



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS
MAESTRIA EN GERENCIA HOSPITALARIA



TESIS DE GRADUACION.

**EL COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL EN
EL HOSPITAL DEL NIÑO FRANCISCO DE ICAZA
BUSTAMANTE DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL
FRENTE A LA NUEVA PROPUESTA DE LAS
ESTRUCTURAS POR PROCESO**

AUTORES:

LIC. ROSA ESPINOZA ALCIVAR

LIC. LEONOR MOGROVEJO VERA.

DR. LUIS ZEA SALAZAR

DIRIGIDO POR:

DR. ERNESTO TORRES TERAN.



DP-08052

GUAYAQUIL - ECUADOR
OCTUBRE- 2005



MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA
SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO DE GRADUACIÓN

En Guayaquil, a los 28 días del mes de Octubre del 2005, en el auditorium de la Escuela de Postgrado en Administración de Empresas ESPAE-ESPOL, sustentaron la Tesis de Grado: *"El Comportamiento organizacional en un hospital frente a una reingeniería"*; los señores:

- Mogrovejo Vera Leonor Mercedes
- Zea Salazar Luis Enrique
- Espinoza Alcívar Rosa Hinela

Actuaron como miembros del jurado las siguientes personas:

- Dr. Fernando Sacoto
- Dra. Margarita Velasco
- Dr. Ernesto Torres

Para constancia de lo actuado firman abajo los presentes:

.....
Dr. Ernesto Torres

.....
Dra. Margarita Velasco

.....
Dr. Fernando Sacoto

Se adjunta Acta de Calificaciones.

kam

Escuela de Postgrado en Administración de Empresas

ESPAE

SECRETARIA ACADÉMICA

TABLA DE CONTENIDO

1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	5
2	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	10
3	OBJETIVOS:	12
3.1	GENERAL.	12
3.2	ESPECIFICOS	12
4	MARCO TEORICO Y CONTEXTUALIZACION.	13
4.1	EL HOSPITAL FRANCISCO DE YCAZA BUSTAMANTE.	13
4.1.1	RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL.	13
4.1.2	DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL.	15
4.1.3	EL ENTORNO	17
4.1.4	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL	19
4.1.5	LA REFORMA DE LA SALUD EN EL ECUADOR: ASPECTOS GENERALES Y PROPUESTA DEL CAMBIO ORGANIZACIONAL POR PROCESOS	21
4.2	TEORIA DE LA ORGANIZACIÓN.	26
4.2.1	TEORÍA DE SISTEMAS	26
4.2.1.1	El pensamiento sistemático.	31
4.2.1.2	El análisis de sistemas	31
4.2.1.3	La administración sistemática	32
4.2.1.4	La aplicación del enfoque sistémico en salud.	32
4.2.1.5	El enfoque sistémico en la administración de salud.	33
4.2.2	CALIDAD	34
4.2.2.1	Dimensiones de la calidad.	35
4.2.2.2	¿Qué es la garantía de calidad?	35
4.2.3	LA ORGANIZACIÓN	37
4.2.3.1	Partes fundamentales de una Organización	38
4.2.3.1.1	Los componentes explícitos:	38
4.2.3.1.2	Componente subyacentes	39
4.2.3.2	Los mecanismos básicos de coordinación	39
4.2.3.3	Parámetros o elementos fundamentales del diseño de una Organización	40
4.2.4	TIPOS DE ORGANIZACIONES MÁS COMUNES.	41
4.2.5	LA ORGANIZACIÓN POR PROCESOS.	43
4.2.6	LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LOS HOSPITALES	48
4.3	COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL.	49
4.3.1	FUNDAMENTOS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INDIVIDUOS.	49
4.3.1.1	Características biográficas.	49
4.3.1.2	Habilidades.	50
4.3.1.3	Personalidad.	50
4.3.1.4	Aprendizaje	51
4.3.1.5	Valores, actitudes y satisfacción en el trabajo:	52
4.3.1.5.1	Tipos de valores	53
4.3.1.6	Percepción y toma individual de decisiones.	55
4.3.1.7	Motivación.	56
4.3.1.7.1	La persona dentro de la motivación laboral	56
4.3.1.7.2	Teoría de las necesidades	56
4.3.1.7.3	Incentivos un medio para despertar la motivación	57
4.3.2	FUNDAMENTOS DEL COMPORTAMIENTO DE GRUPO	60
4.3.2.1	Definición y Clasificación de los grupos	60
4.3.2.2	Etapas de desarrollo del grupo	61
4.3.2.3	Estructura del grupo	62

4.3.2.4	Equipos de trabajo.	62
4.3.2.4.1	Tipos de equipos.	62
4.3.2.4.2	Habilidades de los miembros del equipo.	62
4.3.2.4.3	Los roles de los miembros en el equipo de trabajo.	62
4.3.2.4.4	Transformación de los individuos en elementos de equipo.	63
4.3.2.4.5	Etapas del desarrollo del grupo.	63
4.3.2.4.6	Beneficios de introducir equipos de trabajo.	63
4.3.2.5	Comunicación.	64
4.3.2.5.1	Proceso de la comunicación bidireccional.	64
4.3.2.5.2	Barreras de la comunicación.	65
4.3.2.5.3	Necesidades de comunicación.	65
4.3.2.5.4	Prácticas de comunicación descendentes.	65
4.3.2.5.5	Prácticas de comunicación ascendente.	66
4.3.2.6	Liderazgo.	66
4.3.2.6.1	Estilos de liderazgo	66
4.3.2.7	Poder y política.	67
4.3.2.8	Conflictos.	68
4.3.3	FUNDAMENTOS DEL COMPORTAMIENTO DE LA ORGANIZACION	69
4.3.3.1	Diseños y Tecnología del trabajo.	69
4.3.3.1.1	Proceso de mejoramiento continuo	70
4.3.3.1.2	Reingeniería de los procesos.	70
4.3.3.1.3	Sistema de manufactura flexible.	70
4.3.3.2	Políticas y prácticas de recursos humanos.	71
4.3.3.2.1	Evaluación del desempeño	72
4.3.3.2.2	Beneficios de la evaluación del desempeño.	73
4.3.3.2.3	Sistema de evaluación del desempeño de los equipos.	73
4.3.3.3	Interfaz gerencia – sindicato.	74
4.3.3.4	Cultura organizacional.	74
4.3.3.4.1	Institucionalización: Un antecesor de la cultura	74
4.3.3.4.2	Culturas fuertes en comparación con las débiles	76
4.3.3.4.3	Funciones de la cultura	76
4.3.4	EFFECTOS DEL COMPORTAMIENTO DE INDIVIDUOS Y GRUPOS EN LOS RESULTADOS DE LA ORGANIZACIÓN	77
4.3.4.1	Productividad	77
4.3.4.2	Satisfacción laboral.	78
4.3.4.2.1	Nivel de satisfacción laboral.	78
4.3.4.3	Involucramiento en el trabajo.	79
4.3.4.4	Compromiso organizacional.	79
4.3.4.5	Efectos de la satisfacción laboral en el desempeño de los empleados.	79
4.3.4.6	Satisfacción y ausentismo.	79
4.3.4.7	Satisfacción y rotación.	80
4.3.4.8	Como expresan los empleados su insatisfacción.	80
4.3.4.9	Satisfacción laboral y comportamiento ciudadano organizacional.	81
4.3.4.10	Satisfacción laboral y satisfacción de los clientes.	81
4.4	EL CAMBIO ORGANIZACIONAL	82
4.4.1	CAMBIOS DE PRIMERO Y SEGUNDO ORDEN	82
4.4.2	NIVEL DEL CAMBIO	83
4.4.3	CICLOS DE CAMBIO	83
4.4.4	COMPRESION ESTRATEGICA DEL CAMBIO	84
4.4.5	FUERZAS DEL CAMBIO	85
4.4.6	RESISTENCIA AL CAMBIO	85
4.4.6.1	Resistencia individual	86
4.4.6.2	Resistencia organizacional	87
4.4.7	ADMINISTRACION DEL CAMBIO ORGANIZACIONAL	87
4.4.7.1	Planeación e implantación del cambio	88
4.4.7.1.1	Tácticas de manejo de la resistencia al cambio	88
4.4.7.1.2	Estrategias de implantación	89
4.4.7.1.3	Modelo de tres etapas de Lewin	90
4.4.7.1.4	Investigación de la acción	90
4.4.7.1.5	Desarrollo organizacional	91

5. VARIABLES	
5.1.1 DEPENDIENTES:	93
5.1.2 INDEPENDIENTES:	93
5.2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	94
6 DISEÑO METODOLÓGICO	102
6.1 TIPO DE ESTUDIO.	102
6.2 UNIVERSO Y MUESTRA	102
7 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.	103
8 RESULTADOS ANALISIS Y CONCLUSIONES	104
8.1 EL EMPLEADO HOSPITALARIO	104
8.1.1 COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN HOSPITALARIA	104
8.1.2 SATISFACCIÓN LABORAL	107
8.2 SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO	111
8.2.1 CONSULTA EXTERNA	111
8.2.2 EMERGENCIA	112
8.2.3 HOSPITALIZACIÓN	112
8.3 PRODUCTIVIDAD LABORAL.	115
8.4 GRUPOS HUMANOS AL INTERIOR DEL HOSPITAL	118
8.5 LA ORGANIZACIÓN	118
8.6 IMPLEMENTACION DE LA NUEVA ESTRUCTURA POR PROCESO	123
8.7 SITUACION ACTUAL. ULTIMA CRISIS.	130
9. RECOMENDACIONE	132
10 Bibliografía	137
11 ANEXOS	138



1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente ,(2005) en el Hospital del Niño Francisco de Ycaza Bustamante, se ha impuesto la implementación de una nueva de gestión organizacional por procesos, es decir, bajo el enfoque de la nueva gestión pública que el Gobierno Nacional viene impulsando desde que se inicio el programa de la Reforma del Servicio Civil Ecuatoriano, elaborado en el marco de la Reforma del Estado, considera “indispensable que las instituciones que conforman la Administración pública, dispongan de una estructura genérica que garantice el principio constitucional de igualdad ante la ley, como base para el desarrollo de la carrera del Servidor Público y flexibilice la gestión organizacional de las entidades que lo conforman”¹.

La falta de transparencia en la gestión ha suscitado un ciclo de ineficacia, baja productividad y profunda apatía en algunos componentes del sistema. Los modelos obsoletos de relación entre instituciones de salud, proveedores y clientes, asociados a los obstáculos administrativos, han ocasionado insatisfacción de los usuarios, pérdida de tiempo y aumento de los costos de producción.

Para contrarrestar esta crisis de valores necesitamos un amplio conocimiento de las verdaderas necesidades y expectativas de los ciudadanos y una permanente comunicación entre el nivel gobernante y el personal de la salud.

Con el propósito de solucionar estos problemas y alcanzar la satisfacción de los clientes externos e internos, el Gobierno ha dispuesto la implantación del sistema de gestión de calidad en todas las entidades de la administración pública, a través de una estructura organizacional por procesos, que permita aumentar la competitividad y permanencia institucional e incrementar la calidad de los productos.

De esta manera se pretende contar con servidores públicos competentes en los puestos adecuados de acuerdo a los requerimientos que brinden respuestas efectivas y eficaces a las demandas de cliente-ciudadano.

La referencia normativa de la nueva estructura por procesos, se sustenta en la Ley orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y su Reglamento General de Aplicación.

La estructura por procesos del Ministerio de Salud Pública fue aprobada mediante resolución transitoria 026 de la ex-OSCIDI el 17 de julio de 2003, lo cual facilitó el ingreso del personal en la escala salarial de 14 grados. Para avanzar hacia la resolución definitiva es necesaria la elaboración del estatuto definitivo mediante el levantamiento de la ruta documentada o diagrama de procesos en las matrices de actividades y tareas con sus interrelacionamientos y la estructura ocupacional institucional.

Los procesos identificados guardan coherencia y complementariedad en planta central, subsecretarías regionales, direcciones provinciales, áreas de salud y hospitales. Para cada proceso se definieron los subprocesos y productos esenciales correspondientes.

¹ Resolución de la OSCIDI publicada en el Registro oficial 234 Quito viernes 29 -XII 200 (Art. 3 -4 lit 8).

Durante los primeros días de febrero de 2004, el grupo ministerial, con asesoría técnica de OPS/OMS, esclareció los cuadros de interrelacionamiento, estabilizó los puntos frágiles y preparó el documento de trabajo para la primera etapa de la gestión del cambio.

El día 18 de febrero el Señor Ministro de Salud Pública dispuso la difusión nacional de las nuevas estructuras y el inicio de la capacitación a todos los niveles, en el marco del sistema de gestión de calidad por procesos.

Esta nueva estructura es un cambio impuesto desde arriba, el que no ha sido asimilado por los funcionarios hospitalarios, nadie ha podido aún explicar lo que implica en cuanto al cambio de funciones, responsabilidades, estructura jerárquica, nuevas formas de trabajo, etc.

No ha habido un impulso desde los funcionarios del nivel central del ministerio, donde según conocemos hay una fuerte resistencia a los nuevos roles asignados, habiéndose generado un movimiento que trata de anular la aplicación de esta modificación.

En el hospital, la mayoría de los funcionarios asume una actitud pasiva, sin asumir los nuevos roles que implica el cambio propuesto, limitándose a realizar sus funciones de la manera habitual, lo cual constituye una resistencia pasiva.

Los cargos directivos con la nueva estructura organizacional han sufrido un cambio en su nomenclatura, aunque en la práctica son equivalentes a los Jefes Departamentales y de Servicios de la antigua estructura. A continuación citaremos las nuevas denominaciones y su descripción.

Coordinador de Proceso.- Es el responsable de la planificación, ejecución y evaluación del proceso.

Líder de Equipo.- Responsable de la coordinación, ejecución y evaluación del subproceso.

Miembro de Equipo.- Responsable de la ejecución de los procesos, formulación de proyectos (valor agregado a los procesos)

Asistente Operativo.- Brinda apoyo al nivel operativo en la materialización y ejecución de los procesos.

Estos son los roles que comprenden los distintos niveles funcionales y procesos establecidos en el hospital, en función de las competencias del servidor y de acuerdo a los criterios arriba expuestos².

² Suplemento-Registro Oficial # 234, Viernes 29/12/2000.

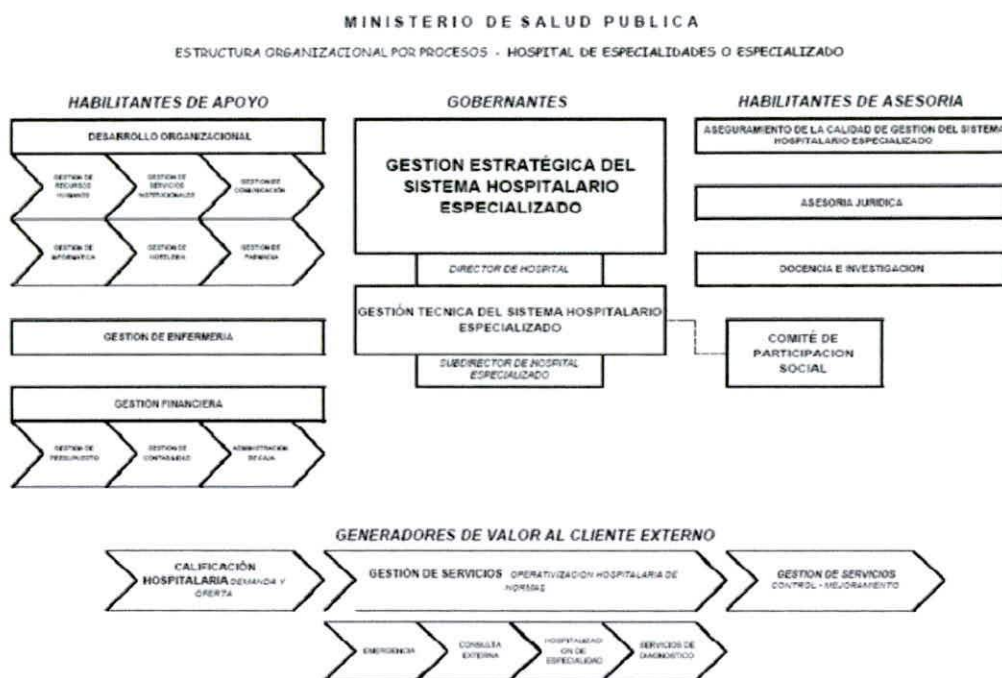


Fig. 1. La estructura por procesos. Tomado de presentación de la Directora en Mayo 2004.

La figura 1 describe la estructura por procesos correspondiente a un hospital de tercer nivel, de acuerdo a la jerarquización de la cadena de clientes, productos, subproductos y procesos, que realizara la Comisión de estructuras del Ministerio de Salud, y que fuera difundida en el documento "Fundamentos de la estructura organizacional por procesos" de fecha 8 de Marzo del 2004, por la mencionada Comisión.

La estructura como consta en la figura no parece cumplirse de acuerdo a la lista de Coordinadores y líderes que nos proporcionó el Departamento de Personal. La lista proporcionada está en orden alfabético de los profesionales propuestos, nosotros hemos modificado el orden, tratando de distribuirlos de acuerdo a los procesos, y añadiendo una columna de capacitación en Gerencia o afines para los nombramientos realizados.³

De la lectura del listado en mención, podemos observar que parece ser que la nueva estructura, a pesar de ser una REINGENIERÍA, no ha partido de re pensar los procesos y rediseñar los puestos de acuerdo a las necesidades de la ORGANIZACIÓN, sino que se ha adaptado para acomodar a los mismos jefes que ya existían antes con la estructura antigua. De acuerdo al listado mencionado, se ha colocado un líder en los lugares donde antes había un Jefe de Servicio Médico, o una Jefa de Sala Enfermera. En este último caso además se ha nombrado líderes de acuerdo a los diferentes horarios en que se desempeñan. Como resultado tenemos 37 líderes enfermeras que siguen mandando a sus enfermeras.

³ Ver Anexo 11: Lista de coordinadores y líderes.

No se ve por ninguna parte la conformación de equipos multidisciplinarios por procesos, y en la práctica persiste la estructura funcional separada por profesiones.

Los servicios de apoyo siguen siendo los mismos (con excepción del aumento de la hotelería) con los mismos Jefes que ahora se llaman líderes.

No se ha roto la separación funcional, viéndose que la Gestión de Enfermería se encuentra aislada y fuera del Proceso Operativo generador de Valor agregado..⁴.

El principal motor de la reestructuración ha sido la ubicación para remuneraciones según la escala nueva de 14 sueldos, de allí provienen las distorsiones.

Debemos agregar a lo referido que se han cambiado las denominaciones en el distributivo de sueldos y salarios y entregado las nuevas acciones de personal, único documento legal que acredita a los funcionarios públicos su condición de líder o coordinador de algún proceso que es responsable, ante lo cual surge la interrogante ¿responsable de qué? Si hasta la presente fecha no se han diseñado los perfiles ocupacionales que guarden relación y armonía con los nuevos roles y competencias del servidor público y en función de las necesidades que hay que ajustarlas a la nueva realidad del cambio de estructura propuesto.

Como menciona Robbins, entre los retos de los líderes de una organización están el estimular la creatividad y mantener una actitud de tolerancia al cambio de sus trabajadores. Solo así es posible que una organización se mantenga exitosa en esta época de cambio constante y acelerado en las organizaciones, para mantenerse flexibles, mejorar la calidad de los productos que ofrecen, y enfrentar la competencia.⁵

El total del personal en general no se ha interesado, ni involucrado en la implantación de la nueva estructura. La mayoría sigue haciendo su trabajo en la forma habitual o rutinaria.

El cambio de estructura propuesto ha quedado en el papel, sin haberse realmente adoptado como nueva forma de gestión. Por lo tanto los beneficios que se esperaban del mencionado proceso no se ven

Por lo expuesto nos hemos convencido que el mayor problema ha sido y es la falta de socializar la nueva propuesta al universo de los actores del MSP y en todos los niveles de mando y subalternos que tiene el Ministerio de salud Pública, sin dejar de añadir a este problema el quemeimportismo en el cambio de actitud que deben comenzar a poner en práctica quienes se encuentran en la línea de mando y que finalmente este proceso se convirtió en el acomodo por amistades, contactos estratégicos en el MSP y en la SENRES para mejorar posiciones no merecidas ni por experiencias peor por formación académica, procedimientos que han sido y son cuestionados por actores que

⁴ Ver anexo 12: Cuadro Semejante a la Estructura descrita, con los nombres de los líderes y coordinadores nombrados. Elaborado por el Comité de Gestión hospitalaria del mismo hospital a finales del 2004. Notese que las Enfermeras no se han ubicado a pesar de tener 37 líderes. Debería constar una en cada servicio de especialidad, pero entonces ¿quien sería el líder del equipo multidisciplinario, la enfermera o el médico?.

⁵ El CO asegura, que en general, la conducta de los individuos es predecible si sabemos como una persona percibió la situación y que es lo que considera importante. S.P. Robbins. Comportamiento Organizacional. 10ma Edic. PEARSON EDUCACIÓN, Mexico, 2004. pag 20.

merecían mejores ubicaciones por cumplir con todos los parámetros que impuso la SENRES y que finalmente han logrado hacer tambalear a la estructura propuesta en la mente y conducta del personal del MSP.

Del planteamiento anterior surgen interrogantes como: ¿Cuáles son los factores culturales de la organización que no han favorecido la implantación del cambio propuesto? ¿Se ha realizado la debida socialización e inducción para generar el cambio? ¿Cuáles son las características y actitudes necesarias en la población hospitalaria para la aplicación de una estructura y gestión por procesos? ¿Cuál es el rol esperado del liderazgo institucional para motivar los cambios institucionales?

2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El Estado y el Ministerio de Salud en particular están empeñados en realizar esta reforma estructural con la finalidad de mejorar la gestión del sistema de salud.

Al parecer la gestión por procesos está tambaleando en todos los niveles del ministerio; prueba de ello es, que en ninguna de las unidades operativas, ni en la planta central del MSP, se trabaja con este modelo de gestión hasta la fecha.

Se hace necesario comprender la problemática por la cual no se ha podido implementar la gestión por procesos y establecer una posible vía de implantación de la misma para el futuro.

Nuestro principal interés en este trabajo es poder aplicar todas las herramientas, que como parte de un proceso de capacitación hemos aprendido a lo largo de la I Maestría en Gerencia Hospitalaria, en particular durante el módulo de Comportamiento Organizacional que estuvo dirigido por la Lcda. Margarita Velasco, especialista en este campo.

Las bases teóricas del estudio del comportamiento organizacional, permiten analizar e interpretar las motivaciones y conductas de personas y grupos dentro de una organización.

El análisis de los factores que influyen en la conducta de los individuos, como son sus características biográficas, personalidad, valores y actitudes, educación, permite comprender la forma de percibir los hechos y predecir razonablemente la toma de decisiones a nivel individual de los miembros de una organización ante una situación dada.⁶

El estudio de las agrupaciones formales e informales, el surgimiento de liderazgos dentro de las mismas, la visualización de los conflictos que surgen en su interior a lo largo del tiempo, nos guía en la identificación de los núcleos de poder formal e informal que influyen en el direccionamiento que toman las organizaciones y su respuesta a las propuestas de cambio.

Técnicamente, contamos con los recursos científicos de aplicación que hemos aprendido durante el módulo de Comportamiento Organizacional y otras herramientas y conocimientos de módulos anteriores.

El presente estudio de lo que está sucediendo en el Hospital Francisco de Ycaza Bustamante esperamos que sirva como modelo referencial para la aplicación en las otras unidades del MSP, lo que permitiría, viabilizar la implantación del modelo de gestión por procesos.

⁶ El CO asegura, que en general, la conducta de los individuos es predecible si sabemos como una persona percibió la situación y que es lo que considera importante. S.P. Robbins. Comportamiento Organizacional. 10ma Edic. PEARSON EDUCACIÓN, Mexico, 2004. pag 9.

Se analizarán los factores que influyen a nivel individual, la escala de valores y actitudes de la población hospitalaria, la composición de la misma en cuanto a sus características biográficas y de personalidad, las habilidades adquiridas, el grado de motivación y la percepción de la comunicación organizacional, y sus consecuencias a nivel individual.

Se estudiarán los grupos formales e informales existentes en el hospital, su historia, liderazgos, intereses grupales, e influencia en la toma de decisiones a nivel organizacional.

Identificaremos las políticas y prácticas de recursos humanos, la estructura organizacional actual y la nueva propuesta.

Al final se establecerán los resultados de todos estos factores en el comportamiento global de la organización en cuanto a su productividad, ausentismo, rotación y satisfacción del personal.

Nuestro ámbito de investigación será el Hospital Francisco de Ycaza Bustamante y su población de empleados y trabajadores.

Nuestra investigación abarcará la consideración de los acontecimientos ocurridos desde la adopción de manera oficial de parte del MSP (registro oficial 234 de 29 de diciembre del 2000) de la nueva estructura por procesos hasta la presente fecha.

Esperamos que este estudio sea de utilidad para la Dirección del Hospital, el Ministerio de Salud, para otros interesados en el análisis de comportamientos de personas y grupos dentro de instituciones; y, para nosotros al permitirnos adquirir experiencia para el manejo de la Administración de los Recursos Humanos, pues nos permitirá aplicar todo lo aprendido como estudiantes y profesionales. Además le servirá a la institución como una base para estudios futuros de un aspecto que no ha sido analizado anteriormente, ni esta planificado, el estudio del comportamiento organizacional.

Es nuestro interés que este trabajo sirva como un modelo de conocimiento y evaluación para otras instituciones públicas o privadas.



3 OBJETIVOS:

3.1 GENERAL.

Identificar los elementos claves que definen el comportamiento organizacional de los empleados y trabajadores del hospital del niño y relacionarlos con la falta de implementación del nuevo modelo de gestión organizacional por procesos.

3.2 ESPECIFICOS

1. Identificar los elementos determinantes del comportamiento organizacional de los individuos :empleados y trabajadores de la institución.
2. Determinar las características de la cultura organizacional del hospital del niño.
3. Analizar la cultura organizacional de la institución frente a las estructuras por proceso e Identificar los elementos de conflicto de la nueva estructura con el sistema de valores y cultura organizacional de la población estudiada.

4 MARCO TEORICO Y CONTEXTUALIZACION.

4.1 EL HOSPITAL FRANCISCO DE YCAZA BUSTAMANTE.

4.1.1 RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL.

En el mes de Diciembre de 1951, en el Club de Leones nace la idea de la construcción de un nuevo hospital pediátrico para la ciudad de Guayaquil, dando origen al primer Comité pro construcción del Hospital de Niños del Club de Leones de Guayaquil. Este organismo estuvo integrado por distinguidos miembros de la Comunidad entre los que se encontraban los doctores Francisco de Ycaza Bustamante, Alfredo Valenzuela Barriga y Rosendo Arosemena Elizalde.

Este comité realizó las primeras gestiones ante las autoridades de salud. Para este efecto recogió mas de 10.000 firmas en la ciudad de Guayaquil, que apoyaban la construcción de este nuevo hospital.

Para conocer las necesidades que debía cubrir el nuevo hospital, se elaboraron estudios epidemiológicos de su área de influencia. Además se efectuaron análisis estadísticos sobre la tasa de natalidad, mortalidad infantil, población infantil, grupos etarios afectados, y morbilidad mas frecuente. Este trabajo le mereció especial reconocimiento a su autor, el prestigioso pediatra guayaquileño, Alfredo Valenzuela Barriga, para ese entonces asesor médico de ese comité.

