para la transformación del consultorio en centro de salud familiar, presentamos un proyecto de formación de equipos en donde existiera cierto grado de libertad para la elección de cada una de la unidades, sin embargo fue el director quien definió a los miembros de los equipos.

Esa era la primera falencia, porque trabajar en un proyecto que tu quieres con quien tu quieres, es vital para poder empezar a formar equipos de trabajo.

Lo segundo, es que cuando nosotros planteamos el trabajo en equipo, nos planteamos que cada equipo se iba a ser responsable de una unidad poblacional determinada, consideramos que esa unidad poblacional debía tener una cantidad de población específica y una cantidad de población consultante específica, y cuando lo plateamos en el proyecto, plateamos que la población no debía superar

la cantidad de 7.000 personas por cada equipo de trabajo, el equipo de trabajo estaba estructurado por 8 profesionales, 3 técnicos paramédicos, y 2 técnicos administrativos. Esa era la estructuración de los equipos en su origen. Y eso se tenía que hacer responsable de una unidad de población específica, como esto se estructuro de arriba, se modifíco y se esta implementando de forma casi autoritaria, con la intención de comenzar a trabajar con el modelo de salud familiar, se definió los equipos con 10.500 persona cada equipo, con lo que aumenta considerablemente la carga de trabajo del equipo y este se mantiene con la estructura original de profesionales, el trabajo en equipo ya no tiene la misma orientación que se había determinado al principio.

Ahora hay solo 2 grupos, a diferencia del lo propuesto en el proyecto que originalmente eran 3 con 7.000 personas cada grupo, pero ahora hay solo 2 con 10.500 c/u, lo cual fue decidido por la dirección del consultorio, sin dar una explicación razonable, creo que fue una decisión de poderes.

¿Cuáles son a su juicio los elementos que inciden para que la Dirección tome este tipo de decisiones?

Si el directivo de arriba te dice "...no si yo estoy convencido 100%...", pero, te aseguro que desconoce la materia".

Encuentro que es una cuestión de ignorancia a veces, de desconocer cuales son los contenidos del proyecto.

Yo creo que puede haber varios factores, la excusa que se nos dio a nosotros fue que no había recursos insuficientes para cubrir 3 sectores.

(Entrevista editada, para mayor claridad y brevedad)

BIBLIOGRAFIA

- **Cáceres, Campos, Aguirre, Pinochet.** Clima Organizacional: Diseño y Validación de Instrumento Adecuado a la Realidad Laboral Chilena Para Medir Clima Organizacional. Tesis de Ingeniería Comercial. Universidad de Santiago. 1984.
- **Contreras, B.** Clima Organizacional. Consistencia Interna de un Instrumento y Perfil de una Organización. Tesis Pontificia Universidad Católica de Chile. 1983.
- **Aguilera, Vera, Acevedo, Becerra.** Programa de Salud Familiar, Universidad de Chile. 2001.
- **Figuroa, Alex.** 10 Años Mejorando la Salud de los Chilenos. Ministerio de Salud. 1999.
- **Figuroa, Alex.** De Consultorio a Centro de Salud. Ministerio de Salud. 1997.
- **Chiavenato, Idalberto.** "Administración de Recursos Humanos". 2ª Edición, Ed. McGraw-Hill.
- **Hersey, Blanchard, Johnson.** "Administración del Comportamiento Organizacional". 7ª Edición, Ed. Prentice Hall.
- **Ministerio del Interior, Subsecretaria de Desarrollo Regional y Administrativo.** Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Santiago. Agosto. 1995.

- **Likert, Rensis.** Un Nuevo Método de Gestión y Dirección. Ed. Deusto. Bilbao.1965.
- **Rodríguez, Darío.** Diagnostico Organizacional. Edición Universidad Católica de Chile. 1995.
- **Creces Consultores.** Diagnostico de Clima y Cultura Organizacional, Dirección General de Aeronáutica Civil. Santiago. 1997.
- **Luhmann, Niklas.** Sistemas Sociales. Lineamientos para una Teoría General. 1980.
- **Revista Chilena de Medicina Familiar.** Vol. I, N°5, Diciembre 2000; Vol. IV, N°2, Diciembre 2001; Vol. III, N°3, Diciembre 2002.
- **Foro de los Profesionales de Recursos Humanos.**
<http://www.rrhmagazine.com/servicios/foros/rrhh/foro.asp>
- **Sociedad Chilena de Medicina Familiar.**
<http://www.medicinafamiliar.cl/aps/aps.htm>
- **Medición de Clima Organizacional.**
<http://www.btarg.com/BT0231.htm>