Para el año 1963, preside el comité el doctor Elio Esteves Bejarano, quien decidió transferirlo a la honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil, para que remplazara al Hospital Alejandro Mann. Esta acción fue acogida con beneplácito y la respuesta no se hizo esperar, asignándole dos manzanas de su propiedad, en el sitio donde se encuentra actualmente.

En aparente letargo se encontraba este proyecto hasta el año 1970, cuando en las páginas editoriales del diario el Universo, aparece un artículo titulado Un Proyecto Frustrado, donde se reclama la inacción de la Junta de Beneficencia. Esto sirvió de acicate para que el gobierno tomara el proyecto en sus manos, mediante decreto presidencial # 04, de Enero 4 de 1971, publicado en el registro oficial # 137, suscrito por los Doctores José María Velasco Ibarra, presidente y Francisco Parra Gil, Ministro de Salud.

Recién en el año 1977, se inicia la construcción del hospital, el mismo que fue concluido cinco años mas tarde en Diciembre de 1981, cuando se inaugura el Servicio de consulta externa, y se designa como primer director de la Institución al Dr. Luis Sarrazín Dávila. La inauguración de la totalidad de sus servicios ocurrió el 10 de octubre de 1985.

Esta unidad operativa creada como respuesta a las necesidades de salud de la población infantil, se encuentra en el centro de la ciudad de Guayaquil, está catalogada como un hospital de referencia nacional y ofrece servicios de salud en especialidades pediátricas.

La demanda que se registra es de carácter nacional, sin embargo su área de mayor influencia son los barrios urbano marginales de la ciudad, con el 70% del total, los cantones de la provincia del Guayas con el 18% y otras provincias, especialmente los Ríos y Manabí con el 12%.

Su equipamiento en base a un contrato "Llave en mano" fue hecho con equipos de avanzada tecnología y de marcas alemanas conocidas mundialmente. Se consiguió colaboración de Gobiernos amigos (Alemania y México) para el entrenamiento de personal de todos los niveles con la finalidad de que estos sirvieran como núcleo rector y organizativo de la actividad hospitalaria. Constituyéndose en el primer hospital del país que su planificación incluyó la formación y capacitación de Recursos humanos paralelamente a su construcción y previo a su apertura.

Inicialmente la atención fue totalmente gratuita, recibándose pacientes de casi todas las provincias del País, incluidas Esmeraldas y las Orientales, usualmente no consideradas como área de influencia de nuestra provincia. Es a fines del año 1987 cuando empiezan los problemas por falta de insumos, debido a un presupuesto insuficiente, que se agrava por el incremento de la tasa inflacionaria. Como consecuencia de lo anterior, se hizo necesario implementar como norma el que los pacientes adquieran fuera del hospital, la mayoría de los insumos necesarios para su atención, ya que la Institución no podía entregárselo por falta de fondos y no podía vendérselos por así prohibirlo la Ley. Sin embargo se trabajaba bien pues los equipos básicos funcionaban.

Desde 1988 la situación se deteriora progresivamente, las alícuotas mensuales se envían con uno o dos meses de retraso, los presupuestos anuales se agotan en Octubre o Noviembre de cada año.

El Año 1991 todos los indicadores de función hospitalaria disminuyen en 30 % por lo menos; así las consultas externas atendidas pasan de 92.000 a 56.000; el número de Radiografías disminuyó de 23.000 a 14.000, realizándose solo radiografías simples; las intervenciones quirúrgicas van de 3.450 a 1.600.

En 1992 con el cambio de Gobierno, se inicia un intento de rehabilitación con la intervención de Técnicos de la empresa privada, contratados por el Estado, que hicieron un diagnóstico de la situación e iniciaron algunas reparaciones que se quedó en lo superficial, sin resolver los problemas mas importantes como Rayos X y Quirófano, por discontinuidad del aporte económico del Estado.

En este mismo año se logra un Convenio entre el Instituto Nacional del Niño y la Familia, que a través de la Fundación Francisco de Ycaza Bustamante, aporta S/.220'000.000 de sucres, que sirvieron para la rehabilitación de Rayos X, Re-equipamiento parcial de Quirófanos, UCI, Emergencia, y Esterilización. Junto con estos esfuerzos locales, el Gobierno Central reinició sus esfuerzos, estableciendo la Intervención del Hospital a cargo de Funcionarios de la Subsecretaría Regional.

En 1993 se inicia las gestiones para lograr un crédito no reembolsable del Gobierno del Japón para rehabilitar varios hospitales de la República, entre los que se incluyó al "Francisco de Ycaza Bustamante".

En 1994 se lleva adelante la llamada "Autogestión", sistema de recuperación de costos, en el cual el Hospital se convierte en uno de los pioneros, creando las bases normativas



y legales para el cobro de las tasas correspondientes a través de la Fundación "Francisco de Ycaza Bustamante", y su manejo por un comité tripartito formado por delegados de la Fundación, el Hospital, y la Asociación de médicos. Este mecanismo de recuperación de costos fue suspendido, después de un año de exitoso funcionamiento, por un Acuerdo Ministerial debido a presiones Sindicales.

En 1995 se recibe la donación del Gobierno Japonés, consistente en equipos valorados en aproximadamente dos y medio millones de dólares americanos. Paralelamente el Ministerio aporta con mas equipos por una cantidad de aproximadamente Dos mil millones de sucres.

Con el Re-equipamiento mencionado, el hospital recobra su capacidad operativa.

A fines de 1995 llega al hospital la nueva corriente de la llamada "Calidad Total" a través del Programa Nacional de Mejoramiento de la calidad de los Servicios de Salud, que tiene como objetivo la educación y capacitación de los recursos humanos para lograr introducir la metodología de diagnóstico y resolución de problemas del mejoramiento continuo. Se capacitaron mas de veinte personas, formándose un grupo de trabajo que realizó algunas intervenciones en el hospital. Es de lamentar que la falta de continuidad del programa desde el nivel central, y la falta de compromiso gerencial local en algunos casos, hicieron que se desarticulara el grupo. Algunos todavía están en el hospital, y han avanzado en su desarrollo personal con mayor capacitación, ya sea en Gerenciamiento de Servicios de Salud o Salud pública. Otros han buscado ubicación en otras unidades del MSP.

En 1997 a través de las acciones de la Fundación Francisco de Ycaza Bustamante, se logra conseguir un convenio con el INNFA, por el cual se consigue el dinero para instalar un servicio de Hemodiálisis en el hospital. Se remodela un área en el cuarto piso donde funciona hasta la presente fecha el servicio en mención.

En 1998 se inicia en el país el Proyecto Modersa, y el Hospital del Niño es el primero en solicitar su ingreso al mismo. Por razones que no son pertinentes a este trabajo, el hospital no es admitido en el mismo hasta el año 2000.

Desde hace 3 años el hospital ha recibido a través del proyecto Modersa fondos para capacitación, reparaciones de la infraestructura, y equipamiento.

Además desde fines del año 2002 el MSP ha realizado cambios en la Estructura Organizacional a todo nivel, inclusive los hospitales. Se está implementando un nuevo modelo Gestión por procesos, que implica un reordenamiento total de jerarquías y forma de trabajar. El resultado de estos cambios, se verá en un futuro cercano.

4.1.2 DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL.

El Hospital del Niño "Francisco de Ycaza Bustamante" se encuentra ubicado en la ciudad de Guayaquil, Provincia del Guayas.

Es el hospital mas grande y de mayor complejidad que mantiene el Ministerio de Salud Pública en la Costa Ecuatoriana.

Fue inaugurado en 1985 con una dotación de 356 camas. En 2003 trabajó con un promedio de 288 camas disponibles. Ciento noventa camas de Clínica médica y 97 Quirúrgicas.⁷

Nuestro hospital es un hospital especializado y de especialidades, dedicado a la atención de la población pediátrica del país. Está clasificado por el Ministerio de Salud, como una unidad prestadora de servicios de nivel terciario.

El hospital presta atención de internación y ambulatoria, esta última a través de los servicios de Emergencia y Consulta Externa.

En la actualidad el Hospital cuenta con Servicios Médicos y Odontológico; en el campo médico pediátrico atiende en dos especialidades básicas, y dentro de ellas se concentran 20 sub especialidades. (Ver Anexo 1)

El Hospital se encuentra en el centro de la ciudad de Guayaquil, con fácil acceso por transporte terrestre privado o público.

El Edificio es funcional, diseñado especialmente para el efecto.

Posee entradas diferenciadas para los pacientes que acuden a Consulta Externa, Emergencia, y Familiares de Hospitalizados.

La consulta externa es bastante concurrida, el área de sala de espera es amplia, pero en algunos momentos hay personas que no alcanzan asiento. Hace un año se colocaron centrales de aire acondicionado nuevas, y se arreglaron los consultorios con muebles nuevos. Gracias a la colaboración de una Fundación, existen instalaciones de circuito cerrado, donde se manejan los TV que están ubicados en las áreas de mayor demanda de pacientes. En algunas ocasiones se pasan videos educativos. Es común observar a los educadores para la salud dando charlas con papelógrafos a las madres mientras esperan al turno de atención.

Los servicios de apoyo como Rx, Farmacia, Laboratorio se encuentran en la planta baja, con fácil acceso desde la CE y la Emergencia, aunque en el caso de la Farmacia, esta no es muy visible desde la Emergencia, por lo que la compra de sus recetas las hacen fuera del hospital, notándose la proliferación de boticas frente a la Emergencia.

La emergencia es pequeña. Durante el día se la ve muy concurrida, en su mayoría por pacientes que no tienen verdaderas urgencias como puede notarse del informe de morbilidades atendidas.⁸

Las salas de hospitalización son 16, cuatro por piso. Diez comparten un modelo de sala común con 24 camas cada una. Cuatro salas están distribuidas en cubículos con 4 a seis camas. Las dos restantes corresponde a la Unidad de Cuidados Intensivos y a la Unidad de Quemados ubicadas en el primer piso junto a la Central Quirúrgica.

⁷ Datos obtenidos del informe Anual del año 2003 del Departamento de Estadísticas del Hospital Francisco de Ycaza Bustamante.

⁸ Informe Anual de estadísticas del año 2003.



La distribución actual de las salas se ha hecho atendiendo al antiguo modelo de asignación por especialidades o subespecialidades. De acuerdo a la tendencia actual y para ser congruente con la nueva estructura organizacional por procesos, lo mas recomendable sería una distribución por Cuidados Progresivos.

Los familiares (uno por paciente), excepto los de cuidados intensivos y similares, tienen acceso a estar con su niño y a pasar la noche en el hospital (en una silla). En los corredores de acceso a los cuidados intensivos esperan los familiares de estos niños, en sillas, por las noches algunos duermen en el suelo.

4.1.3 EL ENTORNO

La sociedad ecuatoriana ha sido sometida a cambios importantes que en los últimos años han significado un ambiente de incertidumbre constante, que de alguna manera se refleja en los individuos y en las instituciones.

Desde el año 2000 se dolarizó la economía. Esto trajo como consecuencia una disminución inicial brusca del poder adquisitivo de los salarios, pero que posteriormente ha mejorado con alzas salariales importantes. La inflación en el momento actual ha bajado drásticamente, pero no fue así en los primeros años de dolarización, tanto que como una broma se decía “hemos devaluado la moneda mas poderosa del mundo”. El resultado final ha sido salarios mas altos pero con menor poder adquisitivo. El costo de la Canasta básica familiar paso de \$180 (ciento ochenta) en el 2000, a \$460 (cuatrocientos sesenta) en el 2005.

La dolarización posibilita a la persona común una mejor comparación de salarios y precios nacionales con los de países desarrollados.

La globalización ha significado el acceso a información mas fácilmente desde otros lugares y una mayor movilidad del recurso humano entre naciones. La migración de personas, especialmente de aquellas capacitadas y con posibilidades de trabajo como son enfermeras, tecnólogos y técnicos, es solicitada por los países desarrollados que incentivan la entrada de aquellos con conocimientos en las ramas en las que tienen mano de obra deficitaria.

La modernización de la salud, iniciada los primeros años de la década de 1990, se vio impulsada fuertemente en los últimos años, con la inyección de fondos del proyecto Modersa. El intento modernizador introdujo cambios en la gestión, haciendo énfasis en el empoderamiento de la comunidad, la planificación y el control. Este proceso también puso de moda la capacitación en gerencia o administración en salud. Se ha realizado inversiones importante de origen estatal para este rubro, pero también es grande el número de personas que se han capacitado con recursos propios. El hospital del niño de Guayaquil cuenta en la actualidad con mas de 35 personas con Diplomados, Post grados o Maestrías en Salud, y hay un numero de casi 20 mas, que se encuentran inscritos como estudiantes en cursos similares.

La modernización trajo consigo la implementación de nuevos elementos de análisis de la gestión, que hicieron énfasis en el control de los costos de los servicios. Las herramientas mencionadas han permitido por primera vez conocer costos de servicios y productos hospitalarios. Al conocer los primeros análisis de costos, allá por el año

2001, algunos empleados se mostraban incrédulos, hasta protestaron pensando que se ponía en duda su eficiencia y producción en el trabajo. Una doctora de la consulta externa lloró porque le dijeron que la consulta que ella daba costaba \$10 dólares. Hace pocos días la misma doctora, que ahora está estudiando el módulo de costos en una Maestría de Salud, dijo a uno de los miembros de nuestro equipo “ahora comprendo porque usted decía que la consulta costaba tanto”.

La descentralización del estado era un cambio que la sociedad, especialmente la guayaquileña, demandaba con fuerza en la década pasada. Se hicieron importantes modificaciones legales, inclusive a nivel de la Constitución, que posibilitaron que esta se haga realidad. Se ha puesto mayor poder de decisión en el nivel local, los directores de hospitales o áreas de salud tienen un mayor poder decisorio en la gestión de sus recursos económicos y humanos, en estos últimos todavía influye el factor político distorsionante; pero parece que se avanza.

Dentro del ámbito de la descentralización, las acciones modernizadoras del MSP se encaminaron a dar mayor poder de control, como receptor de la rendición de cuentas, a la comunidad local. Para lograr lo antes mencionado se ha previsto la creación de los llamados “Comités de Participación social y Control de Gestión” que debían estar integrados por miembros representativos de la comunidad. La realidad es que ningún hospital creó estos comités, y el Hospital del niño de Guayaquil, tampoco ha sido la excepción en este aspecto.

Los cambios legislativos para la descentralización posibilitan que los Municipios asuman la gestión de la salud en sus cantones. Con la sola expresión y determinación para asumirla, es obligación del Estado central entregar lo solicitado. La posibilidad de pasar a depender de un Municipio conocido como exigente y estricto en los controles que ejerce en sus empleados, dirigido por un Burgomaestre y un partido político que ha demostrado que acabó con los sindicatos municipales, se ha constituido en un factor atemorizante.

La municipalización es usada como “cuco” por los dirigentes sindicales, pero también por los modernizadores para lograr sus fines.

El Municipio de Guayaquil ha manifestado no tener interés en los entes de salud estatales y por el contrario está desarrollando su propio sistema de atención primaria, y ha llegado hasta el desarrollo de unidades de Hospital del Día, donde se practican intervenciones quirúrgicas que no demandan internación. Además se ha aliado con la Universidad de Guayaquil para la ampliación con atención de segundo y tercer nivel a través del Hospital Universitario que está próximo a inaugurarse. También ha avanzado en la creación de un seguro de salud que le permitiría contar con un financiador del sistema armado, y está en negociaciones con la Junta de Beneficencia de Guayaquil, para que los pacientes que requieran internación para su tratamiento sean atendidos en los hospitales de la mencionada Junta, cuando se cuente con el financiamiento para poder pagar las tarifas de ingreso que ella demanda en sus hospitales.⁹

⁹ Apuntes de Clase de información proporcionada verbalmente por el Profesor del Módulo de AUDITORIA de la Maestría en Gerencia Hospitalaria, que es Director de uno de los Hospitales de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

En los últimos años la Junta de Beneficencia de Guayaquil abre su nuevo hospital pediátrico, el cual cuenta con mayor equipamiento, una estructura moderna, mejor financiamiento, esto ha venido a poner en escena un desafío y una amenaza en la mente de los trabajadores y profesionales del Hospital del niño, que mientras competían con el antiguo hospital de la Junta, no sentían.

4.1.4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL

Desde el 2002 El Hospital del Niño ha trabajado para incorporar la Planificación Estratégica en su gestión. En Enero del 2004, fue definitivamente aprobado el primer Plan Estratégico de la Institución.¹⁰

Los principios que el Plan reconoce como “la base de la acción institucional del Hospital del Niño y el Adolescente Dr. Francisco de Ycaza Bustamante” y que enmarcarán su vida como organización social de atención médica son:

Equidad
Universalidad
Accesibilidad
Calidad
Oportunidad
Compromiso institucional
Comunicación

El Plan menciona como acompañantes de los Principios Morales antes mencionados los siguientes Valores Institucionales:

Calidez.

Honestidad.

Responsabilidad.

Solidaridad.

Ética.

Calidad.

El enunciado de la Misión que menciona el Plan Estratégico Institucional es::

¹⁰ Datos obtenidos de la Planificación Estratégica del Hospital del Niño Francisco de Ycaza Bustamante. Global Consult Cia. Ltda.. Realizada en Mayo 2003 y actualizada en Enero del 2004, con la intervención de los mismos Consultores y los nuevos Directivos de la Institución para ese entonces.

BRINDAR ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL CON CALIDAD, CALIDEZ, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD A LA POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS DEL PAÍS.

El Documento plantea lo que llama “Grandes Metas y Objetivos planteados en el Plan”.

“...

Consecuente con el objetivo de su Misión, las Metas Audaces del Hospital “Dr. Francisco de Ycaza Bustamante” para el año 2007 serán:

Disminuir el tiempo de espera para la atención de consultas con especialistas.

Duplicar la utilización de horas de quirófano.

Aumentar el porcentaje de ocupación al 75%.

Disponer el servicio de farmacia con capacidad de autogestión e inventario permanente para la atención del usuario externo y público en general.

Tener un solo laboratorio, autónomo y bien equipado.

Habilitar el servicio de pensionado en el Hospital.

Disponer de un mecanismo de autogestión mediante la consulta externa, según modelos de atención médica privada.

Implantar horarios adicionales o servicio de atención especial para consulta externa.

Obtener Certificación ISO 9001, o acreditación hospitalaria.

...¹¹

El Enunciado de la Visión de la organización es:

“Ser líderes del país en atención pediátrica y juvenil”

Los continuos cambios de Directores han hecho que este Plan no haya sido aplicado. En algo mas de un año se ha cambiado 4 veces el Director. Algunos por falta de preparación, otros por falta de tiempo, el resultado ha sido que el plan ha quedado en el papel. El mas notable de aquellos Directores por su impreparación llegó a decir que no creía en planes para manejar un hospital.¹²

¹¹ Cita textual de la Planificación Estratégica del Hospital del Niño Francisco de Ycaza Bustamante. Global Consult Cia. Ltda.. Realizada en Mayo 2003 y actualizada en Enero del 2004, con la intervención de los mismos Consultores y los nuevos Directivos de la Institución para ese entonces

¹² Dato proporcionado por un miembro del Comité de Modernización hospitalaria en funciones en Enero del 2004.



4.1.5 LA REFORMA DE LA SALUD EN EL ECUADOR: ASPECTOS GENERALES Y PROPUESTA DEL CAMBIO ORGANIZACIONAL POR PROCESOS

La reforma del sector salud en el Ecuador se inicia a comienzos de la década de 1990, dentro del marco de la reforma general del Estado, impulsada por una fuerte tendencia hacia la descentralización de la gestión de las funciones ejercidas por el Gobierno Central.

Coincidente con la tendencia mundial a revisar los sistemas de salud por la alarma que despierta el aumento de los gastos en salud, especialmente en los países desarrollados.

En América Latina, la OPS impulsa fuertemente los cambios con su iniciativa "Salud Pública de las Américas" cuyo objetivo es mejorar la práctica de la salud y fortalecer el Rol Rector de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Nuestro país en realidad se encuentra a la saga de las reformas realizadas en el sub continente. Países como Chile y Colombia están realizando la tercera generación de cambios, mientras nosotros todavía no nos ponemos de acuerdo para la implementación inicial de nuestra reforma.

En junio de 1998 de aprueba la nueva constitución política del estado y en ella aparecen por primera vez en el marco constitucional dos conceptos nuevos la descentralización y la participación social. Pero la inclusión de los concepto mencionados es la culminación de décadas de discusión de los mismos en el seno de la política y la sociedad en general.

En el año 2000 se promulga la ley orgánica del sistema nacional de salud (LOSNS). La LOSNS establece criterios que permiten que las unidades de salud puedan ser autónomas y que puedan ser transferidas a los gobiernos provinciales. En su artículo 55, especifica a la SENRES (ex OSCIDI) como ente rector del desarrollo organizacional y de los recursos humanos. Esta en el mismo año dispone la política gubernamental de estructuración por procesos en todos los ministerios y entidades autónomas.¹³

Los planes de la reforma se encuadran en la tendencia de establecer un Estado regulador, normativo, coordinador y fiscalizador.

El MSP inicia reuniones con el personal en marzo del 2003, con la finalidad de establecer la nueva estructura y los procesos, basándose en la misión y visión del ministerio. Se crea la comisión de Estructuras del Ministerio.

Las reuniones realizadas tuvieron lugar con representantes de del nivel central, provincial y local. Se tomaron en cuenta a casi todos los gremios. Pero a nivel de

¹³ Resolución OSCIDI-2000-032, publicada en el Suplemento del Registro oficial No. 234, del Viernes 29 de Diciembre del 2000. POLITICAS DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA ADMINISTRACION PUBLICA.

hospitales (eso sucedió en el caso del Hospital del niño y suponemos que fue igual en los otros) no se involucró a los médicos, pues se dijo que ellos seguirían basándose en la llamada ley de Escalafón médico y no entrarían en la nomenclatura de la escala de 14 sueldos. Recién en la segunda mitad del 2004 se habla de la homologación de los cargos de los médicos dentro de la escala antes mencionada. A la fecha, el hospital del niño, todavía los cargos de médicos constan en el Distributivo en todos los casos como “Médico en funciones administrativas” sin tomarse en cuenta la capacitación o no del funcionario.

La estructura por procesos del MSP fue aprobada por la SENRES en resolución 026 del 17 de Julio de 2003.

A nivel central se realizó la identificación de los procesos, sub procesos y productos de todos los niveles. Se realizaron algunos cambios de acuerdo a presiones de grupos funcionales. La estructura propuesta puede verse en el anexo 2.

En febrero del 2004 el llamado Grupo Ministerial prepara el documento de trabajo para la primera etapa de la gestión del cambio.

El 18 de Febrero el Ministro de Salud Pública dispone la difusión nacional de las nuevas estructuras y el inicio de la capacitación a todos los niveles.

La comisión de Estructuras del MSP establece el nuevo sistema de Gestión como “UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD POR PROCESOS...”, definiéndolo como “...un conjunto unitario de procesos interdependientes, estructurados y organizados para satisfacer las necesidades de la demanda, en constante interacción con otros sistemas en su ambiente externo.”¹⁴

Los grandes grupos de procesos identificados en la estructura son:

- De valor agregado
- Gobernantes
- De apoyo
- De asesoría. Ligados a los gobernantes.

¹⁴ Fundamentos de la Estructura Organizacional por Procesos. Documento elaborado por la Comisión de Estructuras. Ministerio de Salud Pública. 8 de Marzo 2004.

Procesos (sistema y macro áreas)

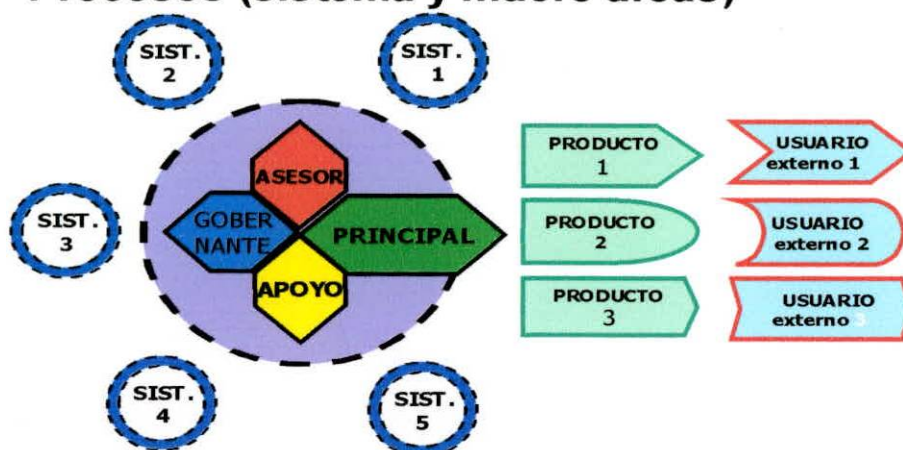


Fig.2 Diagrama de una organización por procesos. Tomada de

El marco conceptual en el que se desarrolló este cambio esta dado por la Visión, Misión y Objetivos y Lineamientos del MSP.

VISION del MSP

“A finales de la década, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador garantizará a todas las personas, familias y comunidades ecuatorianas el acceso universal, equitativo y solidario a acciones de salud pública y servicios de atención integral de calidad y ejercerá efectivamente la Autoridad Sanitaria Nacional.”

MISION del MSP

“El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en ejercicio de su Rectoría, garantizará el derecho a la salud de la población en los términos constitucionales, a través de la construcción del Sistema Nacional de Salud. Formulará la Política Nacional de Salud aplicando modelos de atención, gestión, financiamiento y aseguramiento en forma participativa. Posicionará la agenda nacional de salud como la máxima prioridad en las políticas de Estado”.

OBJETIVOS GENERALES

1. Promover la ciudadanía en salud.
2. Garantizar la protección integral de la salud.
3. Desarrollar las capacidades de respuesta del sector mediante la organización del Sistema Nacional de Salud.

LINEAS DE ACCION

1. Cumplir las Funciones Esenciales de Salud Pública.
2. Ejecutar las disposiciones de la Constitución Política del Ecuador, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y Código de Salud y leyes conexas.
3. Desarrollar el Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador.
4. Promover la participación social en la toma de decisiones mediante el fortalecimiento del Consejo Nacional De Salud en su rol de coordinación nacional.
5. Propiciar el desarrollo integral de los recursos humanos.
6. Desarrollar propuestas de financiamiento para el aseguramiento universal de la población.
7. Garantizar la accesibilidad efectiva a medicamentos e insumos.
8. Consolidar la reorganización institucional estipulada en la Agenda Nacional de Salud para fortalecer el rol de Autoridad Sanitaria Nacional y modernizar su gestión basándose en procesos y resultados.

Las actividades que se habían desarrollado para avanzar en la Estructura por procesos hasta junio del 2004 son:

1. Inducción a los funcionarios de todos los niveles de gestión en marzo de 2003.
2. Conformación de la Comisión de Estructuras.
3. Análisis del Plan de Acción.
4. Identificación y jerarquización de la cadena de clientes, productos, sub procesos y procesos.
5. Construcción participativa y socialización de la propuesta.
6. Resolución transitoria 026 de la OSCIDI que aprueba la nueva estructura organizacional por procesos el día 17 de julio de 2003.
7. Ubicación del 100% del personal en las nuevas estructuras.
8. Aplicación de la norma técnica a los profesionales y de las políticas de SENRES al personal de servicio y apoyo administrativo.
9. Incorporación del personal de Servicio Civil del Ministerio a la escala de 14 grados, aprobada por el CONAREM el día 29 de septiembre de 2003, resolución 173.
10. Aprobación de la calificación del personal y el listado de asignaciones por la SENRES, el día 16 de octubre de 2003 (resoluciones 0002 a 0025)

11. Aprobación de las resoluciones por el Ministerio de Economía y Finanzas el día 30 de diciembre de 2003.
12. Elaboración de las acciones de personal y de los listados de asignaciones nacionales aprobados.
13. Programación de la gestión del cambio.

Actividades que se programaron para la Gestión del Cambio:

1. Difusión nacional de las nuevas estructuras organizacionales y del manual de diagramación.
 - a. Página Web institucional.
 - b. Correo electrónico.
 - c. Copias magnéticas.
2. Programación de la capacitación en la diagramación de procesos.
 - a. Convenio de capacitación con SENRES.
 - b. Capacitación de los grupos institucionales por niveles (planta central, subsecretarías, direcciones provinciales, áreas de salud, hospitales).
3. Pilotaje operativo de la implementación de las estructuras por niveles.
4. Nombramiento de los directores técnicos de área de procesos.
5. Oficialización de las nominaciones de líderes de equipo y coordinadores de subprocesos, mediante la asignación de responsabilidades en la diagramación de procesos.
6. Organización del personal dentro de los equipos de trabajo.
7. Diagramación nacional de procesos.

El trabajo de la comisión de estructuras avanzó hasta este nivel, especificando la parte teórica de: la diagramación de los procesos, validación de productos, descripción de los procesos. Además se difundió el glosario de términos de la Gestión por procesos y varias matrices que debían utilizarse en el proceso de cambio. Ver anexo 4.

En el Hospital Francisco de Ycaza Bustamante se ha procedido a la entrega de las acciones de personal a los Empleados y Funcionarios con su ubicación, de Coordinadores, líderes o miembros de equipo.

La llamada ubicación inicial se realizó entre Julio y Septiembre del 2003. Fue realizada de manera poco transparente, por el Director de turno, con sentido de ubicación de amigos, sin tomarse en cuenta perfiles del puesto, ni capacitación de funcionarios.

No se siguió el instructivo de la SENRES de manera adecuada.



Hubo una carta de protesta que firmaron 43 médicos, pero no se logró ninguna modificación.

Existen en la actualidad médicos y enfermeras que manifiestan su descontento por la ubicación en que están ellos mismos y por aquella en la que se encuentran algunos compañeros que no tienen la capacitación ni el perfil para los cargos que ocupan.

Por dos ocasiones asistieron al hospital técnicos de la planta central del Ministerio para ejercer una acción informativa sobre el cambio de estructuras.

En Noviembre del 2004 por iniciativa de los propios miembros del hospital, el Comité de Gestión Hospitalaria resolvió iniciar la implementación de la nueva estructura, para lo cual se planificó una capacitación a los líderes y coordinadores con la finalidad de homologar conceptos sobre la propuesta.

Se nombró un coordinador y un equipo de facilitadores que llevaron adelante tres talleres de una semana de duración cada uno, para los líderes y coordinadores.

La iniciativa del hospital tuvo eco en los funcionarios de Modersa de ese entonces, quienes apoyaron la acción. MODERSA realizó una visita que incluyó un técnico de la SENRES y se planificó nuevas acciones, utilizando los recursos humanos capacitados con que cuenta el hospital y con el apoyo logístico y supervisión de MODERSA. Además se habló de la cooperación de la SENRES y de conseguir el apoyo de Personal de la Universidad Politécnica Nacional, especialista en la materia, que estaba asesorando a SENRES.

A comienzos del 2005 el proceso estaba en pleno avance, terminandose la capacitación de líderes y coordinadores que asistieron a los talleres (60% del total).

En Febrero del 2005 se realizó un nuevo cambio sorpresivo de Director, que produjo algunos cambios de líderes y coordinadores involucrados en la capacitación mencionada. En abril se cayó el Gobierno y toda la cúpula de MODERSA fue cambiada. Todo volvió a fojas cero.

4.2 TEORIA DE LA ORGANIZACIÓN.

4.2.1 TEORÍA DE SISTEMAS

El primer expositor de la "Teoría General de los Sistemas" fue el biólogo alemán Ludwing von Bertalanffy (1901 – 1972), quien acuñó el término, en el intento de lograr una metodología integradora para el tratamiento de problemas científicos.¹⁵

¹⁵ Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. Marcelo Arnold, Ph.D. y Francisco Osorio, M.A. Departamento de Antropología. Universidad de Chile. Cinta de Moebio No.3.

La meta de la Teoría General de los Sistemas no es buscar analogías entre las ciencias, sino tratar de evitar la superficialidad científica que ha estancado a las ciencias. Para ello emplea como instrumento, modelos utilizables y transferibles entre varios continentes científicos, toda vez que dicha extrapolación sea posible e integrable a las respectivas disciplinas.¹⁶

La Teoría General de los Sistemas se basa en dos pilares básicos: aportes semánticos y aportes metodológicos.

APORTES SEMANTICOS

La Teoría de los Sistemas, pretende introducir una semántica científica de utilización universal.

Sistema:

Es un conjunto organizado de cosas o partes interactuantes e interdependientes, que se relacionan formando un todo unitario y complejo.

Cabe aclarar que las cosas o partes que componen al sistema, no se refieren al campo físico (objetos), sino mas bien al funcional. De este modo las cosas o partes pasan a ser funciones básicas realizadas por el sistema. Podemos enumerarlas en: entradas, procesos y salidas.

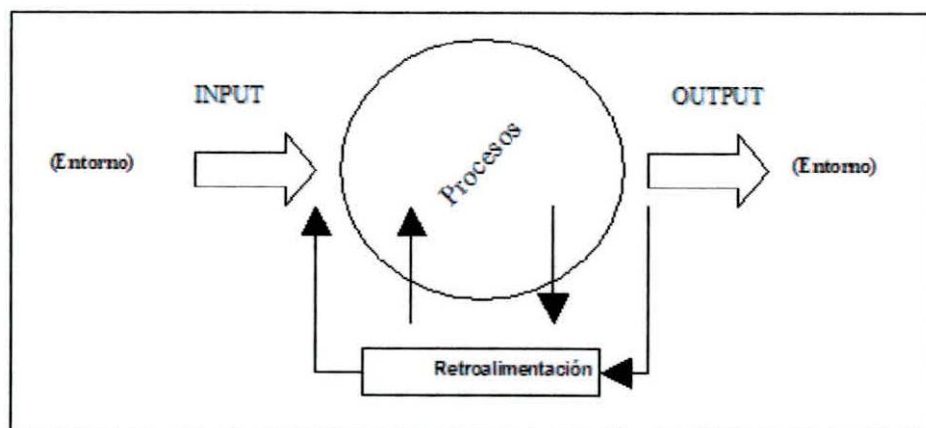


Fig. 3. Modelo de Sistema, que representa sus partes y la retroalimentación de información del mismo. Tomado de

Abril de 1998. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
<http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frames45.htm>

¹⁶ Alfredo Lopez. Teoría General de los Sistemas. Trabajo de investigación.
<http://www.monografias.com>

Entradas:

Las entradas son los ingresos del sistema que pueden ser recursos materiales, recursos humanos o información.

Las entradas constituyen la fuerza de arranque que suministra al sistema sus necesidades operativas.

Las entradas pueden ser:

- en serie: es el resultado o la salida de un **sistema** anterior con el cual el sistema en estudio está relacionado en forma directa.
- aleatoria: es decir, al azar, donde el termino "azar" se utiliza en el sentido estadístico. Las entradas aleatorias representan entradas potenciales para un sistema.
- retroacción: es la reintroducción de una parte de las salidas del sistema en sí mismo.

Proceso:

El proceso es lo que transforma una entrada en salida, como tal puede ser una máquina, un individuo, una computadora, un producto químico, una tarea realizada por un miembro de la organización, etc.

Salidas:

Las salidas de los sistemas son los resultados que se obtienen de procesar las entradas. Al igual que las entradas estas pueden adoptar la forma de productos, servicios e información. Las mismas son el resultado del funcionamiento del sistema o, alternativamente, el propósito para el cual existe el sistema.

Las salidas de un sistema se convierte en entrada de otro, que la procesará para convertirla en otra salida, repitiéndose este ciclo indefinidamente.

Relaciones:

Las relaciones son los enlaces que vinculan entre sí a los objetos o subsistemas que componen a un sistema complejo.

Podemos clasificarlas en :

- **Simbióticas:** es aquella en que los sistemas conectados no pueden seguir funcionando solos. A su vez puede subdividirse en unipolar o parasitaria, que es cuando un sistema (parásito) no puede vivir sin el otro sistema (planta); y bipolar o mutual, que es cuando ambos sistemas dependen entre si.
- **Sinérgica:** es una relación que no es necesaria para el funcionamiento pero que resulta útil, ya que su desempeño mejora sustancialmente al desempeño del sistema. **Sinergia** significa "acción combinada". Sin embargo, para la teoría de los sistemas el término significa algo más que el esfuerzo cooperativo. En las relaciones sinérgicas la acción

cooperativa de subsistemas semi-independientes, tomados en forma conjunta, origina un **producto** total mayor que la suma de sus **productos** tomados de una manera independiente.

- **Superflua:** Son las que repiten otras relaciones. La razón de las relaciones superfluas es la confiabilidad. Las relaciones superfluas aumentan la probabilidad de que un sistema funcione todo el tiempo y no una parte del mismo. Estas relaciones tienen un problema que es su costo, que se suma al costo del sistema que sin ellas puede funcionar.

Atributos:

Los atributos de los sistemas, definen al sistema tal como lo conocemos u observamos. Los atributos pueden ser definidores o concomitantes: los atributos definidores son aquellos sin los cuales una entidad no sería designada o definida tal como se lo hace; los atributos concomitantes en **cambio** son aquellos que cuya presencia o ausencia no establece ninguna diferencia con respecto al uso del término que describe la unidad.

Contexto:

Un sistema siempre estará relacionado con el contexto que lo rodea, o sea, el conjunto de objetos exteriores al sistema, pero que influyen decididamente a éste, y a su vez el sistema influye, aunque en una menor proporción, influye sobre el contexto; se trata de una relación mutua de contexto-sistema.

Tanto en la Teoría de los Sistemas como en el método científico, existe un concepto que es común a ambos: el foco de atención, el elemento que se aísla para estudiar.

El contexto a analizar depende fundamentalmente del foco de atención que se fije. Ese foco de atención, en términos de sistemas, se llama límite de **interés**.

Para determinar este límite se considerarían dos etapas por separado:

- a) La determinación del contexto de **interés**.
- b) La determinación del alcance del límite de **interés** entre el contexto y el sistema.
- c) Se suele representar como un círculo que encierra al sistema, y que deja afuera del límite de interés a la parte del contexto que no interesa al analista.
- d) En lo que hace a las relaciones entre el contexto y los sistemas y viceversa. Es posible que sólo interesen algunas de estas relaciones, con lo que habrá un límite de interés relacional.

Determinar el límite de interés es fundamental para marcar el foco de **análisis**, puesto que sólo será considerado lo que quede dentro de ese límite.

Entre el sistema y el contexto, determinado con un límite de interés, existen infinitas relaciones. Generalmente no se toman todas, sino aquellas que interesan al análisis, o

aquellas que probabilísticamente presentan las mejores características de predicción científica.

Subsistemas:

En la misma definición de sistema, se hace referencia a los subsistemas que lo componen, cuando se indica que el mismo está formado por partes o cosas que forman el todo.

Estos conjuntos o partes pueden ser a su vez sistemas (en este caso serían subsistemas del sistema de definición), ya que conforman un todo en sí mismos y estos serían de un rango inferior al del sistema que componen.

Estos subsistemas forman o componen un sistema de un rango mayor, el cual para los primeros se denomina **macrosistema**.

Variables:

Cada sistema y subsistema contiene un proceso interno que se desarrolla sobre la base de la acción, interacción y reacción de distintos elementos que deben necesariamente conocerse.

Dado que dicho proceso es dinámico, suele denominarse como variable, a cada elemento que compone o existe dentro de los sistemas y subsistemas.

Pero no todo es tan fácil como parece a simple vista ya que no todas las variables tienen el mismo comportamiento sino que, por lo contrario, según el proceso y las características del mismo, asumen comportamientos diferentes dentro del mismo proceso de acuerdo al momento y las circunstancias que las rodean.

Parámetro:

Uno de los comportamientos que puede tener una variable es el de parámetro, que es cuando una variable no tiene cambios ante alguna circunstancia específica, no quiere decir que la variable es estática ni mucho menos, ya que sólo permanece inactiva o estática frente a una situación determinada.

Operadores:

Otro comportamiento es el de operador, que son las variables que activan a las demás y logran influir decisivamente en el proceso para que este se ponga en marcha. Se puede decir que estas variables actúan como líderes de las restantes y por consiguiente son privilegiadas respecto a las demás variables. Cabe aquí una aclaración: las restantes variables no solamente son influidas por los operadores, sino que también son influenciadas por el resto de las variables y estas tienen también influencia sobre los operadores.

Retroalimentación:

La retroalimentación se produce cuando las salidas del sistema o la influencia de las salidas del sistemas en el contexto, vuelven a ingresar al sistema como recursos o información.

La retroalimentación permite el control de un sistema y que el mismo tome medidas de corrección en base a la información retroalimentada.

Feed-forward o alimentación delantera:

Es una forma de control de los sistemas, donde dicho control se realiza a la entrada del sistema, de tal manera que el mismo no tenga entradas corruptas o malas, de esta forma al no haber entradas malas en el sistema, las fallas no serán consecuencia de las entradas sino de los proceso mismos que componen al sistema.

Homeostasis y entropía:

La homeostasis es la propiedad de un sistema que define su nivel de respuesta y de adaptación al contexto.

Es el nivel de adaptación permanente del sistema o su tendencia a la supervivencia dinámica. Los sistemas altamente homeostáticos sufren transformaciones estructurales en igual medida que el contexto sufre transformaciones, ambos actúan como condicionantes del nivel de evolución.

La entropía de un sistema es el desgaste que el sistema presenta por el transcurso del tiempo o por el funcionamiento del mismo. Los sistemas altamente entrópicos tienden a desaparecer por el desgaste generado por su proceso sistémico. Los mismos deben tener rigurosos sistemas de control y mecanismos de revisión, reelaboración y cambio permanente, para evitar su desaparición a través del tiempo.

4.2.1.1 El pensamiento sistemático.

Es una forma de pensamiento sobre los distintos fenómenos que permite un tratamiento lógico de los problemas complejos, considerados como un conjunto, así como la interrelación de sus componentes ",1) habiendo demostrado su utilidad a través de su aplicación en contexto muy diferentes como las exploraciones especiales, los problemas del transito urbano, objetivos militares, balance ecológico, control de la polución, entre otros. Sobre las conceptualizaciones sistémicas mas generales, cada campo estructura su propio desarrollo, siguiendo su dinámica y de acuerdo a sus características, posibilidades, líneas de fuerza, tecnología etc.

4.2.1.2 El análisis de sistemas

Orienta hacia la utilización de distintos métodos y técnicas para la identificación de problemas, el diseño y evaluación de soluciones alternativas y la toma de decisiones en distintos problemas.

Aunque habitualmente el término análisis de sistema tiene una connotación asociada a técnicas cuantitativas y de computación aplicado a la solución de problemas donde la



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

cuantificación es imposible e inaplicable, por supuesto que con otras técnicas, como sucede por ejemplo con el análisis político social u organizacional.

4.2.1.3 La administración sistemática

permite el desarrollo de vías adecuadas para la coordinación de los programas a fin de alcanzar los objetivos establecidos.

Involucra el reconocimiento del proceso básico de una organización, un proyecto o una función, de los insumos necesarios, su proceso su transformación y su producto, identificando los flujos de materiales, energía e información, así como las interrelaciones con los subsistemas y los suprasistemas a ella vinculados.

Esta esquematización en áreas del enfoque sistémico permite al interesado orientarse frente a los estudios y publicaciones que tanta profusión alcanza es este campo y ubicarlo en el nivel adecuado, favoreciendo en consecuencia su comprensión y su utilización.

Esta posibilidad de orientación resulta de gran importancia, dada la extensa gama de sectores y disciplinas sobre el tema y las dificultades para su comprensión por parte de profesionales con responsabilidad en el sector, pero sin conocimiento especializado en **Sistemología**.

En el caso particular de la administración de salud, nuestro campo de interés es fundamentalmente el área de la administración sistemática.

4.2.1.4 La aplicación del enfoque sistémico en salud.

Gran parte de las motivaciones que impulsaron el desarrollo del enfoque sistémico, en los últimos años y su creciente utilización está originadas en la complejidad de los procesos del mundo moderno, complejidad que favorece y hasta exige la aplicación de un enfoque.

Que permita la visualización del conjunto de los mismos y de las interrelaciones entre los distintos elementos que lo componen así como entre ellos y los sistemas de los que forman parte. La tradicional norma de dividir el proceso en piezas y estudiarla una a una, transformada casi en dogma, al decir de Ashby se mostró insuficiente para este propósito ya que todos los fenómenos pueden ser analizados en esta forma. Surge así una corriente de pensamiento que postula que los sistemas complejos deban de ser estudiados como tales intactos sin fragmentarlos, aceptando la complejidad como una cualidad esencial del sistema e iniciando una nueva estrategia científica.

La urgencia de encontrar soluciones para los problemas perentorios que la sociedad moderna plantea, orientó hacia la aplicación del enfoque sistemático, y lo que podría denominarse “ El estudio de los sistemas Sociales ” llena un significativo capítulo aun en pleno desarrollo, sobre todo si consideramos la importancia de su consideración como sistema abierto.

4.2.1.5 El enfoque sistematico en la administracion de salud.

Los conceptos que surgen de un enfoque sistemático son particularmente útiles, dada la complejidad y diversidad de los factores que intervienen, imposible de estudiar dentro del marco conceptual de una sola disciplina: un planteamiento integral de los problemas que se presentan, encarados sin barreras disciplinarias constituye el primer paso para un análisis que conduzca a la solución de los mismos.

Otro concepto sistemático que resulta de suma utilidad para la administración de salud, es la determinación del rol que cada elemento desempeña dentro del sistema para el cumplimiento de los objetivos y en que medida el proceso básico responde a dicha finalidad.

La experiencia y la observación del campo de la salud muestra como en muchos casos, actividades que se desarrollan en diversas instituciones o programas se transforman a través del tiempo en entidades aisladas que terminan cumpliendo objetivos particulares que no contribuyen al propósito para el que fueron creados o bien se maneja en forma independiente al sistema del que forma parte.

El enfoque sistemático estableciendo un objetivo global (ej. : un programa de tuberculosis) permite analizar cada uno de sus componentes en función de su contribución al objetivo y tomando como punto de partida el proceso básico que dicho componente realiza así. Resulta posible establecer la coherencia entre los mismos y el aporte de cada uno de ellos a los objetivos fijados.

"El enfoque sistemático permite el ordenamiento entre los distintos componentes del sector y ellos pueden ser visualizados, el establecimiento de un programa regional de todo el sector salud y aun de sus interrelaciones con la sociedad de la que forman parte.

Sistema de Salud. Es todo complejo integrado por una variedad de elementos diversos, sociales, políticos, económicos, genéticos administrativos, tecnológicos etc., con interrelaciones directas e indirectas que dan por resultado un estado de bienestar bio-psico social de la población en su conjunto.

La administración de servicios de salud deben ser capaces de comprender como las personas y las cosas se combinan dentro de las organizaciones.

En toda organización hay tres aspectos a observar el primero es una estructura que se determina mediante un comportamiento comparable al examen físico de un paciente, el segundo es la suma de los proceso evolutivos mediante los cuales la organización se mueve en el tiempo y el tercero en su contexto ambiental.

El elemento humano es vital para una organización, la estructura física y la carta o cuadro de la organización establece de tal manera que la gente pueda adaptarse a ella, y el proceso completo dependerá de cómo trabaje la gente.

APORTES METODOLOGICOS



Jerarquía de los sistemas

Al considerar los distintos tipos de sistemas del universo Kennet Boulding proporciona una clasificación útil de los sistemas donde establece los siguientes niveles jerárquicos:

1. Primer nivel, estructura estática. Se le puede llamar nivel de los marcos de referencia.
2. Segundo nivel, sistema dinámico simple. Considera movimientos necesarios y predeterminados. Se puede denominar reloj de trabajo.
3. Tercer nivel, mecanismo de control o sistema cibernético. El sistema se autorregula para mantener su equilibrio.
4. Cuarto nivel, "sistema abierto" o autoestructurado. En este nivel se comienza a diferenciar la vida. Puede de considerarse nivel de célula.
5. Quinto nivel, genético-social. Está caracterizado por las plantas.
6. Sexto nivel, sistema animal. Se caracteriza por su creciente movilidad, comportamiento teleológico y su autoconciencia.
7. Séptimo nivel, sistema humano. Es el nivel del ser individual, considerado como un sistema con conciencia y habilidad para utilizar el lenguaje y símbolos.
8. Octavo nivel, sistema social o sistema de organizaciones humanas constituye el siguiente nivel, y considera el contenido y significado de mensajes, la naturaleza y dimensiones del sistema de valores, la transcripción de imágenes en registros históricos, sutiles simbolizaciones artísticas, música, poesía y la compleja gama de emociones humanas.
9. Noveno nivel, sistemas trascendentales. Completan los niveles de clasificación: estos son los últimos y absolutos, los ineludibles y desconocidos, los cuales también presentan estructuras sistemáticas e interrelaciones.



BIBLIOTECA
ESPAN-ESPOL

4.2.2 CALIDAD

La calidad de la atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local. Si bien ninguna de las definiciones de calidad se aplica a todas las situaciones, las siguientes definiciones son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud:

“La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.”
Dr. Avedis Donabedian, 1980

La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming. El padre del movimiento de la gestión de calidad total. ón de calidad total. El resumía la calidad de las siguiente manera: "Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato".

4.2.2.1 Dimensiones de la calidad.

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, eficiencia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades.

4.2.2.2 ¿Qué es la garantía de calidad?

A medida que progresa y evoluciona el campo de garantía de calidad, han surgido diversas definiciones. El Dr. Avedis Donabedian, la define en términos amplios como el "conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención". Los doctores Ruelas y Frenk que han trabajado extensamente en el campo de la garantía de calidad en México la definen como un proceso sistemático de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales de acuerdo con un conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistemas en particular. De acuerdo a la Dra. Lleather Palmer, experta en garantía de calidad de atención ambulatoria de los Estados Unidos, la garantía de calidad es un proceso para determinar la calidad que analiza las deficiencias encontradas y la adaptación de medidas a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado una mejora. Se trata se una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición. El doctor Donald Berwick, médico clínico de los Estados Unidos, está tratando de aplicar principios de administración de calidad total (ACT) a los servicios de salud. La ACT es un enfoque organizacional integrado, para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, lo que comprende la participación de la administración y del personal para mejorar los procesos y servicios mediante el uso de técnicas cuantitativas e instrumentos analíticos. De acuerdo con esta filosofía, la mejora continua de la calidad es un programa independiente de supervisión destinados a asegurar que existan todas las actividades de calidad necesarias y que sean de una eficacia óptima; que los resultados de las actividades de calidad constante y comuniquen, entiendan y faciliten en forma positiva.

LOS CUATRO PRINCIPIOS DE GARANTIA DE CALIDAD.

La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.

La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.

La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.

La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.

La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve. La garantía de calidad exige un compromiso para determinar qué necesitan los pacientes y la comunidad, qué esperan de los servicios de salud. El equipo de salud tiene que trabajar con las comunidades para satisfacer las demandas y promover la aceptación de los servicios preventivos necesarios. La planificación de programas y los esfuerzos subsiguientes de mejora de calidad deben evaluarse de acuerdo con estas necesidades y expectativas. Además, la garantía de calidad también requiere que se satisfagan las necesidades y expectativas de los trabajadores de salud que prestan los servicios de atención.

La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios. Al enfocar el análisis de los procesos de prestación de servicios, las actividades y tareas, así como los resultados, los enfoques de garantía de calidad permiten a los proveedores de atención de salud y a los directivos una comprensión plena del problema y analizar sus causas a fondo. En lugar de tratar solo los síntomas de un problema, la garantía de calidad busca una cura. En los estados avanzados de un programa de GC, el equipo del centro de salud puede todavía ir más lejos por medio de un análisis de los procesos y prevenir los problemas.

La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios. Otro aspecto importante de la garantía de calidad son las técnicas cuantitativas para el análisis y la supervisión de problemas. Este enfoque nos orienta hacia la información sirve para que el equipo de GC pruebe sus teorías sobre las causas de fondo- la solución eficaz de los problemas debe basarse en los hechos, no en las suposiciones.

La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad. La participación del personal y el uso de enfoque de equipo, cuando corresponda, son esenciales para la garantía de calidad. Las perspectivas de participación ofrecen dos ventajas. En primer lugar, el producto técnico de un proceso participativo es probable que sea de calidad ya que cada uno de los miembros del equipo aporta perspectiva e información originales al esfuerzo de mejora de la calidad. El trabajo en equipo posibilita un análisis completo del problema y una solución factible. En segundo lugar, es probabilidad que la gente acepte y respalde los

cambios que surgiría. Por ende, la participación general el consenso, reduce la resistencia que normalmente se experimenta cuando se inician cambios institucionales.

4.2.3 LA ORGANIZACIÓN

Desde el comienzo de la humanidad se vio la necesidad de hacer grupos que logran obtener una meta o resultado que no podía un solo hombre. Una vez reunidos los grupos, se dieron cuenta que era mejor repartir las tareas y funciones y especificar la relación de la acción de cada uno con las de los demás para así ser mas efectivos y eficientes. También se dieron cuenta que podía obtenerse el objetivo por varias vías, siendo necesario escoger cual usar. De esta manera nacieron las Organizaciones.

Podemos entonces definir a una Organización como ***un grupo de personas que busca los beneficios de trabajar juntas con el propósito de alcanzar una meta común.***

Tomando en cuenta los otros elementos además del humano, que son necesarios para alcanzar las metas de las organizaciones, se puede decir que esta es un conjunto de partes que interactúan para alcanzar un objetivo común. Este último enunciado corresponde también a la definición de lo que es un Sistema.

Una organización es un sistema socio-técnico incluido en otro más amplio que es la sociedad con la que interactúa influyéndose mutuamente.

De todo lo anterior, en un sentido mas amplio, definiremos a la Organización de la siguiente manera: "Un Sistema capaz de integrar actividades humanas que utilizan, transforman e integran un conjunto de recursos humanos, materiales y de otras clases en un todo. Y que consigue alcanzar los objetivos deseados mediante la selección entre posibles alternativas".

Para que una Organización sea capaz de cumplir con la razón para la que fue creada, es necesario que cuente con los recursos necesarios y suficientes, que las tareas del trabajo se dividan, agrupen y coordinen adecuadamente, es decir que posea una Estructura Organizacional adaptada a sus recursos y definida según sus metas y objetivos. El proceso de creación de esa Estructura Organizacional se conoce como Diseño Organizacional.

El antropólogo polaco B Malinovsky decía que "La sociedad, en todos los tiempos y latitudes, acaba por crear aquellas instituciones que le resultan necesarias para su funcionamiento".

Y para atender sus enfermedades, el hombre creo los hospitales.

Siguiendo a Mintzberg el análisis de una organización se lo puede dividir en: 1) Partes fundamentales de la organización, 2) los mecanismos de coordinación de la



BIBLIOTECA
ESPANOL-ESPAÑOL

organización, 3) los parámetros o elementos fundamentales del diseño de las organizaciones, y 4) los tipos de organizaciones mas comunes.¹⁷

4.2.3.1 Partes fundamentales de una Organización

Basándonos en la Teoría de Sistemas para el análisis, podemos decir que la empresa está formada por los siguientes Subsistemas:

- a) Subsistema psicosocial: está compuesto por individuos y grupos en interacción. Dicho subsistema está formado por la conducta individual y la motivación, las relaciones del status y del papel, dinámica de grupos y los sistemas de influencia.
- b) Subsistema técnico: se refiere a los conocimientos necesarios para el desarrollo de tareas, incluyendo las técnicas usadas para la transformación de insumos en productos.
- c) Subsistema administrativo: relaciona a la organización con su medio y establece los objetivos, desarrolla planes de integración, estrategia y operación, mediante el diseño de la estructura y el establecimiento de los procesos de control.

Siguiendo a Mintzberg, en toda organización relativamente grande pueden distinguirse dos tipos de componentes estructurales:

Los componentes estructurales explícitos.

Los componentes estructurales subyacentes.

4.2.3.1.1 Los componentes explícitos:

El Núcleo Operativo: esta constituida por las personas que llevan a efecto el proceso final de producción o servicio (proceso clave u operativo). En el caso de los hospitales, aquellos que dan servicio directo a los pacientes.

El Ápice Estratégico: constituido por la máxima autoridad que oriente y supervisa todo el sistema.

La Línea media: personas con autoridad jerárquica, ubicadas entre el ápice estratégico y el núcleo operativo. Su numero aumenta con el crecimiento de la empresa.

La Tecnoestructura: grupo de analistas encargados de planificar y controlar el trabajo de los demás. Se encuentra fuera de la línea de autoridad.

¹⁷ *Módulo 2. El Hospital como Organización Social. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales.* Consorcio Instituto Universitario ISALUD / Instituto Juan César García. MSP, MODERSA. 2002

Personal de apoyo: constituida por personal que presta servicios de apoyo a los que efectúan el proceso clave u operativo.



Fig- 1. La estructura de la Organización según Mintzberg.¹⁸

4.2.3.1.2 Componente subyacentes

Ideología: abarca las tradiciones y creencias del grupo humano que constituye una organización. La distingue de las demás.

Coalición interna: describe la relación interna entre los individuos dentro de la organización en la competencia por el poder.

Coalición externa: describe los grupos externos que tienen interés sobre la organización, y que ejercen influencia sobre la misma. Los llamados “Steakholders” de los americanos.

4.2.3.2 Los mecanismos básicos de coordinación

Las formas en las cuales una organización coordina el trabajo de sus miembros, es el pegamento que mantiene unidas las partes del todo para lograr los objetivos.

La adaptación mutua es el primero de los mecanismos, el mas básico, que surge entre personas que comparten un objetivo y probablemente un lugar de trabajo, comunicando información unos a otros.

La Supervisión directa es aquella en la cual una persona se encarga de coordinar el trabajo de los demás.

¹⁸ *Módulo 2. El Hospital como Organización Social. Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales.* Consorcio Instituto Universitario ISALUD / Instituto Juan César García. MSP, MODERSA. 2002.

La normalización consiste en la creación de normas, que pueden a su vez ser de distinto tipo u origen. Se puede normalizar los procesos de trabajo, los resultados, las habilidades necesarias para el puesto, etc.

4.2.3.3 Parámetros o elementos fundamentales del diseño de una Organización

A comienzos del Siglo pasado, se pensaba que existía una forma correcta de diseño de las organizaciones y una forma equivocada de hacerlo (enfoque de la mejor forma).

Con el fruto de la experiencia surge el conocimiento de **que todas las organizaciones no son iguales**, y que la estructura no servía para todas ni en todo momento o circunstancia, se concluyó entonces de la estructura debería responder a las circunstancias naciendo la llamada teoría de la contingencia.

Según Mintzberg, muchos de los problemas del diseño organizativo provienen de la suposición de que todas las organizaciones son iguales: el resultado de la unión de unas partes que pueden ponerse o sacarse a voluntad.

Lo importante es que la organización consiga una coherencia completa entre sus partes y para cambiar cualquiera de sus elementos debe analizar los efectos que puede tener en el resto de la estructura.

El requisito fundamental para diseñar la estructura de una Organización es la búsqueda de **la adaptación de dicha estructura a las necesidades y realidades de cada empresa**. Los cambios en los mercados y las tecnologías que evolucionan cada día con mayor rapidez, hacen surgir la necesidad de cambios constantes en las estructuras organizacionales.

Cuando un administrador está pensando en la estructura de su organización, ya sea para crear una nueva, o para analizar la que esta liderando, es necesario que lo haga considerando algunos elementos básicos para un buen diseño.

La especialización laboral, se refiere a la división del trabajo y al numero de tareas que componen un determinado puesto de trabajo. Puede tratarse de un puesto poco calificado o de muy alta calificación.

La departamentalización se refiere a la agrupación de actividades similares y conectadas lógicamente para facilitar su coordinación.

Este agrupamiento puede realizarse basado en varios criterios y así tendremos diferentes tipos de organizaciones.

Se puede agrupar:

- Por la función realizada, por ejemplo Enfermería,
- Por los productos que generan, por ejemplo Departamento de Cirugía.
- En base al territorio o distribución geográfica.

- Por procesos.
- Por el tipo de clientes.

Estas diferentes formas de agrupación dan origen a tres tipos básicos de Estructuras Organizacionales, a saber las Funcionales, Las por producto o mercado, y las Estructuras Matriciales en las cuales coexisten los dos tipos anteriores.

La cadena de mandos es la línea continua de autoridad que se extiende desde el ápice estratégico hasta el último de los elementos de la organización.

Se debe especificar a quien reporta el personal de una unidad funcional,

Generalmente esta relación se expresa en los llamados organigramas.

El tramo de control define el número de subalternos que cada puesto de mando tiene bajo su supervisión. Es muy importante su definición, por cuanto un número mayor dificulta la labor de supervisión, pero un número muy pequeño crea muchos niveles alargando los organigramas y pudiendo influir negativamente en el gasto por el número aumentado de gerentes.

Centralización o Descentralización. Hay que considerar si los miembros de la organización podrán tomar decisiones con mayor o menor autonomía. Aquellas en las que las decisiones se toman solo en el ápice estratégico son centralizadas.

En los hospitales encontramos que las decisiones de los médicos con sus pacientes son muy descentralizadas, dependiendo casi exclusivamente del prestador final del servicio y de los conceptos que este adquirió en su preparación universitaria, mientras que las decisiones de tipo administrativas son en general más centralizadas.



Formalización es el grado en que las tareas de la Organización están estandarizadas.

4.2.4 TIPOS DE ORGANIZACIONES MÁS COMUNES.

De acuerdo al diferente peso o combinación de los elementos mencionados en el numeral anterior, Mintzberg distingue siete tipos diferentes de organizaciones, aunque reconoce que ninguno de los modelos se da en forma pura.

La organización de estructura simple o empresarial, se caracteriza por tener poca departamentalización, tramos de control amplios, autoridad centralizada generalmente en una sola persona y poca formalización. La parte clave de la organización es el Apice Estratégico. Su mayor utilidad de aplicación se da en las pequeñas empresas o las grandes crisis.

La organización de tipo Burocracia Mecanicista se caracteriza por tareas operativas muy rutinarias, muy normatizada y formalizada, gran centralización vertical, la tecnoestructura es muy grande y poderosa, normalizando y controlando todo. Útil para sistemas de producción simple en masa.

La organización tipo Burocracia Profesional, basa su trabajo en un núcleo operativo fuerte formado por profesionales cuya capacitación escolástica impone la normatización. Su trabajo es muy descentralizado, con toma de decisiones basadas en

su formación. La tecnoestructura es pequeña y el personal de apoyo numeroso. Este tipo de organización es el que ha caracterizado a los hospitales hasta nuestros días.

Organización Diversificada, es aquella conformada por un conjunto de entidades independientes. La división no es funcional, sino adaptada a los mercados, unidas entre sí por una línea media amplia. Descentralización limitada.

Organización innovadora por equipos, supera las barreras departamentales y descentraliza la toma de decisiones a nivel del equipo de trabajo. Tiene una estructura orgánica poco normatizada. Mucha coordinación y enlace entre expertos. Muy flexible, los equipos pueden formarse y deshacerse según las necesidades o aparición de nuevos proyectos.

La organización misionera se caracteriza por una ideología propia, socializada a sus miembros a través del adoctrinamiento, normatizada, la coordinación está basada en los valores y creencias compartidos.

La organización política es aquella en la que ninguna de sus partes domina, no hay un mecanismo o forma de coordinación dominante, no hay una forma estable de centralización o descentralización, su comportamiento se caracteriza por la tendencia de sus partes a separarse, hay gran descentralización horizontal hasta los profesionales del núcleo operativo.

Según su Departamentalización o forma de agrupar en unidades las partes que la constituyen, puede distinguirse tres tipos de estructura organizacional en las empresas:

La **organización funcional** (agrupamientos por función) se refiere a estructuras centralizadas, con manejos verticales y con integración en niveles próximos a las jefaturas, lejos de los niveles operativos. Los miembros de los diversos departamentos virtualmente no tienen conexión, salvo al nivel de las jefaturas.

En el ámbito de la salud históricamente se establecieron estructuras funcionales debido a la naturaleza profesional del trabajo, por lo que espontáneamente se agrupaban los distintos profesionales en departamentos: médico, de enfermería, auxiliares de diagnóstico y tratamiento (farmacia, laboratorio, diagnóstico por imágenes) y administrativo. En estas organizaciones funcionales, los distintos departamentos se establecen como unidades independientes entre sí, sin autonomía, de comunicación vertical entre sus miembros, y comunicación horizontal sólo en el ámbito jerárquico.

La idea central de este tipo de organizaciones es que existen funciones especializadas que deben ser llevadas a cabo eficazmente, por lo que es necesario una integración y coordinación centralizada. En las organizaciones funcionales, por ejemplo el departamento de enfermería está organizado de modo que todas las enfermeras dependen de la jefatura de enfermería, y esta decide quienes hacen el trabajo, donde y como.

Una de las principales complicaciones de las estructuras funcionales es que existe frecuentemente una dualidad entre la toma de decisiones administrativas de la organización y las asistenciales de cada unidad, servicio o departamento, por cuanto corren por distintos carriles. Existe una gran dificultad en establecer responsabilidades, lo que los norteamericanos denominan falta de accountability (Falta de responsabilidad susceptible de ser contable). En este marco es fácil que surjan conflictos que típicamente son "pateados hacia arriba", hacia las jerarquías de conducción. Estas dificultades en la gestión, durante mucho tiempo se mantuvieron ocultos gracias al entorno de crecimiento económico del sector salud. Sin embargo en el marco de las

crecientes restricciones, los conflictos por la asignación de los recursos entre administradores y profesionales de la salud se ha ido profundizando.

Las organizadas por producto o mercado, donde podemos ver divisiones por region geografica, o de acuerdo a servicio o bien producido. Con lo cual surgieron las estructuras por Servicios o Divisiones. Estas estructuras dividen la organización en pequeñas unidades sobre la base de los servicios que presta y cuyos miembros, ya sean médicos, administrativos, enfermeras y otros, aunque contractualmente pertenecen a la organización, son propios de la unidad y están coordinados por el jefe de dicha unidad.

Por ejemplo: Cirugía, Clínica Medica, Tocoginecología, Pediatría, Salud mental, Cuidados intensivos, Consultas ambulatorias, Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes, etc. Son estructuras más descentralizadas, semiautónomas ya que manejan totalmente las decisiones operativas y en algunos casos, como los hospitales norteamericanos inclusive tienen responsabilidad sobre los aspectos financieros.

Este tipo de estructuras por una parte favorece el desarrollo profesional, ya que cada grupo pretende optimizar los recursos y las actividades de su propio departamento o servicio, pero por otra también favorece el aislamiento de estos de los objetivos de la organización impidiéndoles comprender las perspectivas de aquellos que realizan otras tareas. Es más, muchas veces el propio servicio se convierte en un "feudo" más a disposición de los jefes de servicio que a disposición de las demandas de los pacientes o los objetivos de la organización. Por ejemplo tener camas ociosas mientras el resto del hospital las requiere. Sin embargo el mayor riesgo en este tipo de estructuras organizacionales es que el paciente en lugar de ser considerado como un sistema compuesto por diferentes partes integradas armónicamente, sea tratado más como un conjunto de órganos que corresponden a diversas especialidades.



La organización matricial. En este tipo de estructura coexisten los dos tipos de estructura: por funciones y por producto/mercados. Habitualmente, los departamentos funcionales permanentes poseen autoridad para las actividades y estándares profesionales de sus unidades; pero se crean equipos de proyectos, según se necesite, para poner en práctica programas específicos. De varios departamentos funcionales permanentes se seleccionan los integrantes del equipo que están subordinados a un administrador de proyectos, responsable por los resultados del trabajo en equipo. Sin embargo pueden ser estructuras permanentes, donde existe una estructura de autoridad doble que comparte de forma igualitaria distintas decisiones. Ej. Guardia y Cirugía. Los médicos cirujanos de guardia en algunas instituciones tiene dos jefes: el del servicio de emergencias y del servicio de cirugía.

4.2.5 LA ORGANIZACIÓN POR PROCESOS.

La gestión tradicional ha estado orientada al efecto, el beneficio, olvidando su principal causa inmediata: Contar con clientes satisfechos y fieles. Cada persona concentra su esfuerzo en la tarea que tiene asignada, tratando de hacerla conforme a las instrucciones y especificaciones recibidas, pero con poca información con relación al resultado final de su trabajo. Aún en los procesos fabriles no es extraño que un productor no sepa, al

menos claramente, cómo contribuye su trabajo al producto final. En los trabajos administrativos y de gestión esto es aún mas frecuente.¹⁹

El origen de las estructuras tradicionales se basa en la fragmentación de procesos naturales, producto de la división del trabajo (Taylor), y posterior agrupación de las tareas especializadas resultantes en áreas funcionales o departamentos. En estas estructuras tradicionales; ningún director de área es el único responsable del buen fin de un proceso, ya que la responsabilidad está repartida por áreas y en una misma transacción intervienen varias áreas. Así le tocaría a la DIRECCIÓN GENERAL responsabilizarse de ello.

LA GESTIÓN POR PROCESOS se presenta como un sistema de gestión de la calidad apuntado a la calidad total.

Se trata de volver a reunificar las actividades en torno a los procesos que previamente fueron fragmentados como consecuencia de una serie de decisiones deliberadas y de evolución informal, lo cual supone reconocer que primero son los procesos y después la organización que los sustenta para hacerlos operativos. Es ver el proceso como la forma natural de organización del trabajo. La estructura puede o no coincidir con el proceso, ya que en un mismo puesto de trabajo puede realizar funciones para distintos procesos.

LA GESTION POR PROCESOS da un enfoque total al cliente externo desplegando al interior de la compañía sus **necesidades** (estándar mínimo) y sus **expectativas** (subjetivo), siendo el cumplimiento de éstas últimas las que generan **valor agregado** al producto o servicio.

La empresa es un sistema de sistemas, cada proceso es un sistema de funciones y las funciones o actividades se han agrupado por departamento o áreas funcionales. LA GESTION POR PROCESOS consiste, pues, en gestionar integralmente cada una de las transacciones o procesos que la empresa realiza.

Cada persona que interviene en el proceso no debe pensar siempre en cómo hacer mejor lo que está haciendo (división del trabajo), sino por qué y para quién lo hace; puesto que la satisfacción del **cliente interno** o externo viene determinada por el coherente desarrollo del proceso en su conjunto más que por el correcto desempeño de cada función individual o actividad.

En LA GESTION POR PROCESOS se concentra la atención en el resultado de los procesos no en las tareas o actividades. Hay información sobre el resultado final y cada quien sabe como contribuye el trabajo individual al proceso global; lo cual se traduce en una responsabilidad con el proceso total y no con su tarea personal (deber).

LA GESTION POR PROCESOS se fundamenta en la asignación de un directivo de la responsabilidad de cada uno de los procesos de la empresa. En su forma más radical, se sustituye la organización departamental. En otras formas, quizás transicionales, se mantiene la estructura departamental, pero el responsable de un proceso tiene la

¹⁹ <http://www.gestiopolis.com>. Gestión por Procesos. Cedita por estudiantes de RRHH. Universidad de Champagnat. Mendoza Argentina. 2004.

responsabilidad del mismo, y al menos en lo que a ese proceso se refiere, puede tener autoridad sobre los responsables funcionales (matricial).

La Gestión de los procesos tiene las siguientes características:

- Analizar las limitaciones de la organización funcional vertical para mejorar la **competitividad** de la Empresa.
- Reconocer la existencia de los procesos internos (**relevante**):
 - Identificar los procesos relacionados con los factores críticos para el éxito de la Empresa o que proporcionan ventaja competitiva.
 - Medir su actuación (Calidad, Costo y plazo) y ponerla en relación con el valor añadido percibido por el cliente.
- Identificar las necesidades de cliente externo y orientar a la Empresa hacia su satisfacción.
- Entender las diferencias de alcance entre la mejora orientada a los procesos (que y para quien se hacen las cosas) y aquella enfocada a los departamentos o a las funciones (cómo se hace):
 - Productividad del conjunto frente al individual(**Eficacia** global frente a Efectividad parcial).
 - El departamento es un eslabón de la cadena, proceso al que añade valor
 - Organización en torno a resultados no a tareas.
- Asignar responsabilidades personales a cada proceso.
- Establecer en cada proceso indicadores de funcionamiento y objetivos de mejora.
- Evaluar la capacidad del proceso para satisfacerlos.
- Mantenerlos bajo control, reduciendo su variabilidad y dependencia de causas no aleatorias (Utilizar los gráficos de control estadístico de procesos para hacer predecibles calidad y costo).
- Mejorar de forma continua su funcionamiento global limitando su variabilidad común
- Medir el grado de satisfacción del **cliente interno** o externo, y ponerlo en relación con la evaluación del desempeño personal.

La dificultad, grande por cierto, no estriba en el componente técnico de esta forma de gestionar una Empresa, sino en el cambio de actitud de las personas. Algunos de los

paradigmas bajo los que nos hemos educado, como la lógica Tayloriana, el organigrama y la Jerarquía, han de ser puestos en entredicho, al igual que determinados valores culturales vistos ahora como un freno a la creatividad.

Los cambios de comportamiento, especialmente en mandos y directivos, necesarios para gestionar los procesos de la Empresa los resumimos en:

1. Orientación externa hacia el cliente, frente a orientación interna al producto.
2. Fusionar en las personas pensamiento y acción de mejora frente a la lógica Tayloriana. No se trata de trabajar mas sino de trabajar de otra manera.
3. Compromiso con resultados frente a cumplimiento.
4. Procesos y clientes frente a departamentos y jefes.
5. Participación y apoyo frente a jerarquisación y control.
6. Responsabilidad sobre el proceso frente a autoridad jerárquica funcional.



BIBLIOTECA
ESPAL-ESPOL

Los procesos siempre están diseñados por directivos ; cuando están enfocados a satisfacer determinadas necesidades internas, como control o limitaciones de la responsabilidad departamental, incorporan una serie de actividades de dudoso valor agregado. Si definimos claramente la misión y objetivos de los procesos en términos del valor agregado percibido por los clientes, automáticamente se pondrá de manifiesto aquellas actividades consideradas como ineficaces y por lo tanto no imprescindibles.

Objetivos de la Gestión por procesos

Como un sistema de gestión de calidad que es, el principal objetivo de la Gestión por procesos es aumentar los resultados de la Empresa a través de conseguir niveles superiores de satisfacción de sus clientes. Además de incrementar la productividad a través de:

- Reducir los costos internos innecesarios(actividades sin valor agregado).
- Acortar los plazos de entrega (reducir tiempos de ciclo).
- Mejorar la calidad y el valor percibido por los clientes de forma que a éste le resulte agradable trabajar con el suministrador.
- Incorporar actividades adicionales de servicio, de escaso costo, cuyo valor sea fácil de percibir por el cliente (ej: Información)

Para entender la **Gestión por procesos** podemos considerarla como un sistema cuyos elementos principales son:

- Los **procesos claves**
- La coordinación y el control de su funcionamiento.

- La gestión de su mejora.

Sin duda una Empresa de éste tipo con equipos de procesos altamente autónomo es más ágil, **eficiente**, **flexible** y emprendedora que las clásicas organizaciones funcionales burocratizadas. Además está más próxima y mejor apuntada hacia el cliente.

Concluyendo, la finalidad última de LA GESTIÓN POR PROCESOS es hacer compatible la mejora de la satisfacción del cliente con mejores resultados empresariales.

La gestión por procesos se comprende con facilidad por su aplastante lógica, pero se asimila con dificultad por los cambios paradigmáticos que contiene.

Algunas diferencias entre organizaciones por procesos y Organización funcional tradicional:

- Procesos: De complejos a simples
- Actividades: De simples a complejas.
- Indicadores: De desempeño o resultados.
- Personal: De controlado a facultado.
- Directivo: De controlador a entrenador/Líder

GESTION POR FUNCIONES	GESTION POR PROCESOS
Departamentos especializados	Procesos valor añadido
Departamento forma organizativa	Forma natural organizar el trabajo
Jefes funcionales	Responsables de los procesos
Jerarquía - control	Autonomía - Autocontrol
Burocracia - formalismo	Flexibilidad - cambio - innovación
Toma de decisiones centralizada	Es parte del trabajo de todos
Información jerárquica	Información compartida
Jerarquía para coordinar	Coordina el equipo
Cumplimiento desempeño	Compromiso con resultados
Eficiencia: Productividad	Eficacia: competitividad
Cómo hacer mejor las tareas	Qué tareas hacer y para qué
Mejoras de alcance limitado	Alcance amplia - transfuncional

4.2.6 LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LOS HOSPITALES

Para establecer la organización de una institución de salud se debe considerar:

- **Agrupar RRHH en unidades de tareas denominadas unidades funcionales** (UF, unidades de procesos, no de estructura).

De acuerdo a su naturaleza las unidades funcionales de una institución de salud pueden ser **unidades funcionales asistenciales y unidades funcionales no asistenciales**.

- **Establecer para cada una de estas unidades funcionales los procesos, procedimientos y actividades que son de su competencia.**
- **Determinar el grado de autonomía de las unidades funcionales.**
- **Establecer responsabilidades y responsables.**
- **Establecer las relaciones entre las diversas unidades funcionales.**
- **Determinar líneas de autoridad para la toma de decisiones.**
- **Determinar los canales de comunicación formal.**

Tradicionalmente en las instituciones de salud se utiliza el **organigrama de la organización, como documento formal que representa la red de jerarquías y relaciones**.

Este organigrama expresa la estructura gerencial, las diversas unidades funcionales, sus autoridades y líneas de mando, así como las vías de comunicación entre unidades.

En las organizaciones de salud, de acuerdo a la evolución histórica, el tamaño de la institución, el grado de descentralización y autonomía, existen en la actualidad cuatro tipos de estructuras organizacionales:

1. Las estructuras con agrupamiento de profesionales por ramas del conocimiento en departamentos: estructuras funcionales
2. Las estructuras con agrupamiento de profesionales por los servicios que se brindan: estructuras por divisiones. Hospital por cuidados progresivos.
3. Las estructuras con agrupamiento de profesionales por productos o programas que se llevan adelante: estructuras por producto
4. Las estructuras mixtas: estructuras matriciales

Estos cuatro tipos de estructuras pueden existir en forma más o menos pura.

4.3 COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL.

Definición. El comportamiento organizacional es un campo de estudio que investiga el impacto que los individuos, los grupos y la estructura tienen sobre el comportamiento dentro de las organizaciones, con el propósito de aplicar tal conocimiento al mejoramiento de la eficacia de la organización.

Elementos del Comportamiento organizacional

Los elementos del comportamiento organización están determinadas por:

1. variables del nivel individual
2. variables de nivel de grupo
3. variables a nivel del sistema de organización.



4.3.1 FUNDAMENTOS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INDIVIDUOS.

4.3.1.1 Características biográficas.

Edad: Las relaciones entre edad y rendimiento en el trabajo probablemente sea un tema de importancia cada vez mayor ya que existen cuando menos tres razones:

- Primero la creencia ampliamente divulgada de que el rendimiento en el trabajo disminuye con el incremento de la edad. Sin importar que sea verdad o no verdad, mucha gente lo cree y actúa conforme a ello.
- Segundo la realidad es que la fuerza laboral esta envejeciendo. Por ejemplo los trabajadores de 55 años y más son el sector de mayor crecimiento de la fuerza de trabajo entre 1990 y el 2005.
- La tercera razón es que la legislación Ecuatoriana prohíbe el retiro obligatorio. Sin embargo La mayoría de la población estadounidense hoy en día no tienen que retirarse a la edad de 70 años como ocurre en el Ecuador y de manera obligatoria lo establece la seguridad social.

¿Cual es la percepción respecto de los trabajadores más viejos? Los patrones ven ciertas cualidades positivas que los trabajadores más viejos aportan a sus trabajos: en especial la experiencia el juicio, una acrisolada ética y un compromiso con la calidad. Pero también se percibe en los trabajadores de mayor edad como carentes de flexibilidad y con una resistencia a la nueva tecnología sobre todo. Y en un tiempo en el que las organizaciones buscan con tenacidad individuos que sean adaptables y abiertos al cambio, la negatividad asociada con la edad claramente obstruyen la contratación inicial de trabajadores de edad avanzada.

Género.- lo primero que debemos tomar en cuenta es que entre hombres y mujeres las diferencias son pocas en el desempeño del trabajo. En cuanto a los horarios de trabajo la mujer prefiere donde se le permita combinar sus actividades de trabajo, así también según estudios las mujeres tienen mayores índices de ausentismo debido a que esta tiene una cultura que está ligada a situaciones de casa y familia:

Estado civil.-No hay pruebas acerca de que este factor influya mucho pero se cree que el hombre casado es más responsable, tiene pocas ausencias, menos rotación y están más satisfechos en su trabajo debido a que tienen una familia y necesitan velar por sus intereses.

Antigüedad.- Si definimos la antigüedad como el tiempo que ha trabajado en un empleo en particular, podemos decir que la mayor parte de la evidencia reciente demuestra una relación positiva entre la antigüedad y la productividad en el trabajo.

Mientras más tiempo se tiene en la empresa más se perfecciona en su trabajo. Además que se está más satisfecho con lo que se hace. Pero en lo que respecta a rotación no es tan bueno el panorama ya que a veces por no crear antigüedad se da por terminada las relaciones de la empresa con el trabajador.

4.3.1.2 Habilidades.

Este término se refiere a la capacidad de una persona para llevar a cabo diversas actividades, donde cada una de las personas no son iguales por lo que se debe identificar las habilidades de las personas y encontrar la manera adecuada de usarlas. El conjunto de habilidades de un individuo en esencia se conforma de dos grupos de factores: habilidades intelectuales y físicas.

Habilidades intelectuales.- son aquellas que utilizamos para realizar las actividades mentales, esta puede medir a través de un test del coeficiente de inteligencia (IQ) o pruebas psicosociales para organizaciones, escuelas, dependencias gubernamentales, hay siete dimensiones: aptitud numérica, comprensión verbal, velocidad perceptual, razonamiento inductivo, el razonamiento deductivo, la visualización espacial y la memoria.

Habilidades físicas.- son requerimientos necesarios para hacer tareas que demandan fuerza, vigor, destreza, donde la capacidad física es la que será identificada por la gerencia para que ésta a su vez considere capacitar a este personal para potenciar estas habilidades.

4.3.1.3 Personalidad.

Se habla de la personalidad que es la forma en que la persona reacciona o interactúa con los demás y actúa ante su entorno. Se va formando a lo largo de la vida de la persona y con base a varios factores; la herencia, factores que se dieron en el nacimiento como la estatura, peso, género, temperamento, físico; el ambiente, los primeros aprendizajes, la forma en que crecimos, la cultura que nos dieron, los grupos sociales que nos rodearon.

CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD.

Se habla de la búsqueda de encontrar todas aquellas características de la personalidad que permitan identificar a las personas, al final de varios estudios se han considerado 16 características que son las que reflejan en forma más general el comportamiento de un individuo en forma específica. A través del indicador de tipo Meyers-Briggs (MBTI por sus siglas en inglés) que es un examen de personalidad de 100 preguntas se clasifica los individuos en cuatro tipos de personalidad : extrovertidos o introvertidos, sensibles o intuitivos, racionales o pasionales y perceptivos o juiciosos.

Los atributos de la personalidad de mayor influencia en el CO.- se consideran aquí a estos llamados pronosticadores que se encontraron dentro de las organizaciones:

Locus de control o lugar de control.- hay personas que piensan que ellos son responsables de su estilo de forma de vida y su destino. De forma interna, controlan lo que les pasa o de forma externa, a través de fuerzas exteriores.

Maquiavelismo.- Toma el nombre por Nicolas Maquiavelo quien escribió acerca de cómo ganar y usar el poder. Un individuo con un alto maquiavelismo es pragmático, mantiene una distancia emocional Este tipo de personas cree que el fin justifica los medios, les gusta manipular más y ganar más por lo que no son fáciles de persuadir

Autoestima.- es el grado en que es aceptado por uno mismo, esta característica determina en muchas ocasiones el grado de éxito de las personas, todos aquellos que tengan una autoestima alta serán capaces de enfrentar retos fuera de sus miedo o condicionantes, además de que no serán tan susceptibles a las situaciones del exterior.

Auto monitoreo.- ser capaz de adaptar mi comportamiento a las situaciones que se presentan en la vida cotidiana de las personas con alto grado auto monitoreo pueden mostrar diversas caras de si mismos, según como se requiera aunque algunas veces son contradictorias pero serán considerados para ascensos dentro de la empresa o de otras organizaciones.

Toma de riesgos.- se refiere, que en los puestos de gerencia dentro de una empresa debe de buscarse aceptar las responsabilidades al tomar decisiones. Según estudios en el grado en que se adopten los riesgos depende en algunas ocasiones del puesto que se desempeña.

4.3.1.4 Aprendizaje

Concepto. Es el cambio que se da en cualquier momento que modifica nuestro comportamiento, y que va ligado a la experiencia adquirida a lo largo del tiempo. Se puede tener el conocimiento de situaciones o actividades, pero el aprendizaje se basa en que apliquemos ese conocimiento. Con base en el reforzamiento positivo puede buscarse la manera de incrementarse el rendimiento de las personas, ya que se observan comportamientos buenos que son recompensados, es mejor reforzar que aplicar castigos (solo pueden provocar efectos negativos)

Esta definición tiene varios componentes que merecen clarificación: primero el aprendizaje involucra el cambio. El cambio podría ser bueno o malo desde un punto de

vista organizacional. La gente puede aprender comportamiento tanto desfavorables mantener perjuicios o restringir su producción. Segundo el cambio debe ser relativamente permanente. Los cambios temporales podrían ser sólo reflexivos y fracasar al representar cualquier aprendizaje. Por tanto el requerimiento de que el aprendizaje debe ser relativamente permanente controla los cambios conductuales causados por la fatiga o las adaptaciones temporales. Tercero, esta definición esta relacionada con el comportamiento. El aprendizaje ocurre cuando existe un cambio en las acciones. Un cambio en el proceso de pensamiento de individuo o actitudes, si no se acompaña por algún cambio en el comportamiento no seria aprendizaje.

Se sugiere para todos los gerentes que la imagen que muestren a los demás sea el ejemplo a seguir, que no utilice recursos de la empresa, que sea puntual, que no busque pretextos al no lograr cumplir sus objetivos.

4.3.1.5 Valores, actitudes y satisfacción en el trabajo:

Los valores representan convicciones básicas de un modo específico de conducta o una finalidad de existencia, es personal o socialmente preferible a un modo de conducta opuesto o a una finalidad de existencia converso.

Debemos tomar que en cuenta que el término de satisfacción en el trabajo siempre será un punto clave que debemos tratar ya que de esto depende que el empleado se sienta conforme y demuestre que tan productivo es. Sin embargo, los valores son formas básicas y modos de conducta que afectan el comportamiento del empleado por lo tanto estos deben ser tomados en cuenta.

Todas las personas poseemos un sistema de valores con base a la jerarquía de importancia relativa que nosotros le damos.

Los valores son objeto de estudio son la base para entender las actitudes y las motivaciones que influyen en nuestra percepción., todos los valores de cada persona tienen una fuente de donde provienen que son la familia, los amigos, la escuela con los maestros, la cultura del país donde se viva; pero los valores que regularmente mostramos son los que adquirimos en los primeros años de nuestra vida. Es así que los valores pueden clasificarse y así poder determinar de una forma lógica que tipo de comportamiento tendrá el empleado a partir de esta tipología. No queremos dejar de lado que los valores forman parte de la personalidad, lo que representa que este tipo de convicciones estarán presentes durante toda la vida del individuo y que estas manifiestan una visión de lo correcto e incorrecto desde el punto subjetivo de la persona.

Las actitudes son aprobaciones o desaprobaciones a través de enunciados llamados de evaluación es decir es la forma de representar como se siente una persona. Las actitudes no son lo mismo que los valores pero están interrelacionados. Igual que los valores las actitudes las adoptamos de los padres, grupos sociales, maestros. Nacemos con cierta predisposición y a medida que vamos creciendo tomamos los que vemos de las personas que respetamos, admiramos o se dice incluso de los que tememos con el tiempo. Vamos moldeando nuestras actitudes al ir observando a los demás. Se dice también que las

actitudes son más inestables ya que son moldeables a la conveniencia de personas o empresas obteniendo de ellas un comportamiento deseable.

Tipos de actitudes: son aquellos que se relacionan con el trabajo y son los que el Comportamiento Organizacional enfoca en mayor forma y son tres actitudes:

Satisfacción en el trabajo. Es la actitud que un empleado asume respecto a su trabajo. De forma lógica aquellas personas que obtienen un alto nivel de satisfacción con sus actividades establecen actitudes muy positivas y benéficas

Compromiso con el trabajo. Es el que mide el grado en el que la persona se valora a sí mismo a través de la identificación sociológica en su puesto dentro de la empresa. A los trabajadores plenamente identificados realmente les importa el trabajo que realizan.

Compromiso organizacional. es aquella que se refiere empleado que se identifica con la empresa, metas, objetivos y que está metido en ello como cualquier otro que labora ahí, es decir este se refiere a identificarse con el servicio, las personas de la organización y el compromiso con el trabajo, identificado con su labor específica.

Las actitudes de las personas son sumamente cambiantes, situación que los gerentes han observado y que buscan encontrar solución, se hace referencia a que las situaciones que el empleado anteriormente asumía son posibles limitantes para un desarrollo de la persona en el presente y en el futuro.

Por lo que las empresas invierten en entrenamientos que permitan moldear nuevamente las actitudes de los empleados

La satisfacción en el trabajo ya tocada anteriormente implica como medir este tipo de satisfacción, que lo determina y como afecta en la productividad del empleado

El trabajo no sólo es realizar las tareas específicas, además existe el roce con otro personal, normas y procedimientos establecidos, es decir, que la satisfacción en el trabajo tiene como base la suma de todas estas actividades.

La satisfacción en el trabajo puede ser determinada por el tipo de actividades que se realizan (es decir, que el trabajo tenga la oportunidad de mostrar las habilidades de cada uno y que ofrezcan un cierto grado de desafío para que exista el interés). Que los empleados sean bien recompensados a través de sus salarios y sueldos acorde obviamente a las expectativas de cada uno. Que las condiciones del trabajo sean adecuadas, no peligrosas o incómodas lo cual hace mejor su desempeño. Además los empleados buscan dentro del trabajo que su jefe inmediato sea amigable y comprensible y que los escuche cuando sea necesario.

La insatisfacción en el trabajo se refleja en la salida de los empleados inminente o que expresen situaciones que ayuden a mejorar las relaciones obrero-empresa, también de forma leal esperar que las condiciones mejoren.

4.3.1.5.1 Tipos de valores

Milton Rokeach creó la encuesta del valor, esta consiste en dos series de valores cada una contiene 18 conceptos de valores individuales. Un grupo llamado valores terminales, se refieren a las finalidades deseables de existencia. Estos son las metas que

a una persona le gustarla lograr durante su vida. El otro grupo llamado valores instrumentales, se refiere a los modos preferentes de comportamiento o medios de lograr los valores terminales. Ellos son:

VALORES TERMINALES.

Vida cómoda (vida próspera)

Vida emocionante, activa

Sentimiento de logro

Un mundo en paz

Un mundo de belleza

Igualdad

Seguridad familiar

Libertad

Felicidad

Armonía interior

Amor maduro

Seguridad emocional

Placeres

Respeto por uno mismo

Reconocimiento social

Amistad verdadera

Sabiduría



BIBLIOTECAS
ESPAE-ESPOL

VALORES INSTRUMENTALES.

Ambición (trabajo esforzado, aspiraciones)

Mente abierta

Capaz

Animado

Limpio, pulcro

Valiente, defiende sus convicciones

Perdón (dispuesto a perdonar)

Servicial

Honesto

Imaginativo

Independiente

Intelectual

Lógico

Cariñoso

Respetuoso

Cortés

Responsable

Controlado

4.3.1.6 Percepción y toma individual de decisiones.

Puede definirse como un proceso por el cual los individuos organizan e interpretan sus impresiones sensoriales a fin de darle un significado a su ambiente. Sin embargo, lo que uno percibe puede ser sustancialmente diferente de la realidad objetiva.

Es importante que el estudio del comportamiento organizacional de la gente esta basado en la percepción de lo que es la realidad, no en la realidad misma. El mundo en la forma en que es percibido es lo que importa para el comportamiento.

Factores que influyen en la percepción.

Existen varios factores que operan para dar forma y a veces distorsionan la percepción ello son el perceptor, el objetivo y la situación.

El perceptor: Cuando un individuo ve un objetivo y trata de interpretar lo que ve, su interpretación esta influida en gran medida por sus características personales.

El objetivo. Las características del objetivo que se esta observando puede afectar lo que la gente percibe. Es más probable que en un grupo, las personas gritonas sean más notables que las silenciosas.

La situación: El contexto en el cual vemos los objetos o eventos es importante. Los elementos alrededor del ambiente influyen en nuestras percepciones.

4.3.1.7 Motivación.

¿QUE ES MOTIVACION LABORAL?

Esta comprende tanto los procesos individuales que llevan a un trabajador a actuar y que se vinculen con su desempeño y satisfacción en la empresa, como los procesos organizacionales que influyen para que tanto los motivos del trabajador como los de la empresa vayan en la misma dirección, también es bien claro, que el trabajador dependiendo de todas aquellas circunstancias que lo rodean a nivel personal y de la estructura de su personalidad, se relacionará con su ambiente laboral de una u otra forma, sin embargo algunos parecen estar sumamente motivados por su trabajo frente a las mismas condiciones de trabajo.

La motivación es el resultado de la interacción entre el individuo y la situación, y el grado de ella varía entre las personas e individualmente, según el momento y la manera en que cada empleado valida los estímulos de la organización como satisfactores de sus necesidades. Es por ello que no puede hablarse de motivación del empleado sin dejar presente que la organización solo le facilita o le dificulta al estimular al empleado, conociéndolo y otorgándole aquellos incentivos que considera que lo impulsarán hacia el logro de la meta, la motivación laboral concluye, que los cambios en el diseño del trabajo dan como resultado una mayor y mejor productividad del empleado, siempre y cuando estos cambios partan de una adecuada comprensión del individuo.

4.3.1.7.1 La persona dentro de la motivación laboral

De la definición anterior nos damos cuenta de la importancia que tiene el nivel personal dentro de la motivación, por medio del deseo individual de hacer el mayor esfuerzo es como se logra alcanzar las metas comunes, por eso nos preguntamos ¿qué nos impulsa en determinado momento a realizar mejor nuestras actividades? ¿si el sistema está bien diseñado, la respuesta es el trabajo ya que es una actividad productora de bienes y servicios que funcionan en determinado momento como satisfactores de una o varias necesidades, es decir, el trabajo constituye un medio de interacción, el cual beneficia tanto al individuo con a la organización y mejora o perjudica la calidad de vida que la persona va adquiriendo, por lo tanto, en la medida que dicho trabajo solucione y sirva como satisfactor de las necesidades inherentes del trabajador, él mismo mostrará una actitud de innovación y creatividad ante el trabajo que realiza, es decir, en la medida en que los incentivos sean validados como satisfactores de los motivos, estos despertarán y mantendrán la motivación.

4.3.1.7.2 Teoría de las necesidades

La necesidad de conseguir alimento, el interés por cubrirse durante el frío y el hecho mismo de comunicarse con otros para agruparse y sobrevivir, fueron necesidades que motivaron e impulsan todavía al hombre para desempeñar un determinado trabajo, lo que nos llevan a considerar tres aspectos que han caracterizado el proceso de motivación: necesidad (motivo) objetivo (meta) y necesidad satisfecha (incentivo).

Necesidad .- desequilibrio del ser humano causado por una demanda personal en relación con una demanda del medio.

Objetivo meta que encauza una serie de comportamientos.

Necesidad satisfecha modificación del estado de insatisfacción.

La motivación no es un proceso lineal sino circular, es decir, la satisfacción de una necesidad no finaliza en el logro del objetivo, ya que a partir de ella se crean otras necesidades que llevan al individuo a repetir el ciclo de la motivación.

Para Abraham Maslow, todo hombre comparte cinco niveles de satisfacción de las necesidades en su experiencia vital. Estos niveles son jerarquizados conforme a su importancia de abajo hacia arriba.

- La necesidad de autorrealización, desarrollo de la creatividad, retos y demandas laborales.
- Necesidad de estimación; reconocimientos, responsabilidad e importancia del trabajo.
- Necesidad de amor y pertenencia; integración con el grupo laboral e identificación con la organización.
- Necesidad de seguridad; seguridad y estabilidad laboral, así como prestaciones laborales.
- Necesidades básicas; salario base, condiciones laborales, etc.

Está considerado que una necesidad satisfecha no es un motivador de la conducta; mas bien es aquella necesidad que aún no se satisface ; según esta teoría es debido a que el hombre actúa para satisfacer carencias, de ahí, que una vez satisfecho un nivel inferior de la pirámide, el hombre se esfuerza para satisfacer las necesidades correspondientes al nivel superior.

En un proceso ideal, el individuo lograría integrar las metas personales y organizacionales en motivos que lo lleven a actuar estos motivos serían la guía que permitiría identificar qué estímulos funcionan como incentivos, que nos permitan hablar de una necesidad satisfecha, tanto para la organización como para la persona.

4.3.1.7.3 Incentivos un medio para despertar la motivacion

Los premios otorgados por la organización conjuntamente con el trabajo realizado por el empleado, demuestran el carácter recíproco de la relación de intercambio existente entre ambos, el primero ofrece su aportación, esfuerzo y trabajo, altamente valiosos para los objetivos de la producción, y los segundos dan estímulos a manera de pagos por los servicios prestados. Dentro de la organización los empleados valoran los estímulos conforme a la capacidad que estos tengan para satisfacer sus necesidades, de ahí que no todos los estímulos generan el mismo tipo de respuesta en todos los empleados, cuando éstos sienten justa esta retribución, se establece un equilibrio entre contribuciones y estímulos, Herberg y sus colaboradores examinaron la relación entre

satisfacción en el trabajo y productividad, encontrando que existen básicamente, dos conjuntos de factores que despiertan la motivación, estos son :

Factores motivadores, estos están asociados con los sentimientos positivos hacia el trabajo mismo como son responsabilidad, avance y crecimiento.

Factores de higiene, estos no generan satisfacción, simplemente se encargan de evitar la insatisfacción y son externos al trabajo propiamente dicho.

Se puede afirmar que los factores que influyen la eficiencia en una organización empresarial no son necesariamente los mismos que van a generar la cooperación y colaboración en el trabajo de equipo. En la actualidad algunos científicos han invertido la proporción diciendo que no es la satisfacción la que conduce al desempeño, sino éste conduce a la satisfacción.

También los incentivos y recompensas pueden clasificarse a su vez como financieros y no financieros, el término incentivo se utiliza como argumento para impulsar las metas del trabajador por parte de la empresa, cuando el incentivo da como resultado la satisfacción del empleado y el logro de la meta, ésta constituye también la satisfacción del patrón, entonces puede decirse que la organización trabaja con éxito.

Estudios anteriores han demostrado que, desde Taylor, varios estudiosos en tiempos y movimientos han diseñado cientos de sistemas de incentivos salariales, sin embargo se podría afirmar que ninguno ha sido realmente eficaz. Se conocen cinco teorías sobre el papel del dinero en el desempeño laboral.

El dinero como reforzador, teoría que se basa en un enfoque conductista, en donde el dinero se ve como un reforzador condicionado asociado generalmente a la satisfacción de necesidades básicas. Por desgracia la mayoría de sus estudios están basados en animales y la generalización a la conducta humana requiere de pruebas más sólidas

El dinero como alivio de ansiedad, la carencia de dinero se advierte desde la infancia a través de un proceso de asociación, este proceso inicialmente consiste en una primera etapa relacionando el dolor con avisos o señales de alarma.

El dinero como factor de higiene o prerrequisito, Para Herzberg y Mausner, el dinero constituye un factor de higiene que no produce la satisfacción, pero si sirve para evitar la insatisfacción de no tenerlo.

El dinero como incentivo condicionado, Dollard y Millar, consideran que cuando se asocia en forma repetida el dinero con incentivos primarios, éste adquiere un valor de incentivo condicionado al asociarlo con otro tipo de incentivos.

El dinero como instrumento, Para Vroom, el dinero adquiere valor como resultado de su capacidad instrumental para obtener otros resultados; es decir, el dinero adquiere valor para la persona en la medida en que a éste le sirve para adquirir aspectos como seguridad, prestigio, tranquilidad etc. Este análisis nos permite darnos cuenta de lo poco que se conoce aún sobre el comportamiento humano, además del papel que juega el dinero dentro de la satisfacción y motivación, encontrando algunos aspectos relacionados con la interacción entre el trabajo y los incentivos financieros.

Incentivos no financieros, estos también se clasifican en dos grandes grupos: los prerrequisitos o de higiene y los motivadores.

A pesar de habernos referido a distintas teorías todas ellas tienen algo en común: manejan el principio básico de que la gente actúa por necesidad, y si es una necesidad ésta tiene un proceso circular y dinámico, sin embargo a pesar de que la teoría de la necesidad es la que más investigaciones y resultados ha generado, no es el único marco teórico para explicar este proceso, todas estas teorías mencionadas conforman las principales explicaciones para entender como se puede motivar a un trabajador para que realice de manera eficiente su trabajo, pese a esto, hoy en día el campo de la motivación- desempeño- motivación sigue siendo un punto vital de investigación a investigar.

Enriquecimiento del trabajo, la propuesta de la teoría de motivación- higiene ha conducido a un nuevo concepto llamado enriquecimiento del trabajo, como una estrategia para poder implementar sus conceptos, en términos generales se refiere al proceso de analizar el contenido de éste, a fin de determinar si los empleos pueden ser modificados de tal manera que las tareas a cargo del empleado resulten más interesantes, de mayor desafío y responsabilidad, el enriquecimiento del trabajo posee dos ramas:

Prevención, dentro del diseño de nuevos puestos debe considerarse si el trabajo resultará gratificante, será un reto o se convertirá en una actividad monótona y rutinaria para el trabajador.

Corrección, consiste en examinar los empleos tal y como están estructurados en el presente, a fin de evaluar si pueden ser modificados.

Como puede observarse, el enriquecimiento del trabajo parece sencillo si no se puntualiza que éste forma parte del proceso de motivación y tiene a su vez, interacción con los elementos de la situación del trabajo a su alrededor.

A continuación presentamos los aspectos que deben tomarse en cuenta para poder hablar de una gerencia motivacional :

- Sistemas de incentivos financieros y no financieros.
- Implementación de cambios.
- Selección y desarrollo del estilo gerencial.
- Enriquecimiento del trabajo.
- Organización de equipos.
- Selección de personal.
- Simplificación del trabajo.
- Cambio de la estructura organizacional.



- Planeación y evaluación del trabajo.
- Adiestramiento, capacitación y desarrollo.
- Mejoramiento de las condiciones de higiene, tanto industrial como motivadoras.
- Establecimiento de metas.
- Sistema de información.

La integración de todos estos elementos en una sola expresión responden al establecimiento de una cultura organizacional orientada hacia el equilibrio, de tal manera que el enriquecimiento del trabajo forma parte únicamente de lo que es una gerencia motivacional con el fin de generar un proceso interactivo entre trabajador, la organización y la sociedad

El enriquecimiento del trabajo es un tema complejo y amplio que requiere de gran habilidad y creatividad para su implementación pero, sobre todo, de una claridad y sencillez en la evaluación diagnóstica de las necesidades de cambio y la dirección que debe tener, tomando en cuenta aspectos como ;

- Clima organizacional.
- Apoyo gerencial.
- Ubicación del departamento y personas interesadas en el cambio.
- Número de trabajadores que se involucran en el proceso de cambio.
- Parámetros y procedimientos para medir el cambio.
- Si se necesita y se cuenta con la ayuda del staff.
- Si se requieren nuevos trabajos.
- Condiciones de higiene.
- Cooperación del Sindicato.
- Oportunidad de ascenso, etc.

4.3.2 FUNDAMENTOS DEL COMPORTAMIENTO DE GRUPO

4.3.2.1 Definición y Clasificación de los grupos

Un grupo se define como dos o más individuos que interactúan y son interdependientes, generalmente se juntan para lograr objetivos particulares. Los grupos pueden ser formales o informales. Al referirnos a los grupos formales, estos están definidos por la estructura organizacional, con sus asignaciones de trabajo diseñadas y que establecen

las tareas, en estos grupos los comportamientos en los que uno debería comprometerse están estipulados por y dirigidos hacia las metas de la organización: lo contrario de los grupos informales es que son alianzas que no están estructuradas formalmente ni determinadas por la organización. Estos grupos son formaciones naturales en el ambiente de trabajo que aparecen en respuesta a la necesidad de un contacto social.

A los grupos se los puede subclasificar como grupos de mando, de tarea, de interés o de amistad. Los dos primeros grupos de mando y de tarea están dictados por la organización formal mientras que los grupos de interés y de amistad son alianzas informales.

Un grupo de mando se determina por el organigrama de la organización, esta compuesto por subordinados y un gerente.

Grupo de tarea, son aquellos individuos que trabajan juntos para llevar a cabo una tarea de trabajo.

Grupo de interés, estos grupos trabajan juntos para lograr una meta específica en la que cada uno tiene su propio interés.

Grupo de amistad, aquellos que se forman debidos a que comparten una o más características comunes.

4.3.2.2 Etapas de desarrollo del grupo

En la búsqueda permanente de datos más precisos y la información necesaria para la presente investigación sobre todo para llegar a desarrollar este punto, creemos que existen cinco etapas a las que las llamaremos: formación, tormenta, normatividad, desempeño y movimiento. La formación, es la primera etapa en el desarrollo del grupo y se caracteriza porque hay mucha incertidumbre, la tormenta se caracteriza por el conflicto dentro del grupo: la normatividad esta dada por las relaciones estrechas y la cohesión, la cuarta etapa corresponde al desempeño y es cuando el grupo es totalmente funcional, finalmente la etapa del movimiento se caracteriza por el interés de concluir las actividades, mas que desempeñar la tarea..

Hacia la explicación del comportamiento del grupo de trabajo, A menudo nos preguntamos ¿ porque algunos de los esfuerzos de grupo son mas exitosos que otros, la respuesta es compleja, porque incluye variables como la habilidad de los miembros y el tamaño del grupo, el nivel de conflictos y las presiones internas sobre los integrantes para conformar las normas del grupo, por lo tanto se puede asegurar que los grupos de trabajo no existen en el aislamiento, son parte de una gran organización, es decir que cada grupo de trabajo tiene en si mismo un grupo distinto de recursos determinados por su membresía, esto incluye cosas como la inteligencia y motivación de los miembros del grupo, factores que determinan los patrones de interacción y otros procesos dentro del grupo, finalmente la relación del proceso de desempeño- satisfacción del grupo es moderada por el tipo de tarea en la cual el grupo está trabajando.

Se puede concluir, en que el desempeño del grupo no es solo la suma de las habilidades de cada uno de los integrantes, sin embargo, estas habilidades establecen los parámetros de lo que los miembros pueden hacer y de qué tan eficazmente se desempeñarán en un grupo.

4.3.2.3 Estructura del grupo

Se dice que los grupos de trabajo no son mafias sin organización, sin embargo estos tienen una estructura que da forma al comportamiento de los miembros que hace posible explicar y predecir gran parte del comportamiento individual, como también del desempeño del grupo mismo. Se conocen algunas variables estructurales que influyen en: el liderazgo formal, los papeles, las normas, el status, el tamaño y la composición del grupo y hasta su grado de cohesión.

4.3.2.4 Equipos de trabajo.

Conjunto de personas cuyos esfuerzos individuales dan como resultado un desempeño mayor que la suma de aquellas contribuciones individuales.

4.3.2.4.1 Tipos de equipos.

Generalmente los equipos se clasifican con base a sus objetivos. Las tres formas más frecuentes de formar equipos en las organizaciones son: Equipo de solución de problema, equipos autodirigidos y los equipos inter funcionales.

Equipos de solución de problema son grupos que están conformado por 10 – 15 personas de un mismo departamento y se reúnen semanalmente para discutir como mejorar la calidad, la eficiencia y el ambiente de trabajo.

Equipos autodirigidos: Estas personas asumen la responsabilidad de sus supervisores, ellos trabajan sobre la planificación y la programación del trabajo, el control colectivo sobre el ritmo de trabajo.

Equipos interfuncionales: Estos equipos están conformados por empleados del mismo nivel jerárquico, pero de diferentes áreas de la institución ej: los comités.

4.3.2.4.2 Habilidades de los miembros del equipo.

Para lograr un desempeño eficaz un equipo necesita tener experiencia técnica, habilidades de solución de problema y de toma de decisiones que les permita identificar problemas , generar soluciones y elegir opciones competentes, así también necesitan ser personas que sepan escuchar, que retroalimenten a así compañeros, que sepan buscar y solucionar conflictos y también tengan otras habilidades interpersonales.

4.3.2.4.3 Los roles de los miembros en el equipo de trabajo.

La personas que forman parte de los equipos de trabajo asumen diferentes papeles al interior del mismo ellos son:

Conector: coordina e integra.

Creador: Inicia las ideas creativas.

Promotor: Defiende las ideas después de que son emitidas.

Asesor: Ofrece un análisis de las perspectivas internas sobre las opciones.

Organizador: Proporciona estructura.

Contralor: Examina los detalles y hace valer las reglas.

Defensor: Pelea las batallas externas.

Consejero: Alienta la búsqueda de más información.

4.3.2.4.4 Transformación de los individuos en elementos de equipo.

Los trabajos en equipos son necesarios e indispensables para la implementación de las estructuras por proceso de ahí la necesidad buscar las estrategias para su implementación. El reto será superar la resistencia individual ya que el éxito de un empleado ya no se define en término del desempeño individual. Para desempeñarse bien como miembro de un equipo, los individuos deben ser capaces de comunicarse abierta y honestamente de confrontar las diferencias y resolver conflictos y sublimar las metas personales por el bien del equipo.

4.3.2.4.5 Etapas del desarrollo del grupo.

La formación de los equipos de trabajo tiene varios pasos ellos son.

Selección. En las instituciones que deciden rediseñar los trabajos en torno a equipos, deben esperarse que algunos empleados se resistan a participar en equipos y probablemente no puedan ser entrenados. Por desgracia este tipo de personas típicamente se convierten en víctimas del enfoque de los equipos.

Entrenamiento: Se considera que las personas que fueron educadas dentro de la importancia de los logros individuales pueden ser entrenadas para volverse miembro de un equipo. Los especialistas del entrenamiento conducen ejercicios que permiten a los empleados experimentar la satisfacción que el trabajo en equipo proporciona, ayudan a los empleados a mejorar sus habilidades de solución de problema, de comunicación, de negociación, de manejo de conflictos y de capacitación.

4.3.2.4.6 Beneficios de introducir equipos de trabajo.

Mayor motivación a los empleados.

Niveles mas altos de productividad.

Mayor satisfacción del empleado.

Compromiso común hacia las metas.

Mejor comunicación.

Habilidades de trabajo múltiple.

Flexibilidad organizacional.

4.3.2.5 Comunicación.

Proceso entre dos o más partes que resulta de la transferencia y comprensión del significado del mensaje.

Las organizaciones no pueden existir sin comunicación. Si no hay comunicación es imposible que los empleados sepan que hacen sus compañeros, la dirección reciba información y que supervisores y líderes de equipo emitan instrucciones. La coordinación del trabajo es imposible en estas condiciones, lo que provocara el colapso de las organizaciones. También la cooperación se vuelve imposible, dado que las personas no pueden comunicar a los demás sus necesidades y opiniones.

Cuando la comunicación es eficaz, tiende a alentar un mejor desempeño y una mayor satisfacción laboral, la gente comprende mejor sus labores y se siente mas involucrada en ellas.

Funciones de la comunicación. En las organizaciones la comunicación tiene cuatro funciones principales sirve para el control, la motivación, la expresión emocional y la información, es importante considerar que ninguna de las cuatro es más importante que la otra ya que los grupos se desempeñan eficazmente, necesitan mantener alguna forma de control sobre los miembros, estimular el rendimiento proporcionar un medio de expresión emocional y tomar las decisiones.

4.3.2.5.1 Proceso de la comunicación bidireccional.

Es el método por el cual un emisor establece contacto con un receptor por medio de un mensaje. Este proceso consta de ocho pasos:

Desarrollo de una idea. Desarrollo de la idea que el emisor desea transmitir.

Codificación. Transmitir la idea por medio del uso de la palabra y otros símbolos existentes.

Transmisión. Consiste en transmitir el mensaje con el método elegido ej: memorando, teléfono, visita personal.

Recepción. Aquí el mensaje pasa a manos del receptor, quien debe sintonizarse en una forma acorde con la recepción del mensaje ej si es oral, el receptor debe ser un buen oyente.

Decodificación. Se necesita que el receptor comprenda el mensaje exactamente en los términos en que fue emitido. La comprensión solo puede ocurrir en la mente del receptor.

Aceptación. Una vez que el receptor ha obtenido y decodificado el mensaje tiene la opción de aceptarlo o rechazarlo

Uso.<el receptor puede desecharla, ejecutar la tarea de acuerdo con las indicaciones recibidas , guardarla para el futuro.

Suministro de retroalimentación. Cuando el receptor reconoce la validez del mensaje y responde al emisor, tiene lugar la retroalimentación.²⁰

4.3.2.5.2 Barreras de la comunicación.

A pesar de que el mensaje llegue al receptor y el haga un esfuerzo para decodificarlo, existen varias interferencias que pueden limitar su comprensión, son las llamadas barreras de la comunicación que pueden ser personales, físicas y semánticas.

Personales: Son las producidas por las emociones y valores humanos y deficientes hábitos de escucha. También pueden ser por diferencias de educación, raza, sexo, nivel socioeconómico y otros.

Nuestras emociones actúan como filtros de percepción en prácticamente todas nuestras comunicaciones. Vemos y oímos aquello con lo que estamos emocionalmente sintonizados para ver y escuchar de manera que nuestra comunicación esta regida por nuestras expectativas.

Físicas: Son interferencias de comunicación presentes en el entorno en el que tiene lugar la comunicación, uno de ellos es el ruido que nos distrae y que ahoga el mensaje verbal, así también las distancias, los muros.

Semánticas: tiene que ver con la semántica tiene que ver con los símbolos que se utilizan para la comunicación pueden ser: la palabra, imágenes y acciones. Esta barrera constituye un reto importante especialmente en las diferentes culturas cuando pretenden comunicarse entre si.

4.3.2.5.3 Necesidades de comunicación.

En las organizaciones los empleados y trabajadores tienen muchas necesidades de comunicación. Generalmente los gerentes creen conocer las necesidades de información pero los trabajadores no consideran igual, generalmente las necesidades de comunicación son:

4.3.2.5.4 Practicas de comunicación descentes.

Instrucción de trabajo. En la misma los empleados reciben instrucciones adecuada acerca de sus labores, pero de debe asegurar mejores resultados si estas instrucciones se dan en termino de los objetivos del puesto y de las tareas que involucra el trabajo.

Retroalimentación de desempeño. Esto le permite al trabajador conocer que tan bien están cumpliendo con sus metas,

²⁰ Comportamiento humano en el trabajo.Keith Davis. Ed. Mc Graw hill. 10ed. Mexico 1999 Pg. 53-58

Novedades de la información. La información descendente debe ser para los empleados fresca y oportuna, no deben ser atrasada y haberse informado por otra fuente. El hecho de que la información sea caduca hará imposible que se pueda proceder con efectividad.

Apoyo social. Se refiere a la percepción de que se les estima y valora. Las muestras de calidez y confianza de los gerentes en sus relaciones interpersonales tienen un positivo impacto en su bienestar psicológico y físico de los empleados, así como en su desempeño y satisfacción laboral.

4.3.2.5.5 Prácticas de comunicación ascendente.

Cuestionamiento. Los gerentes deben estimular la formulación de preguntas adecuadas, esto le permite demostrar a los empleados de que la dirección se interesa en conocer sus opiniones, contar con información adicional y que se valora sus aportaciones.

Escucha. Significa no solo limitarse a oír sino que debe ponerse atención con los oídos y la mente. Las personas que escuchan no solo que oyen al que habla sino que se captan sus sentimientos y emociones.

Reuniones con empleados. Se considera que es uno de los métodos más útiles para la promoción de la comunicación especialmente con grupos pequeños, este tipo de reuniones permite a los empleados expresar sus problemas y necesidades de trabajo así como referir el apoyo como las interferencias en su desempeño laboral.

Políticas de puertas abiertas. Es una forma mediante la cual los empleados pueden acudir a su supervisor o a la Dirección a manifestar sus inquietudes. Pero se deben respetar los niveles jerárquicos haciendo que el empleado acuda primero al supervisor y si no encuentra solución acuda a la Dirección.

Una forma adecuada de las puertas abiertas debe ser que los gerentes deben salir de sus oficinas y hacer acto de presencia en el lugar de trabajo de los empleados.

Participación en grupos sociales. Se considera que los eventos sociales recreativos casuales e informales son oportunidades importantes para la comunicación ascendentes no planeadas.

4.3.2.6 Liderazgo.

Definición. Se define al liderazgo como la forma de influir en el grupo para que trabajen entusiastamente para alcanzar las metas de las instituciones.

4.3.2.6.1 Estilos de liderazgo

LIDERES AUTOCRATICOS.

Son aquellos que centralizan el poder y la toma de decisiones. Estructuran el trabajo de sus empleados esperando que ellos cumplan lo que el dice y no se les permite opinar o pensar por sí mismo.

Este tipo de liderazgo es considerado como negativo ya que se basa en amenazas, castigos ninguna consideración del empleado, genera temor y frustraciones

Para el líder resulta satisfactorio esto ya que le permite tomar decisiones rápidas hacia los subordinados.

LIDERES PARTICIPATIVOS.

Este tipo de liderazgo se basa en la consulta a los seguidores y la participación de los mismos. Los líderes y grupos actúan como una unidad social. Se mantienen informados a los empleados de las condiciones que afectan a sus labores, se los alienta a expresar sus ideas y hacer sugerencias.

La tendencia es a implementar este tipo de liderazgo ya que ello permite una administración participativa.

LIDERES PERMISIVOS.

El líder permisivo evita el poder y la responsabilidad, ellos dependen del grupo para el establecimiento de las metas y la solución de los problemas.

Este estilo de liderazgo no es muy aconsejable ya que puede generar desorden caos ya que son los grupos los que gobiernan, resulta positivo cuando se pone en manos del grupo una decisión.

Dos diferentes estilos de liderazgos usados con los empleados son la CONSIDERACIÓN y la ESTRUCTURA es decir la se orienta hacia los empleados y hacia las tareas este estilo garantiza un buen desempeño y satisfacción laboral alto por parte de los empleados.

En este estilo los líderes se interesan en las necesidades humanas de sus empleados, generan trabajo en equipo, ofrecen apoyo psicológico y ayudan a sus empleados a resolver sus problemas.

Los líderes orientados hacia las tareas piensan que la mejor manera es mantener a su personal ocupado, ignorar sus asuntos personales.²¹

4.3.2.7 Poder y política.

Es la capacidad de alguien de influir sobre otros.

El poder puede existir aunque no sea ejercido.

Uno de los aspectos más importantes del poder es que es una función de dependencia, por lo que mientras más dependencia existe, más grande es el poder.

²¹ KEITH DAVIS. JHON W NEWSTROM. COMPORTAMIENTO HUMANO EN EL TRABAJO 222-224.

Generalmente los líderes utilizan el poder para alcanzar las metas y objetivos de las instituciones

Bases del poder

Existen cinco tipos de poder de acuerdo a sus bases o fuentes..

Poder coercitivo se refiere a la dependencia a base del temor, descansa en la amenaza con sanciones, los castigos físicos

Poder de recompensa. Aquí la gente cumple con los deseos o dirección de otros a cambio de una recompensa que pueden ser dinero, evaluaciones de desempeño favorables, ascensos, asignación de tareas interesantes.

Poder legítimo. Se refiere al poder que las personas ejercen como resultado del puesto que ocupa en la jerarquía formal de las instituciones, generalmente es el tipo de poder que se ejerce en nuestras unidades de salud.

Poder de expertos. Es la influencia que se tiene como parte de la experiencia, el conocimiento y la experiencia de la persona, con la evolución de la tecnología cada vez el poder de los expertos es mayor en nuestro medio.

Poder de referencia. Se basa en la identificación con una persona que tiene recursos o características personales deseables.

La política. Poder en acción.

Comportamiento político. Se refiere a aquellas actividades que no se requieren como parte del papel formal de las personas que laboran en la institución pero que influyen positiva o negativamente en las organizaciones.

El factor más importante que favorece la política de las organizaciones es saber que la mayoría de los hechos que sirven para distribuir los recursos limitados están abiertos a las interpretaciones como es el desempeño, un mejoramiento adecuado.

4.3.2.8 Conflictos.

Se define así como el proceso que se inicia cuando una de las partes percibe que la otra parte ha afectado o esta por afectar negativamente algo que le importa.

PROCESO DEL CONFLICTO.

1. Oposición o incompatibilidad potencial. En esta primera etapa existen ciertas oportunidades que pueden favorecer la presencia de los conflictos entre ellos tenemos una inadecuada comunicación, si solo pudiéramos comunicarnos adecuadamente podríamos prevenir los conflictos, el tamaño de las estructuras y la especialización actúan como fuerzas para estimular el conflicto, mientras más grande sea la ambigüedad para definir de manera precisa donde esta la responsabilidad de las acciones, más grande será el potencial de que el conflicto aparezca, otro aspecto importante de resaltar es el



tipo de personalidad de las personas por ejemplo las personas altamente autoritarias y dogmáticas y los de baja autoestima conducen al conflicto potencial.

2. Intenciones. Aquí intervienen las percepciones y las emociones de las personas de las instituciones, se identifican ciertos aspectos que pueden servir para el manejo de l conflicto como es la competencia, la colaboración, evasión, la complacencia y el compromiso.

3. Intenciones. Ella interviene entre las percepciones y las emociones de las personas.

Se identifican cinco intenciones de resolver el conflicto: competencia, colaboración, evasión, complacencia y compromiso

4. Comportamiento. En esta etapa es donde se evidencia el conflicto incluye declaraciones, acciones y reacciones llevadas a cabo por las partes en conflicto.

5. etapa de resultados. La interacción acción tiene unos resultados la cuales pueden ser funcionales, constructivos por que sus resultados van a mejorar la calidad de las decisiones, estimula la creatividad y la innovación, pero estos resultados pueden ser disfuncionales ya que las consecuencias del conflicto son destructivas sobre el desempeño del grupo.

4.3.3 FUNDAMENTOS DEL COMPORTAMIENTO DE LA ORGANIZACION

4.3.3.1 Diseños y Tecnología del trabajo.

Se refiere al ambiente físico de trabajo y como el mismo puede influir en el comportamiento del trabajador.

Teorías de las características del puesto. Turner y Lawrence fueron los pioneros en preocuparse sobre el efecto que los diferentes puestos de trabajo influyen sobre la satisfacción y el ausentismo de los empleados. Ellos pronosticaron que los empleados generalmente prefieren puestos complejos y de retos y que estos empleados estarían satisfechos y con bajas tasas de ausencia al puesto de trabajo. Ellos definieron 6 características de la tarea: variedad, autonomía, responsabilidad, conocimiento y habilidad, interacción social requerida y la interacción social opcional.

Luego de su estudio pudieron confirmas su pronostico sobre el ausentismo, pero no encontraron una relación entre la complejidad de la tarea y la satisfacción.

Modelo de las características del puesto.

Identifica cinco características del puesto y su relación con los resultados personales y de trabajo ellas son:

Variedad de la tarea. El grado en el cual el puesto requiere una variedad de actividades en la que pone en práctica su talento.

Identidad de la tarea. Se refiere a la identificación de toda la cantidad de trabajo que debe terminar en su puesto.

Importancia de la tarea. El grado en que el puesto que desempeña es importante para el.

Autonomía. Si el puesto le brinda libertad, independencia para que la persona programe su trabajo

Retroalimentación. La posibilidad de obtener de manera clara información sobre la efectividad de su desempeño.

En cuanto a la tecnología en el trabajo nos referiremos como estos avances tecnológicos están cambiando los lugares de trabajo y afectando la vida de los empleados. Comentaremos cuatro temas específicos relacionados con la tecnología y el trabajo. Estos son: Administración de la calidad total y procesos de mejoramiento continuo, reingeniería, sistemas de manufactura flexible y obsolescencia del trabajador.

4.3.3.1.1 Proceso de mejoramiento continuo

Se busca implementar proyectos de mejoramiento continuo con el fin de lograr la satisfacción del cliente.

Los programas de mejoramiento continuo buscan lograr reducir la variabilidad lo que incrementa la uniformidad del producto o servicio. Esto da como resultado menores costos y una mayor calidad. La búsqueda de mejora requiere de un ciclo: Planear, hacer, verificar y actuar. La gerencia planea un cambio, lo lleva a cabo, verifica sus resultados y dependiendo de la producción, actúa para estandarizar el cambio o empieza nuevamente el ciclo de mejoramiento con nueva información.

4.3.3.1.2 Reingeniería de los procesos.

En las organizaciones la reingeniería significa que los gerentes deben empezar en una hoja de papel en blanco, pensar nuevamente y rediseñar aquellos procesos con los cuales la organización crea valor y hace el trabajo, deshaciéndose de las operaciones que se han vuelto anticuadas en la era de las computadoras.

Elementos claves.

Tres elementos claves de la reingeniería son identificar las capacidades distintivas de la organización, evaluar los procesos centrales y reorganizar horizontalmente por proceso.

4.3.3.1.3 Sistema de manufactura flexible.

Se denomina así a la integración del diseño, ingeniería y manufactura por computadora para generar productos de bajo volumen a costos de producción en masa.

La gerencia ya no tiene que producir en masa miles de productos idénticos para lograr costos bajos de producción por pieza. Con la manufactura flexible, cuando la gerencia

quiere producir una parte nueva, no cambia maquinas solo cambia el programa de computadoras.

Obsolencia del trabajo.

Los cambios en la tecnología han reducido la vida útil de los empleados. Las tareas repetitivas como aquellas realizadas tradicionalmente en las líneas de ensamble y por los oficinistas de bajas habilidades seguirán automatizándose. Y un buen número de puestos serán actualizados. Conforme la mayoría de los gerentes y profesionales vayan asumiendo la tarea de escribir sus propios memorando e informes usando un software de procesador de palabras, el trabajo tradicional de las secretarias se ira actualizado para volverse mas el de un asistente administrativo. Aquellas secretarais que no estén equipadas para adoptar esos papeles extendidos serán desplazadas.

La reingeniería, como ya se hizo notar, está produciendo incremento significativo en la productividad del empleado. El rediseño de los procesos de trabajo esta logrando una mayor producción con menos trabajadores. Y estos puestos que pasan por la reingeniería requieren de diferentes habilidades .Los empleados que no tienen conocimiento en computación, tienen pocas habilidades interpersonales o no pueden trabajar de manera autónoma se encontraran mal preparadas para las demandas de las nuevas tecnologías Hay que tener en cuenta que la obsolencia no excluye a los gerentes. Aquellos gerentes de nivel medio que simplemente actuaban como conductos en la cadena de mando entre la lata dirección y el nivel operativo están siendo eliminado. Y nuevas habilidades ej. Entrenar, negociar e integrara equipos, se están volviendo necesidades absolutas PARA todos los gerentes.

4.3.3.2 Políticas y prácticas de recursos humanos.

El análisis de puestos es el procedimiento de obtención de información, descripción y explicación de los distintos elementos, mediante observación, cuestionarios y entrevistas, referido al contenido, requerimientos y el contexto o las condiciones en que se desenvuelve la actividad que se realiza.

A partir del levantamiento de los puestos existentes se describen los puestos teniendo en cuenta: . Qué hace el trabajador —tareas que realiza y funciones que desempeña—. . Qué métodos y técnicas utiliza. . Qué conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes se requieren. . Qué relaciones tiene con otros puestos. . Qué máquinas y equipos utiliza. . Qué materiales, productos, servicios y temas produce. . Qué controles tiene establecidos. . Qué procedimientos y normas hay establecidas.

Las descripciones deben ser lo más específicas posibles, lo cual no constituye un problema en caso de un entorno empresarial estable, pero puede ser un problema en caso de entornos inestables, de manera que la descripción deberá responder a una situación determinada.

En los diseños de puestos, tanto si se trata de rediseño de puestos, en caso de puestos existentes, como de diseño de puestos nuevos hay que relacionar en la descripción y análisis los puestos sobre la base de tres características principales que tienen relación con el contenido, las responsabilidades y los deberes inherentes a éstos. Estas características están influidas por los factores más generales y globales de la empresa,



BIBLIOTECA
ESPAÑOLA-ESPAÑOLA

como los factores específicos de la (s) tarea (s), función (es) o el puesto propiamente dicho.

El alcance del puesto se refiere al número de tareas que desempeña el individuo. A mayor número de tareas, mayor alcance. La profundidad se relaciona con el grado de influencia. Esto se refiere no sólo a la influencia personal del individuo y sus características personales, sino a los elementos de alcance y relaciones. Las relaciones entre puestos determinan la naturaleza y alcance de las relaciones interpersonales. Estas características determinan los factores de complejidad, el grado de dependencia y el grado de autoridad para tomar decisiones que tiene el puesto.

Debemos recordar que se está hablando del puesto como una unidad que se va a componer, con tareas y funciones relacionadas que se agrupan, y que no debe ser ni tan estrecho que no sea un reto a las capacidades individuales ni tan amplias que no haya posibilidad de alcanzarlo y controlar la ejecución por el propio individuo y otros.

El contenido percibido del puesto describe las actividades específicas y características generales, tal como las percibe el individuo. Éste recibe influencias de las normas sociales establecidas, así como de las diferencias individuales existentes. Es importante tenerlo en cuenta porque define, en buena medida, el desempeño del individuo en el puesto y puede servir para su rediseño.

Los individuos que tienen necesidades de desarrollo se preocupan más por desempeñar puestos con diversidad de tareas y, en la misma medida, valoran el contenido del puesto. Por eso son tan importantes los recursos humanos y sus características que influyen y hasta determinan el diseño de puestos. Esto cobra mucha importancia en la actualidad cuando el individuo participa directa y activamente en el diseño de la organización.

En el desempeño del puesto se analiza la información relacionada con el individuo y con la organización y es de valor para ambos. Debe hacer referencia a los requisitos de calificación y profesionales para el cumplimiento satisfactorio de las tareas que se señalan desde el análisis de puesto hasta el diseño de puesto.

4.3.3.2.1 Evaluación del desempeño

La evaluación del desempeño es una apreciación sistemática del desempeño de cada persona en el cargo. La evaluación de desempeño es un concepto dinámico, ya que las organizaciones siempre evalúan a los empleados con cierta continuidad, sea formal o informalmente. Además constituye una técnica de dirección, imprescindible en la actividad administrativa.

El objetivo de la evaluación del desempeño no está orientado hacia el juzgamiento del desempeño del pasado, sino hacia la planeación del desempeño.

La evaluación del desempeño no es un fin en sí mismo, sino un instrumento, un medio, una herramienta para mejorar los resultados de los recursos humanos de la empresa.

Los objetivos de la evaluación del desempeño son tres.

1. Medir el potencial del recurso humano para determinar su pleno empleo.

2. 2. Lograr que en los recursos humanos resida la ventaja competitiva de la empresa maximizando su productividad.
3. Dar oportunidad de crecimiento y condiciones de efectiva participación a todos los miembros de la organización.

En la mayoría de las organizaciones, el gerente es responsable del desempeño de sus subordinados y de su evaluación. Así, quien evalúa el desempeño del personal es el propio gerente o supervisor, con la asesora del órgano de gestión de personal, que establece los medios y los criterios para la evaluación. Dado que el gerente o el supervisor no tienen conocimiento especializado para proyectar, mantener y desarrollar un plan sistemático de evaluación del desempeño del personal, se recurre al órgano de gestión de personal con función de staff para establecer acompañar y controlar el sistema, en tanto que cada jefe mantiene su autoridad de línea evaluando el trabajo de los subordinados mediante el esquema trazado por el sistema. En la actualidad, este sistema de trabajo proporciona mayor libertad y flexibilidad, con miras a que cada gerente sea gestor de su personal.

4.3.3.2.2 Beneficios de la evaluación del desempeño.

Cuando un programa de evaluación del desempeño está bien planeado, coordinado y desarrollado, proporciona beneficios a corto, mediano y largo plazos. En general los principales beneficiados son el individuo, el gerente, la organización.

1. Beneficios para el jefe.

Evaluar el desempeño y el comportamiento de los subordinados por medio de un sistema de medición capaz de neutralizar la subjetividad.

Proponer medidas y disposiciones orientadas a mejorar el estándar de desempeño de sus subordinados.

2. Beneficios para los individuos.

Conocer las reglas del juego, los aspectos de comportamiento y de desempeño que mas valora la empresa en sus empleados.

Conocer cuales son las expectativas de su jefe acerca de su desempeño.

Saber que disposiciones o medidas toma el jefe para mejorar su desempeño.

Autoevaluar y autocríticas su desarrollo y autocontrol.

3. Beneficios para la organización.

Evaluar el potencial de los recursos humanos a corto, mediano y largo plazo.

Identificar los empleados que necesitan actualización o perfeccionamiento en determinadas áreas de actividades, y seleccionara a los empleados que tienen condiciones para ascenderlos o transferirlos.

4.3.3.2.3 Sistema de evaluación del desempeño de los equipos.

En aquellas organizaciones en las que funcionan los equipos de trabajo se sugieren:

Vincular los resultados de los equipos con las metas de las organizaciones.

Empiece con los clientes del equipo y el proceso de trabajo que sigue el equipo para satisfacer las necesidades de estos

Mida tanto el desempeño del equipo como el individual.

Entrene al equipo para crear sus propias mediciones.

4.3.3.3 Interfaz gerencia – sindicato.

Los sindicatos laborales son un vehículo por el cual los empleados actúan colectivamente para proteger y promover sus intereses.

Para los empleados que son miembros de un sindicato laboral, los niveles salariales y condiciones de trabajo son explícitamente articulados en un contrato que es acordado, a través de una organización colectiva entre los representantes del sindicato y la gerencia de la organización. Allí donde existe un sindicato laboral este influye en numerosas actividades organizacionales. Fuente de reclutamiento, criterios de contratación, horarios de trabajo, diseño del trabajo, procedimientos, reglas de seguridad y elegibilidad para programas de entrenamiento.

El área más obvia y permeable de influencia sindical es en los salarios y las condiciones de trabajo. Donde existen los sindicatos, los sistemas de evaluación del desempeño tienden a ser menos complejos debido a que juegan una parte relativamente pequeña en las decisiones de las recompensas, los salarios, cuando son determinados a través de la organización colectiva, enfatizan la antigüedad y minimizan las diferencias del desempeño. Los sindicatos pueden influir en la competencia con que los empleados desempeñan sus trabajos al ofrecer programas de entrenamiento especial a sus miembros, al requerir capacitación y al permitir a los miembros que obtengan experiencia de liderazgo a través de actividades organizacionales del sindicato.

4.3.3.4 Cultura organizacional.

4.3.3.4.1 Institucionalización: Un antecesor de la cultura

La idea de ver a las organizaciones como culturas, donde hay un sistema de significado compartido entre los miembros, es un fenómeno relativamente reciente, hasta mediados de la década de los ochenta, las organizaciones eran en su mayoría simplemente concebibles como un medio racional, mediante el cual coordinar y controlar un grupo de personas, tenían niveles verticales, departamentos, relaciones de autoridad y otras características similares, pero las organizaciones son mucho mas que eso, también tienen personalidad, como los individuos que pueden ser rígidas o flexibles, difíciles pero apoyan, innovadoras o conservadoras, cada una tiene un sentimiento y carácter particulares que van mas allá de sus características estructurales.

Cuando una organización se institucionaliza, adquiere vida propia, aparte de la de sus fundadores o cualquiera de sus miembros, además se valora por si misma, no tan solo por los bienes y servicios que produce, adquiere inmortalidad y si sus metas son

originales dejan de ser relevantes, no se sale del negocio, al contrario se redefine a sí misma.

La institucionalización opera para generar un conocimiento común entre los miembros acerca de lo que es un comportamiento apropiado y, fundamentalmente significativo, es decir que cuando una organización se vuelve una permanencia institucional, los modos aceptables de comportamiento por ellos mismos se vuelven evidentes para sus miembros. Como vemos esto es en esencia lo mismo que hace la cultura organizacional; en consecuencia entender lo que conforma la cultura de la organización y la manera en que se creó, se mantuvo y pudo aprenderse, incrementará nuestra habilidad de explicar y predecir el comportamiento de la gente en el trabajo.

CULTURA ORGANIZACIONAL, es un sistema de significado compartido entre sus miembros y que distingue a una organización de las otras. Al examinar con mayor detalle este sistema de significado compartido, se identifica un grupo de características clave que la organización valora. La investigación mas reciente sugiere que hay siete características primarias que en resumen captan la esencia de la cultura de una organización.

1. **La innovación toma de riesgos.**- el grado en el cual se alienta a los empleados a ser innovadores y a correr riesgos.
2. **Atención al detalle.**- El grado que se espera que los empleados demuestren precisión, análisis y atención al detalle
3. **Orientación a los resultados.**- El grado en que la gerencia se enfoca en los resultados en lugar de las técnicas y procesos utilizados para lograr estos resultados.
4. **Orientación hacia las personas .-** Grado en que las decisiones de la gerencia toma en cuenta el efecto de los resultados en la gente dentro de la organización.
5. **Orientación al equipo.**- determina el grado en que las actividades de trabajo están organizadas alrededor de equipos, en lugar de hacerlo en torno a individuos.
6. **Energía`.**- grado en que la gente es emprendedora, competitiva y no pasiva.
7. **Estabilidad .-** grado en que las actividades organizacionales prefieren mantener el status quo en contraste con la insistencia en el crecimiento.

La cultura es un término descriptivo.- la cultura organizacional se ocupa de la forma como los empleados perciben las características de la cultura de una organización, sin importar si les gustan o no, se trata de un término descriptivo, esta relación es importante porque establece la diferencia de este concepto con el de la satisfacción en el trabajo.

La investigación sobre la cultura organizacional ha intentado medir la forma como sus empleados visualizan su organización, ¿ alienta el trabajo de equipo? ¿ recompensa la innovación? ¿ ahoga la iniciativa? ; todo esto en contraste con la satisfacción en el trabajo que busca medir las respuestas afectivas frente al ambiente de trabajo, se ocupa de la forma en que los empleados se sienten acerca de las expectativas de la

organización, las practicas de recompensa y cosas similares. Hay que tener en cuenta que el término **cultura organizacional** es un concepto descriptivo, mientras que la **satisfacción con el trabajo** es un concepto de evaluación.

4.3.3.4.2 Culturas fuertes en comparación con las débiles

Se ha vuelto cada vez mas popular diferenciar entre las culturas fuertes y las débiles, el argumento que sostenemos es que las culturas fuertes tienen un mayor impacto en el comportamiento del empleado y están relacionados mas directamente con una menor rotación del personal. En una **cultura fuerte**, se sostienen con intensidad y se comparten ampliamente los valores centrales de la organización, es decir que mientras mas miembros acepten los valores centrales y mayor sea su compromiso con esos valores, mas fuerte será la cultura, en consistencia con esta definición, una cultura fuerte tendrá una gran influencia en el comportamiento de sus miembros debido a que el alto grado en que se comparte y la intensidad crean un clima interno de alto control de comportamiento.

Un resultado específico de una cultura fuerte debería ser una menor rotación de empleados, también muestra un alto grado de acuerdo entre los miembros acerca de lo que representa la organización, esta unanimidad de propósito propicia la cohesión, la lealtad y el compromiso organizacionales, a su vez estas cualidades disminuyen la propensión del empleado a abandonar la organización.

4.3.3.4.3 Funciones de la cultura

La cultura desempeña numerosas funciones dentro de la organización:

1. tiene un papel de definición de fronteras, es decir, crea distinciones entre una organización y las demás.
2. Transmite un sentido de identidad a los miembros de la organización.
3. La cultura facilita la generación de un compromiso con algo mas grande que el interés personal de un individuo.
4. Incrementa la estabilidad del sistema social.

La cultura es el pegamento social que ayuda a unir a la organización al proporcionar los estándares apropiados de lo que deben hacer y decir los empleados. Finalmente la cultura sirve como un mecanismo de control y de sensatez que guía y moldea las actitudes y el comportamiento de los empleados, siendo esta última función en particular la que nos interesa, como se aclara en la siguiente cita, la cultura define las reglas del juego.

La cultura por definición, es difícil de describir, intangible, implícita y se da por sentada, el papel de la cultura como influencia en el comportamiento de un empleado parece ser cada vez mas importante en la década de los noventa, conforme los empleados han ampliado los tramos de control, han aplanado sus estructuras, han introducido equipos de trabajo, han reducido la formalización y han facultado a los

empleados, el ***significado compartido*** proporcionado por una cultura fuerte asegura que todos apunten en una misma dirección.

4.3.4 EFECTOS DEL COMPORTAMIENTO DE INDIVIDUOS Y GRUPOS EN LOS RESULTADOS DE LA ORGANIZACIÓN

4.3.4.1 Productividad

Uno de los objetivos del presente trabajo es también conceptualizar algunas de las actividades que en este caso se enfocan a la ingeniería industrial en lo que se refiere a productividad; sabemos que hoy en día no es competitivo quien no cumple con calidad, producción, bajos costos, tiempos, estándares, eficiencia, innovación, nuevos métodos de trabajo, tecnología y muchos otros conceptos que hacen que cada día la *productividad* sea un punto de supremo cuidado en los planes a largo y pequeño plazo.

Importancia de la Productividad .- El único camino para que un negocio pueda crecer y aumentar su rentabilidad (o sus utilidades) es aumentando su productividad, y el instrumento fundamental que origina una mayor productividad es la utilización de métodos, el estudio de tiempos y un sistema de pagos de salarios, entendiéndose claramente que todos los aspectos de un negocio o industria- ventas, finanzas, producción, ingeniería, costos, mantenimiento y administración, son áreas fértiles para la aplicación de los instrumentos arriba mencionados.

Hay que recordar que las filosofías de estos tres instrumentos, son igualmente aplicables en industrias no manufactureras, como ejemplo tenemos al sector público, como los hospitales, organismos de gobierno y transporte, es decir que la mezcla de hombres, materiales e instalaciones se conjugan para lograr un cierto objetivo, la productividad se puede mejorar mediante la aplicación inteligente de los principios de métodos, estudios de tiempo y sistema de pago de salarios.

QUE ES PRODUCTIVIDAD.- Se define a la productividad como la relación entre la cantidad de bienes y servicios producidos y la cantidad de recursos utilizados.

Productividad en términos de empleados es sinónimo de rendimiento, es decir que en un enfoque sistemático algo o alguien es productivo con una cantidad de recursos (insumos) y en un periodo de tiempo dado se obtiene el máximo de productos.

COMO SE MIDE LA PRODUCTIVIDAD .- La productividad se define como la relación entre insumos y productos, en tanto que la eficiencia representa el costo por unidad de producto, como ejemplo en el caso de los servicios de salud, la medida de productividad estaría dada por la relación existente entre el número de consultas otorgadas por hora- médico, es decir que la productividad se mediría a partir del costo por consulta, mismo que estaría integrado no solo por el tiempo dedicado por el médico a esa consulta, sino también por todos los demás insumos involucrados en ese evento particular, como pueden ser materiales de curación, medicamentos, empleados, tiempo de la enfermera etc. Se pueden obtener diferentes medidas de productividad, evaluando

diferentes sistemas a través del tiempo en las empresas, realizando las correcciones necesarias con el fin de aumentar la eficiencia y ser más rentables.

Consideramos que los elementos más importantes para aumentar la productividad de una empresa es el capital humano, así como la inversión realizada por la organización para capacitar y formar a sus miembros y el instructor de la población trabajadora que son los conocimientos y habilidades que guardan relación directa con los resultados del trabajo.

La productividad es sobre todo, una actitud de la mente, que busca mejorar continuamente todo lo que existe y está basada en la convicción de que uno puede hacer mejor las cosas hoy que ayer y mejor mañana que hoy, además, requiere esfuerzos sin fin para adaptar actividades económicas cambiantes aplicando nuevas teorías y métodos. En conclusión, la productividad es una creencia firme en el progreso humano.

4.3.4.2 Satisfacción laboral.

Es un conjunto de sentimientos y emociones favorables o desfavorables con el cual los empleados consideran su trabajo.

Es una actitud efectiva, una sensación de relativo agrado o desagrado por algo. Existe una diferencia importante entre estas sensaciones de satisfacción relativa al trabajo y otros dos elementos de las actitudes de los empleados. El mismo empleado puede tener una respuesta intelectual a su trabajo, expresada mediante la idea objetiva (supuesto) de que mi trabajo es muy complejo en otras ocasiones el empleado puede expresar "en 3 meses dejare el trabajo" En consecuencia las actitudes se componen de sensaciones, ideas e intenciones.



BIBLIOTECA
NACIONAL DE ESPAÑA
ESPAN-ESPOL

4.3.4.2.1 Nivel de satisfacción laboral.

El nivel de satisfacción laboral entre grupos no es constante, pero se relacionaron diversas variables. El análisis de estas relaciones permite a los administradores que grupos tenderán a exhibir las conductas problemas asociadas con la insatisfacción. Las principales variables se refieren a la edad, el nivel ocupacional y las dimensiones de la organización.

Conforme avanza la edad de los trabajadores, estos tienden inicialmente a sentirse ligeramente más satisfechos con su trabajo. Evidentemente, hacen descender sus expectativas a niveles más realistas y se adaptan mejor a su situación de trabajo. Después su situación puede resentirse a causa de que los ascensos son cada vez menos frecuentes y de que los empleados deben enfrentar las realidades de retiro. Es de prever también que individuos con ocupaciones de más alto nivel tienden a sentirse mas satisfecho de su trabajo. También se consideran que las organizaciones grandes tienden a abrumar a los individuos, entorpecer los procesos de apoyo y limitar el grado de cercanía personal, amistad y trabajo en equipo de pequeños grupos, todos los cuales son aspectos importantes de la satisfacción laboral para muchas personas.

4.3.4.3 Involucramiento en el trabajo.

Además de la satisfacción laboral, también otras dos actitudes de los empleados son importantes para muchos empleadores.

El involucramiento en el trabajo. Es el grado en el que los empleados se sumergen en sus labores, invierten tiempo y energía en ellas y conciben el trabajo como, parte central de su existencia. Disponer de labores significativas y desempeñarlas correctamente son elementos importantes de la identidad de los empleados, lo que permite explicar los traumáticos efectos de la pérdida de empleo en sus necesidades de estimación.

4.3.4.4 Compromiso organizacional.

Tiene que ver con la lealtad de los empleados, es el grado en el que un empleado se identifica con la organización y desea seguir participando activamente en ella, Esta es una medida de la disposición de los empleados a permanecer en una empresa en el futuro. Esto refleja el compromiso del empleado con la misión y metas de la empresa, su disposición a empeñar su esfuerzo a favor del cumplimiento de estas y sus intenciones de seguir trabajando El compromiso es habitualmente mayor entre los empleados con mas años de servicio y han experimentado éxito personal en la empresa y quienes trabajan en un grupo de trabajo comprometido. Los empleados comprometidos con la organización suelen poseer buenos record de asistencia, cumplir voluntariamente las políticas de la institución e incidir en índices de rotación más bajos.

4.3.4.5 Efectos de la satisfacción laboral en el desempeño de los empleados.

SATISFACCION Y PRODUCTIVIDAD. Se dice que no siempre los empleados contentos son empleados productivos. En lo individual sucede lo contrario es la productividad la que lleva a la satisfacción.

Es interesante observar que si dejamos el plano individual y pasamos al de la organización, hay un apoyo renovado a la relación original entre satisfacción y desempeño. Cuando se reúnen datos de satisfacción y productividad en todas las organizaciones, más que en el plano individual encontramos que las instituciones con más empleados satisfechos son mas eficaces que aquellas con menos empleados satisfechos.

4.3.4.6 Satisfaccion y ausentismo.

Encontramos una relación negativa constante entre satisfacción y ausentismo, pero la correlación es moderada, por lo regular. Es de entender que los trabajadores

insatisfechos tienen mas probabilidad de faltar al trabajo, pero otros factores tienen un efecto en la relación y reducen este coeficiente. Las organizaciones que tienen prestaciones muy liberales en cuanto a los permisos por enfermedad alientan a todos sus empleados incluyendo a los mas satisfechos a que se tomen días libres. Dado que uno tiene intereses variados, es posible encontrar satisfactorio el trabajo y, de todos modos, faltar para gozar de un fin de semana de tres días o broncearse en un día soleado de invierno, ya que esos días son regalados y no implican castigos.

4.3.4.7 Satisfacción y rotación.

La satisfacción también tiene relación negativa con la rotación, de hecho es una correlación mas intensa que la detectada con el ausentismo. Sin embargo factores como las condiciones del mercado de trabajo, esperanza de otras oportunidades de trabajo y antigüedad en la organización también son restricciones importantes para decidir si se deja o no el trabajo actual.

Un factor importante de la relación entre satisfacción y rotación es el nivel de desempeño del trabajador. En particular el grado de satisfacción es menos importante para predecir la rotación de los que mejor se desempeñan. La organización hace esfuerzos considerables para conservar a estas personas. Les dan aumentos, elogios, reconocimientos, más oportunidades de ascender. Todo lo contrario ocurre con los que tienen un rendimiento bajo. La organización se esfuerza por retenerlos e incluso repliega presiones sutiles para incitarlos a renunciar. Por lo tanto esperaríamos que la satisfacción fuera mas importante como influencia de los empleados de bajo rendimiento para quedarse que en el caso de los más exitosos. Cualquiera que sea el grado de satisfacción, los que mejor se desempeñan tienen más probabilidad de seguir en la organización porque reciben reconocimiento, elogios y otras recompensas que les dan más razones para no irse.

4.3.4.8 Como expresan los empleados su insatisfacción.

Los empleados manifiestan su insatisfacción de varias maneras, más que renunciar se quejan, se insubordinan, roban pertenencia de la organización o eluden parte de su responsabilidad. Estas formas de expresión pueden ser.

SALIDA. Es un comportamiento dirigido a abandonar la organización, como buscar otro trabajo o renunciar.

VOCEAR. Tratar activa y constructivamente de mejorar las condiciones, como al sugerir mejoras, analizar los problemas con los superiores y algunas formas de actividad sindical.

LEALTAD. Esperar pasivamente aunque con optimismo, a que mejoren las condiciones, por ejemplo defender a la organización ante criticas externas y confiar en que la organización y su administración hacen lo correcto.

NEGLIGENCIA. Dejar que las condiciones empeoren, como por ausentismo o retardo crónico, poco empeño o tasas elevadas de errores.

Los comportamientos de salida y negligencia abarcan las variables de desempeño, productividad, ausentismo y rotación. Los trabajadores sindicalizados manifiestan su insatisfacción mediante procedimientos de queja o negociaciones contractuales formales.

4.3.4.9 Satisfacción laboral y comportamiento ciudadano organizacional.

Los empleados satisfechos se inclinan más a hablar positivamente de la organización, ayudar a los demás y superar las expectativas normales de su puesto. Asimismo son más proclives a esforzarse más allá de su deber, pues quieren pagar sus experiencias positivas. En congruencia con esta manera de pensar, los primeros análisis de CCO daban por hecho que había un vínculo estrecho con la satisfacción. Sin embargo de acuerdo con las pruebas más recientes la satisfacción influye en el CCO, pero a través de la impresión de justicia, esto significa que la satisfacción se reduce a las ideas sobre resultados, tratamiento y procedimientos justos. Si el trabajador no está de acuerdo con su supervisor en que son justos los procedimientos de la organización y los salarios, su satisfacción no será mucha. En cambio, si le parece que los procedimientos y los resultados son justos, se sienten confiados. Cuando un empleado confía en su patrón, está más dispuesto a actuar voluntariamente por encima de los requisitos formales de su puesto.

4.3.4.10 Satisfacción laboral y satisfacción de los clientes.

Los empleados en puestos de servicio tratan con los clientes, Puesto que la administración de estas organizaciones deben preocuparse por complacer a dichos clientes, es razonable preguntar si la satisfacción de los empleados se relaciona con buenos resultados entre los clientes.

Los estudios demuestran que los empleados satisfechos aumentan la satisfacción y lealtad de los clientes, En las organizaciones de servicio, la retención y abandono de los clientes dependen en buena medida de la manera en que los tratan los empleados. Es más probable que si los empleados están satisfechos sean más corteses, animados y sensibles, lo cual es apreciado por los clientes. Y como los empleados satisfechos rotan menos, es más probable que los clientes encuentren rostros familiares y reciban un servicio con experiencia. Estas cualidades favorecen la satisfacción y lealtad de los clientes. Además la relación parece aplicarse a la inversa: los clientes insatisfechos acentúan la insatisfacción de los empleados. Los empleados que tienen contacto frecuente con los clientes dicen que cuando estos son groseros, desconsiderados o sus exigencias son irrazonables, su insatisfacción con el trabajo se afecta negativamente.

Varias instituciones actúan a partir de estas pruebas se obsesionan en complacer a sus clientes. Y con esa finalidad también se centran en fomentar la satisfacción de los empleados, pues reconocen que esto da una gran aportación a la meta de tener clientes

contentos, estas organizaciones prefieren contar con empleados animados y cordiales, los capacitan en la importancia del servicio a los clientes, los recompensan por estos servicios, les ofrecen un ambiente de trabajo positivo y periódicamente sondean su satisfacción con encuesta de actitudes.

4.4 EL CAMBIO ORGANIZACIONAL

“El hombre es un animal de costumbres”

Así reza un dicho popular que oímos desde nuestra niñez; y esta forma de ser del humano nos lleva al mantenimiento del *status quo* en nuestra vida familiar, el trabajo, y la sociedad en general.

La sociedad y el mundo actual ha cambiado mucho desde aquellas épocas en que para que se produzca un cambio importante en el mercado, las sociedades, e incluso la moral y costumbres, se necesitaban muchos años.

Vivimos un mundo en constante cambio. Donde las influencias de sociedades distantes se permeabilizan a cualquier país por aparentemente lejano o aislado que parezca. La globalización y la tecnología han derrumbado fronteras.

Las organizaciones actualmente no pueden ser estáticas y mantener las costumbres y forma de hacer las cosas por mucho tiempo, so pena de fracasar y desaparecer. El enunciado actual, especialmente para los responsables de dirigir dichas organizaciones es “Cambiar o morir”. Para que una organización sobreviva, debe responder a los cambios del entorno.

Dentro de este contexto, la disciplina del Comportamiento Organizacional se ocupa de estudiar los factores externos e internos que exigen a las organizaciones cambiar. También trata de establecer los factores individuales, grupales y estructurales que se oponen los cambios, y, presenta varias técnicas para manejar el cambio en las organizaciones.

4.4.1 CAMBIOS DE PRIMERO Y SEGUNDO ORDEN

Los cambios pueden ocurrir enmarcados en diferentes circunstancias del medio en que se desenvuelve la organización.

Así podemos distinguir aquellos que tienen lugar como parte de la evolución normal de las empresas en su afán de mantenerse acorde a la competencia y el entorno, pero que se dan mientras el macro entorno es relativamente estable. En este caso estamos hablando del cambio CONTINUO O DE PRIMERO ORDEN, y que es aquel con el que generalmente están familiarizados los gerentes.

Por otro lado puede ocurrir que se modifiquen los macro entornos de una manera rápida o violenta, como cuando cayó la Unión Soviética, o como cuando cambia una

legislación de un país que tiene que ver con todo un sector de actividad (el caso del Ecuador y la reforma legal del sector salud). En este caso estamos hablando de cambio DISCONTINUO O DE SEGUNDO ORDEN.

4.4.2 NIVEL DEL CAMBIO

De acuerdo al sujeto de la organización implicado en el cambio, podemos describir cuatro niveles para el mismo.

El cambio en los conocimientos, que ocurren a nivel individual, como resultado de leer un libro, una capacitación. Puede traer como consecuencia la aplicación de ese nuevo conocimiento en el proceso en que está implicado el individuo.

El cambio de actitudes. Este nivel implica una carga emocional en el individuo, que puede ser positiva o negativa. Es más difícil lograr que el anterior.

El cambio en el comportamiento individual. Es más difícil de lograr que los dos anteriores. El sujeto de cambio puede tener el conocimiento y la actitud, pero a pesar de ello no lograr el cambio del comportamiento. Está influenciado por experiencias y hábitos anteriores muy arraigados.

El cambio del comportamiento de grupos y organizaciones. Muy difícil, implica transformar costumbres, usos y tradiciones que se han venido manejando por muchos años en la organización y la sociedad en que se desenvuelve.

4.4.3 CICLOS DE CAMBIO

Los llamados ciclos de cambio tienen que ver con el estilo gerencial de implantación del cambio.

El llamado ciclo participativo, como su nombre lo indica toma en cuenta y llama a participar en el diseño e implantación del cambio a los funcionarios de la organización.

Este estilo es indicado en aquellas organizaciones con individuos y grupos motivados por los logros, que tienen un buen grado de capacitación y experiencia. Estos individuos generalmente están proclives a colaborar cuando son tomados en cuenta, asumen responsabilidades y una actitud pro activa.

El ciclo llamado directivo es aquel en el cual el cambio se impone desde la autoridad. Este estilo es apropiado y productivo en aquellas organizaciones con individuos y grupos con menor capacitación y experiencia, con pocas ambiciones, dependientes y poco dispuestos para asumir responsabilidades.

Aplicar el ciclo directivo en organizaciones con empleados capacitados, experimentados, que tienen una alta auto estima puede ser contraproducente. La imposición desde arriba, sin habérselos tomado en cuenta, va en contra de la imagen que tienen de ellos mismos como personas capaces y responsables que hay que consultar durante el proceso de cambio.

Para aplicar un proceso de tipo directivo el gerente debe tener una posición de gran respaldo desde la autoridad superior.

Cuando un gerente encuentra mucha resistencia para los cambios planeados o tiene una posición de poco respaldo en el nivel superior, el ciclo aplicable es más bien el participativo.

4.4.4 COMPRESION ESTRATEGICA DEL CAMBIO

Para poder aplicar cualquier tipo de estrategia, es necesario un acuerdo de los actores dentro de la organización. Específicamente deberá haber un entendimiento de parte del gerente de cuales son las necesidades de los trabajadores, y de parte de los empleados un entendimiento del plan como necesario y beneficioso para todos.

Lo ideal es llegar a un estado en el que todos los miembros entienden lo que tiene que hacer y por qué.

El grado de entendimiento del acuerdo antes señalado puede ayudarnos a prever resultados. En la gráfica a continuación presentamos la matriz de Alan J. Rowe y colaboradores que representa las interacciones posibles los resultados probables.

	Los empleados no entienden el plan como necesario y beneficioso	Los empleados entienden el plan como necesario y beneficioso
Los gerentes no entienden las necesidades, deseos y capacidades de los empleados.	3 Implantación fallida El poder y la autoridad son los únicos métodos disponibles.	2 Implantación parcial. El poder y la autoridad son los únicos métodos disponibles
Los gerentes entienden las necesidades, deseos y capacidades de los empleados.	4 Implantación parcial. La motivación y el convencimiento son los métodos posibles.	1 Implantación completa Exige el uso total del proceso de cambio social.



Fig. 1. Comprensión del cambio.

Fuente: Alan J. Rowe, Richard O. Mason, Kart E. Dickel, Richard B. Mann y Robert J. Mockler, Strategic Management: A Methodological Approach, Readin, Mass. Addison-Wesley, 4a ed. 1994, p. 482.

4.4.5 FUERZAS DEL CAMBIO

Podemos mencionar varios factores o fuerzas que impulsan el cambio en las organizaciones de hoy.

En primer término debemos considerar la naturaleza cambiante de la fuerza de trabajo. No todas las organizaciones tienen una composición cultural homogénea de sus empleados y trabajadores. Estos vienen de estratos sociales y cultural distintos, muchas veces de regiones o países diferentes, con costumbres, dialectos o idiomas disímiles. Este último problema se acentúa cada vez más por los grandes movimientos migratorios que observamos en nuestro tiempo. Incluso en nuestro país, pequeño, relativamente distante, vivimos actualmente la salida de ecuatorianos y la entrada de peruanos y colombianos.

La tecnología rápidamente cambiante es otro determinante de la aparición de cambios en las organizaciones. Nos estamos moviendo hacia una producción cada vez mas automatizada, manejado por maquinas robotizadas, donde el operador debe ser cada vez mas multifuncional y con nuevos conocimientos que las generaciones actualmente integrantes de la fuerza laboral, no obtuvieron durante sus años de formación.

Esta es un era de saltos, tecnológicos, económicos, sociales. Es cada vez más difícil predecir lo que vendrá de aquí a 10 años. La aparición de inventos y descubrimientos que nos asombran y que son adaptados casi inmediatamente a la cadena productiva, es cada vez más usual. Las crisis económicas por motivos impensables hace pocos años, como derrumbe de empresas aparentemente sólidas, derrumbes de todo un sistema bancario en un país, provocan momentos que solo aquellos adaptados para rápidos cambios de timón pueden sobrevivir.

La competencia está siempre cambiando. Cada vez aparecen nuevos competidores, que hacen mejor las cosas, o que presentan un producto alternativo que mejora los resultados o da mayores beneficios agregados que el nuestro.

Las tendencias sociales también están cambiando. La forma de trabajar ha evolucionado. No es raro ver funcionarios que realizan su tarea desde su hogar, o desde cualquier otra parte, a través de Internet. Los hospitales, especialmente los pediátricos, cada vez hacen énfasis en la atención extra hospitalaria o ambulatoria, dejando las camas de internación solo para aquellos casos indispensables. Es también notorio el cambio en cuanto al entorno hospitalario, para hacer una estancia más agradable al paciente y sus familiares, preocupándose por áreas de recreación o por mejoras arquitectónicas que ofrezcan un ambiente más agradable.

4.4.6 RESISTENCIA AL CAMBIO

Como hacíamos alusión con la frase inicial de este capítulo, la naturaleza humana es opuesta a los cambios. Uno de los temas más documentados y probados en los

diferentes estudios de Comportamiento organizacional es que los individuos y las organizaciones se resisten al cambio.²²

La resistencia a los cambios puede ser abierta y beligerante, como vemos en nuestras organizaciones de salud cuando hablamos de la municipalización, o puede ser implícita o pasiva, cuando luego de un cambio notamos que las cosas fluyen mas lentamente o no se hacen dentro de la organización.

También en el campo temporal podemos diferenciar entre una resistencia de aparición inmediata, o una de aparición tardía. Es por esto que los administradores no deben cantar victoria a los pocos meses de haber implantado un cambio, creyendo que este ha sido ya aceptado. Algunas veces los grupos humanos tardan en darse cuenta la verdadera profundidad de afectación a sus intereses que ha sido provocada por los cambios realizados en una organización, pero cuando lo hacen, reaccionan.

4.4.6.1 Resistencia individual

Como mencionamos anteriormente la naturaleza humana nos hace resistirnos a los cambios en nuestro hábitat en general, y nuestro trabajo es parte de ese hábitat.

Las causas inmanentes para esa resistencia de los individuos pueden resumirse en cinco.

- Nos resistimos ha cambiar nuestro hábitos, es decir lo que hacemos día a día, nuestras costumbres. Si el cambio propuesto implicar cambiar la hora de despertarnos, cambiar el camino hacia el lugar de trabajo, cambiar la hora en salimos del mismo, llenar nuevos formularios o reportes, o cualquier otra cosa que nos saque de nuestra rutina, nos resistimos.
- Los cambios implican peligro, falta de seguridad. Si un hospital cambiara de manos, del Ministerio de Salud al Municipio, esto podría implicar cambio de jefe. El cambio de jefe podría significar mas exigencias de rendimiento o cumplimiento, o que percibieran alguna falla que el jefe actual pasaría por alto y por tanto podría perder el empleo.
- El segundo mayor miedo al cambio se genera cuando nos tocan el bolsillo. El temor a una baja de la remuneración es un factor poderoso para oponerse al cambio.
- El miedo a lo desconocido es parte de nuestro instinto de supervivencia. La alteración del proceso de trabajo, la implementación de una nueva tecnología, implica nuevas capacidades que talvez no se puedan aprender.
- La percepción de la información sobre el cambio. Cada uno de nosotros procesa la información de acuerdo a sus propios paradigmas, esto puede hacer que se interprete la información sobre la necesidad y magnitud del cambio de una manera diferente a la realidad. Cada uno oye lo que quiere oír e ignora lo que desmiente el mundo que ha creado.

²² Cambio Organizacional y manejo del estrés. En COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL. S. Robbins. Decima edición. Pearson. Prentice Hall. 2004

4.4.6.2 Resistencia organizacional

En general las organizaciones tienden a resistir activamente los cambios.

- Por la llamada Inercia Estructural, las organizaciones van incorporando mecanismos estabilizadores que llevan a la repetición de los procesos siempre de la misma manera. Por ejemplo el proceso de selección de personal tiende a uniformar a las personas. Los procesos de capacitación generalmente van dirigidos a reforzar roles y habilidades.
- Como las organizaciones constituyen sistemas que a su vez comprenden varios subsistemas, el tratar de implementar un cambio en solo uno de estos subsistemas se choca con la resistencia del resto de la organización.
- La inercia de los grupos, que tienden a mantener a los individuos dentro de normativas y directrices que impiden que puedan actuar solos incluso contra su entendimiento y convicción.
- Amenazas a la destreza adquirida de ciertos grupos o personas.
- Amenaza a las relaciones de poder establecidas. El cambio puede significar un peligro para los que están al mando, ya sea de manera formal o informal. Es por ello muy importante tener en cuenta este factor, pues los propios administradores que debieran de ser los agentes del cambio pueden convertirse en la mayor resistencia al mismo.
- Amenaza a la asignación y manejo de recursos. Las instancias que controlan ingentes recursos, ven riesgo de pérdida de poder y ventajas con los cambios que quiten de sus manos el manejo de estos recursos.²³

4.4.7 ADMINISTRACION DEL CAMBIO ORGANIZACIONAL

Si bien los cambios algunas veces son inevitables hechos de la vida de las organizaciones, los que realmente deben interesarnos son aquellos que son resultados de actitudes pro activas de sus administradores, es decir el Cambio Planeado.

Los gerentes eficaces deben ser capaces de planearlos, dirigirlos y controlarlos.

El cambio planeado puede tener básicamente dos metas. La primera, mejorar la capacidad de la organización ante un cambio del entorno. La segunda modificar el comportamiento de los empleados.

²³ Cambio Organizacional y manejo del estrés. En COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL. S. Robbins. Decima edición. Pearson. Prentice Hall. 2004

Los cambios para que tengan lugar deberán ser dirigidos por los llamados AGENTES DEL CAMBIO. Estos pueden ser los gerentes, empleados de la organización, o consultores externos especialmente contratados.

El utilizar agentes del cambio internos o externos tiene sus ventajas y desventajas en ambos casos.

Los agentes de cambio interno, si tienen una ubicación jerárquica e intereses que pudieran verse afectados por el cambio propuesto, estarán renuentes a su implementación. Puede ser que lo apliquen para quedar bien con sus superiores, pero generalmente lo harán muy lenta y gradualmente.

Los agentes de cambio externo, traen una visión mas objetiva de los problemas diagnosticados. El principal inconveniente es que no conocen la historia, cultura, y personal de la organización. Son proclives a cambios más drásticos (ventaja o desventaja).

4.4.7.1 Planeación e implantación del cambio

Para convertirse en un gerente del cambio, el líder de una organización interesada en cambiar deberá poseer capacidades, conocimiento y capacitación (o contar con asesores o funcionarios que lo posean) en por lo menos dos áreas.

- Diagnóstico: Poseer la habilidades que le permitan apreciar el ambiente de organización. Entender lo que pasa realmente en determinada situación. Prever lo que pasará si no se implementa un cambio. Determinar lo que quieren usuarios internos y externos. Identificar los obstáculos o resistencias que evitan el avance.
- Implantación: Convertir el diagnóstico en Planes, Estrategias y Procedimientos. Utilización de estrategias de cambio.²⁴

4.4.7.1.1 Tácticas de manejo de la resistencia al cambio

Una vez realizado el diagnóstico, se decide las tácticas a aplicar para vencer las fuerzas de resistencia o potenciar las fuerzas impulsoras.

- Educación y comunicación: sirve para reducir la resistencia cuando esta es producto de una falla de comunicación y siempre y cuando las relaciones entre trabajadores y dirección se caractericen por confianza y credibilidad.
- Participación: la participación en el proceso de decisión de los que se oponen al cambio puede ser útil para aminorar la resistencia, pues nadie se opone a lo que decidió uno mismo. Los aspectos negativos pueden ser que la calidad de las

²⁴ Planeación e implantación del cambio. En ADMINISTRACION DEL COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL. P. Hersey, K. blanchard, D. Jonson. Septima edición. Pearson. Prentice Hall. 1998.

decisiones se vea afectada al reflejar los intereses de estos grupos, y además la gran cantidad de tiempo necesario para estos procesos.

- **Facilitación y apoyo:** se puede ofrecer apoyo para la transición, como asesoramiento, periodos de ajuste, capacitación en nuevas destrezas, etc. El inconveniente es el costo, el tiempo y la ninguna garantía de éxito.
- **Negociación:** puede ser necesaria cuando la resistencia procede de una fuerza poderosa. Se puede ofrecer canjear algo de valor por la reducción de la oposición. Los costos son potencialmente altos y se corre el riesgo de que otros actores con poder también quieran una recompensa.
- **Manipulación y cooptación:** son técnicas de bajo costo y fáciles para ganarse el respaldo de los opositores, pero pueden ser arma de doble filo, porque si las personas manipuladas se dan cuenta de ello, se perderá la credibilidad y el apoyo.
- **Coerción:** al final lo que queda es el ejercicio de la fuerza y el poder para doblegar a los que se resisten. Ejemplos de esto serían el cierre de la organización y liquidación de empleados, despidos, pérdida de ascensos, etc. Los riesgos de esta son iguales a la anterior.²⁵

4.4.7.1.2 Estrategias de implantación

Los gerentes cuentan con dos metodologías para diseñar estrategias de implantación del cambio.

4.4.7.1.2.1 El incrementalismo lógico

Teoría desarrollada por James Brian Quinn, reconoce que introducir cambios en las empresas es muy complicado y requiere mucho tiempo.

Se trata de un patrón de planificación que facilite la implantación del cambio. Las etapas consideradas en esta metodología son:

- **Etapas del interés general.** Hay una vaga conciencia colectiva de una necesidad u oportunidad de cambio.
- **Difusión de una idea general sin detalles específicos.** Se trata de conocer las reacciones que despierta la idea.
- **Desarrollo del plan de cambio de una manera formal como un objetivo de la organización.**

²⁵ Cambio Organizacional y manejo del estrés. En COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL. S. Robbins. Decima edición. Pearson. Prentice Hall. 2004

- Aprovechamiento de un momento ideal para estimular la implantación del plan. Este puede ser una crisis de cualquier tipo, un cambio administrativo de alto nivel, una amenaza en el entorno, etc. Esto con la finalidad de disminuir la aparición de resistencias y lograr una rápida aceptación del cambio.
- Adaptación del plan conforme avanza la implementación.²⁶

4.4.7.1.3 Modelo de tres etapas de Lewin

Entre los modelos más populares del manejo del cambio organizacional encontramos el llamado modelo de tres etapas de Lewin.

Para completar un cambio, una organización deberá recorrer tres etapas de acuerdo a Kurt Lewin, el descongelamiento, el moviendo, y un nuevo congelamiento.

En la etapa del descongelamiento se trata de sacar a la organización de su estado de equilibrio estático, y difundir la idea de la necesidad del cambio. La difusión o utilización de los resultados obtenidos del diagnóstico son útiles en esta parte.

Las acciones en esta etapa tienen relación con el estudio de campos de fuerza del mismo autor, que mencionamos mas arriba, pues en esta etapa se impulsaran las actividades de las fuerzas impulsoras del cambio y se tratará de suprimir las fuerzas restrictivas.

La etapa de movimiento implica todas las acciones necesarias para la implantación de las estrategias de implantación diseñadas.

Por ultimo el recongelamiento implica implementar acciones que vuelvan estable y perdurable el cambio realizado, siempre y cuando este se haya demostrado beneficioso.

4.4.7.1.4 Investigación de la acción

Otro modelo para el manejo del cambio es el llamado el de Investigación de la acción.

Se basa en la recolección dirigida y sistemática de datos sobre los problemas a resolver en la organización. La selección de la acción de cambio es una función directa del diagnóstico derivado de los datos obtenidos. Esta es una metodología más científica de manejo del cambio planificado.

Además de permitir adoptar acciones específicas de acuerdo a los problemas encontrados, esta metodología permite realizar el seguimiento y evaluación de las acciones emprendidas y los resultados obtenidos con las mismas.

Este método tiene además la virtud de centrarse en los problemas y las acciones se derivan de estos. Siendo lógico, sin embargo no es siempre lo que se hace. En

²⁶ Planeación e implantación del cambio. En ADMINISTRACION DEL COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL. P. Hersey, K. Blanchard, D. Johnson. Séptima edición. Pearson. Prentice Hall. 1998

ocasiones el agente de cambio ha escogido previamente una solución a aplicar, llámese re ingeniería, horarios flexibles, etc., y luego busca problemas que se adecuen a la solución prevista.

No hay que dejar de mencionar la importancia de la retro alimentación del personal que ha participado en el proceso de diagnóstico e implantación. Los empleados que se encuentran informados del avance de su esfuerzo, constituyen un factor que da sostenibilidad e impulso propio al proceso de cambio.

4.4.7.1.5 Desarrollo organizacional

El tercer modelo para el manejo del cambio es el llamado de Desarrollo Organizacional.

LELAND BRADFORD es considerado por algunos autores el precursor del movimiento llamado desarrollo organizacional

El DO pretende ser una especialidad de la psicología, a pesar de que su aplicación no se restrinja a un enfoque meramente psicológico. Es una continuación de la teoría de las relaciones humanas, al proponer una teoría social del ámbito organizacional. El DO solo se afirmó cuando incorporó el enfoque sistemático en el estudio de las organizaciones.

Es un proceso planeado de modificaciones culturales y estructurales, aplicado a una organización que visualiza una serie de tecnologías sociales, de tal manera que la organización quede habilitada para diagnosticar, planear e implementar esas modificaciones con asistencia externa o sin ella.

Abarca un conjunto de intervenciones de cambio, fundadas en valores humanistas y democráticos orientados hacia el beneficio de la eficiencia de la organización y el bienestar de sus empleados.

Basado en la valoración del crecimiento del individuo y la organización, los procesos de colaboración y participación y un espíritu de investigación de la realidad de la organización.

El Desarrollo Organizacional utiliza varias técnicas o intervenciones para producir los cambios.

- El entrenamiento en sensibilización. Puede recibir otros nombres como entrenamiento en laboratorio, grupos de encuentro o grupos T. se refiere a un método para cambiar el comportamiento mediante relaciones no estructuradas en grupo. El objetivo de estas reuniones es aumentar la conciencia de los individuos sobre su propia conducta, desarrollar las capacidades de escuchar, ampliar la tolerancia, e incentivar la franqueza en las relaciones, llevando todo esto a una mayor capacidad para resolver conflictos.
- La retro alimentación por encuestas. Se hace encuestas a todos los miembros de la organización, pero especialmente dirigidas o tabuladas según grupos de trabajo intra organizacionales. Las preguntas van encaminadas a indagar sobre la toma de decisiones, la comunicación, coordinación entre unidades productivas y satisfacción de usuarios internos. Los resultados son entregados a los mismos empleados, quienes los analizan y buscan respuestas de acciones para mejoramiento.

- Consultaría de procesos. Se trata de consultorías externas que ayudan a los gerentes a percibir y actuar sobre los problemas en los procesos.
- Construcción de equipos. Busca integrar grupos de trabajo, con fijación de metas, establecimiento de relaciones interpersonales entre miembros, análisis de roles y procesos de los equipos.
- Desarrollo intergrupar. Busca actuar sobre las relaciones intergrupales facilitando la comunicación, percepción, empatía entre grupos dentro de la organización.
- La investigación de apreciación. Es una técnica que busca los aspectos positivos. Se investiga sobre las cualidades positivas de la organización, dejando a un lado los problemas. Comprende cuatro etapas: descubrimiento, ensoñación, diseño y definición del destino de la organización.

5. VARIABLES

5.1. INDEPENDIENTES:

Elementos claves del comportamiento organizacional del Hospital del niño.

INDIVIDUOS:

EDAD POR GRUPO
SEXO
ANTIGÜEDAD
VALORES

GRUPOS :

EQUIPO DE TRABAJO
COMUNICACIÓN
LIDERAZGO
PODER Y POLITICA.

ORGANIZACIÓN:

CULTURA ORGANIZACIONAL.
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.
POLITICAS Y PRÁCTICAS DE RECURSOS HUMANOS.

Metodología para la generación del cambio aplicada.

5.2. DEPENDIENTES:

Conocimiento y aceptación de la Nueva Estructura por Procesos implantada.

PRODUCTOS.

Productividad.

Motivación

Satisfacción laboral.

Ausentismo.

5.3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	ESCALA	INDICADOR
ELEMENTOS CLAVES DEL COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCION QUE LAS PERSONAS EN LO INDIVIDUAL Y EN GRUPO ACTUAN EN LAS ORGANIZACIONES.	<u>INDIVIDUOS:</u> EDAD POR GRUPOS. SEXO ANTIGÜEDAD VALORES	LIDERES PERSONAL DE CODIGO EMPLEADOS ADMINIST MEDICOS TRATANTE LCDAS ENFERMERIA. FEMENINO MASCULINO. AÑOS DE SERVICIO < 5 AÑOS 5-10 10-15 15-20 >20 TERMINALES. ■ Vida cómoda (vida próspera) ■ Vida emocionante, activa ■ Sentimiento de logro ■ Un mundo en paz ■ Un mundo de belleza ■ Igualdad	EDAD PROMEDIO EN CADA GRUPO. PORCENTAJE DE PERSONAL DE CODIGO DE TRABAJO Y ADMINISTRATIVO SEGÚN SEXO Porcentaje de personal según años de servicio. Número de valores terminales priorizados

			■ Seguridad familiar ■ Libertad ■ Felicidad ■ Armonía interior ■ Amor maduro ■ Seguridad emocional ■ Placeres ■ Respeto por uno mismo ■ Reconocimiento social ■ Amistad verdadera ■ Sabiduría - INSTRUMENTAL ■ Ambición (trabajo esforzado, aspiraciones) ■ Mente abierta ■ Capaz ■ Animado ■ Limpio, pulcro ■ Valiente, defiende sus convicciones ■ Perdón (dispuesto a perdonar) ■ Servicial ■ Honesto ■ Imaginativo ■ Independiente ■ Intelectual	Número de valores instrumentales priorizados.
--	--	--	---	---

			☐ Lógico ☐ Cariñoso ☐ Respetuoso ☐ Cortés ☐ Responsable ☐ Controlado	
		GRUPOS :	FORMAL INFORMAL DE MANDO DE TAREA DE INTERES DE AMISTAD.	Tipos de grupos existentes en la institución.
		EQUIPO DE TRABAJO	DE SOLUCION DE PROBLEMA AUTODIRIGIDOS INTERFUNCIONALES	
		COMUNICACIÓN	ASCENDENTES DESCENDENTES FORMAL INFORMAL ORAL ESCRITO	Tipo de comunicación utilizada en la institución.
		LIDERAZGO	AUTOCRATICO PARTICIPATIVO PERMISIVO.	Estilo de liderazgo ejercido en la institución.

METODOLOGIA APLICADA PARA EL CAMBIO	CONJUNTO DE METODOS, ESTRATEGIAS Y TACTICAS QUE LA DISCIPLINA DEL COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL APLICA PARA LA INDUCCION DE CAMBIOS EN LAS ORGANIZACIONES.	<u>TIPO</u> CONTÍNUO O DE PRIMER ORDEN. DISCONTINUO O DE SEGUNDO ORDEN. <u>NIVEL DEL CAMBIO</u> DEL CONOCIMIENTO DE LAS ACTITUDES DEL COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL DEL COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL <u>ESTILOS DEL CAMBIO</u> PARTICIPATIVO DIRECTIVO (IMPOSICION)	EL CAMBIO HACIA EL MODELO DE GESTION FUE GRADUAL RAPIDA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRUCTURA POR PROCESOS HA PROVOCADO CAMBIOS EN: ... ¿LA IMPLANTACION DE LA NUEVA ESTRUCTURA POR PROCESOS SE HIZO DE MANERA PARTICIPATIVA O IMPOSITIVA?	
--	---	--	---	--

		<u>CAMBIO UTILIZADAS</u> EDUCACION Y COMUNICACIÓN PARTICIPACION FACILITACION Y APOYO NEGOCIACIÓN MANIPULACION Y COOPTACION COERCION	AL CAMBIO SE HAN UTILIZADO?	
NUEVA ESTRUCTURA POR PROCESO IMPLEMENTADA		ESTRUCTURA BASADA EN LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION. FALLAS DETECTADAS. SOCIALIZACION A LOS ACTORES. LOS PROCESOS EXISTENTES. UBICACIÓN DE LOS ACTORES EN EL PROCESO. NUEVAS FUNCIONES. IMPLEMENTACION.	SI NO INFORMACION CAPACITACION. RUMORES CONOCIMIENTO SI NO SI NO SI NO CAUSAS. SI NO	% DE LA ESTRUCTURA POR PROCESOS IMPLEMENTADA A FINALES DEL 2005

		INVOLUCRAMIENTO TRABAJADORES.		
AUSENTISMO	LA FALTA AL PUESTO DE TRABAJO	INJUSTIFICADO. JUSTIFICADO	FALTAS ABANDONO AL PUESTO. ATRASOS. VACACIONES ENFERMEDAD. CALAMIDAD DOMESTICA VARIOS: CAPACITACIÓN. LICENCIAS CON Y SIN SUELDO. PERMISOS OCASIONALES	INDICE DE AUSENTISMO
PRODUCTIVIDAD	CONSEGUIR LAS METAS TRANSFORMANDO SUS INSUMOS EN PRODUCTOS AL MENOR COSTO	NO DE CONSULTAS CONSULTA EXTERNA CONSULTAS DE EMERGENCIA EGRESOS HOSPITALARIOS PORCENTAJE DE OCUPACIÓN		INDICE DE PRODUCTIVIDAD EN CONSULTA EXTERNA. INDICE DE PRODUCTIVIDAD EN HOSPITALIZACION INDICE DE PRODUCTIVIDAD EN QUIROFANO. INDICE DE PRODUCTIVIDAD EN

				EMERGENCIA.
SATISFACCION	ACTITUD GENERAL DE UN INDIVIDUO HACIA SU TRABAJO	USUARIOS INTERNOS	SI NO	% USUARIOS INTERNOS SATISFECHOS.
		USUARIOS EXTERNOS	SI NO	% DE USUARIOS EXTERNOS SATISFECHOS.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

Para el desarrollo del presente trabajo se aplicó la metodología de la Investigación , siendo este de tipo descriptivo y transversal. Descriptivo porque se establecieron características demográficas de la unidad de investigación, se identificaron, formas de conducta y actitudes de las personas que forman parte del universo. Transversal ya que se estudiaron las variables haciendo un corte en el tiempo de Junio del 2004 a Septiembre del 2005.

Se utilizó como diseño metodológico la investigación cuantitativa y cualitativa.

La investigación cuantitativa, basada en el método descriptivo, incluyó la revisión de archivos estadísticos, indicadores de gestión, elaboración de indicadores de calidad, contruidos sobre la base de la información estadística disponible del año 2003, y del 2004 en algunos casos.

Muchos de los datos sobre producción de la institución constan en el Informe Anual que el Departamento de Estadísticas elabora.

Los datos fueron obtenidos de la plantilla del personal, que maneja el Departamento de Recurso Humanos, y en algunos casos de otras bases de datos computarizadas del hospital, como registros del Centro Quirúrgico y base de datos de distribución de costos del RRHH para el Winsig.²⁷

Considerando una de las limitaciones para el desarrollo del trabajo la necesidad de tiempo, nos enfocaremos al estudio de los individuos en el hospital del niño frente a la propuesta de la estructura por proceso.

6.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Considerando que en el hospital del niño trabajan 1103 personas y que constituyen el universo de estudio se hace necesaria escoger una muestra para el análisis de los factores del comportamiento organizacional utilizando el muestreo probabilística por método aleatorio simple, ya que cada uno de los integrantes del universo tiene la misma probabilidad de ser seleccionado y sus resultados se utilizaran para hacer inferencia sobre la población total.

Para el análisis de los datos sobre la implementación de la estructura por proceso se aplico el muestreo no probabilística y el método es el de muestreo por criterio ya que los mismos son: Ser coordinador, líder, haber asistido a los talleres de capacitación brindada por la institución conjuntamente con recurso humano del Ministerio de Salud Publica.

²⁷ WINSIG: Programa informático de la OPS, "Sistema de Información Gerencial en ambiente de Windows". El hospital lo viene utilizando desde comienzos del 2000.

Se utilizó a informantes claves como es el caso : el jefe de recursos humanos para obtener información sobre la distribución del personal según edad, sexo, antigüedad, habilidades técnica e intelectuales.

El coordinador de la gestión por proceso

A los dirigentes gremiales para conocer número de integrantes, fecha de fundación, fecha de últimas elecciones y actual presidente y/o secretario general.

Revisión de los informes estadísticos anuales correspondientes al 2002-2003-2004.

En la investigación cualitativa se combinaron algunas técnicas entre ellas:

Encuestas de actitudes y satisfacción laboral a los usuarios internos (se encuestó al 3.2% del personal), se realizaron 36 encuestas: 5 enfermeras, 3 médicos tratantes, 2 médicos residentes, 15 personal de código y 11 personal administrativo.

Encuestas de satisfacción a usuarios externos en las áreas de emergencia (20 encuestas), internación (30 encuestas) y consulta externa (25 encuestas). Las encuestas a los usuarios externos fueron seleccionadas por método aleatorio simple según el cronograma acordado, estas fueron validadas mediante pruebas de campo.

Encuesta de metas y valores a los usuarios internos, basadas en el repertorio de valores de Rokeach; se realizaron 36 encuestas: 6 enfermeras, 3 médicos tratantes, 2 médicos residentes, 18 personas del código y 7 personal administrativos. Las mismas que fueron realizadas con el objeto de conocer qué metas les gustaría conseguir y cuáles valores son más importantes en su forma de ser y actuar.

Encuestas al 100% (79 personas) de los funcionarios que se encuentran con la denominación de coordinadores, líderes formales e informales (Ver anexo 10) sobre la implementación de la nueva estructura por proceso, así mismo se considera el listado de los empleados capacitados en los 2 talleres y que no tienen cargo de líderes pero tienen a cargo personal y son responsables de algunos servicios importantes para el desarrollo del proceso lo cual nos da un 99 %de exactitud.

7.TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

Basándonos en las variables y sus dimensiones que forman parte de la hipótesis para el trabajo se diseñaron varios instrumentos para la recolección de la información las mismas que fueron probadas y corregidas para su validación y aplicación ellas a fueron encuestas y entrevistas a informantes claves mencionadas en el capítulo anterior.

La recolección de la información fue realizada por los egresados de la maestría durante una semana

8. RESULTADOS: ANALISIS Y CONCLUSIONES.

8.1.EL EMPLEADO HOSPITALARIO

8.1.1.COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN HOSPITALARIA

Para el desarrollo de sus funciones, cuenta con 1103 empleados distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro No 1

LISTA DE LOS EMPLEADOS AMPARADOS EN LA LEY DE SERVICIO CIVIL Y CARRERA ADMINISTRATIVA

<i>Tipo</i>	<i>Numero de empleados</i>	<i>%</i>
<i>Médicos Tratantes</i>	115	21
<i>Médicos Residentes</i>	74	13.4
<i>Odontólogos</i>	7	1.2
<i>Psicólogos</i>	2	0.4
<i>Químicos farmacéuticos</i>	6	1
<i>Enfermeras</i>	196	36
<i>Tecnólogos médicos</i>	56	10
<i>Personal administrativo</i>	95	17
<i>total</i>	551	100

FUENTE. DPTO DE PERSONAL
ELABORADO: GRUPO CO

Análisis.

En lo que respecta al personal de carrera administrativa el 36% corresponde a las Licenciadas en enfermería, seguidas con un 21% de los médicos tratantes.

Cuadro No 2

LISTA DE TRABAJADORES AMPARADOS EN EL REGIMEN DEL CODIGO DE TRABAJO

<i>Tipo</i>	<i>Numero de empleados</i>	<i>%</i>
<i>Auxiliares de Enfermería</i>	284	51.5
<i>Auxiliares administrativos de salud</i>	178	32.2
<i>Auxiliares de Odontología</i>	6	1
<i>Auxiliares de Farmacia</i>	15	3
<i>Chóferes</i>	18	3
<i>Técnicos de mantenimiento</i>	10	2
<i>Técnicos de Radiología</i>	5	1
<i>Auxiliares de Alimentación</i>	24	4.3
<i>Auxiliares de Laboratorio</i>	11	2

Total	552	100
--------------	-----	-----

FUENTE. DPTO DE PERS
ELABORADO: GRUPO CO

Análisis.

En lo que corresponde al personal del código del trabajo el 51.5% corresponde a las auxiliares de enfermería, seguidos por un 32.2% de los auxiliares administrativos de salud.

CUADRO No 3
DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS GRUPOS DE EMPLEADOS Y
TRABAJADORES DEL H.N.F.Y.B.

CATEGORIA	TOTAL
JEFES DEPARTAMENTALES	50
CODIGO DEL TRABAJO	53
EMPLEADOS ADMINISTRATIVO	45
MEDICOS TRATANTES	50
LCDAS EN ENFERMERIA	42
PROMEDIO	48 AÑOS

FUENTE. DPTO DE PERSONAL
ELABORADO: GRUPO CO

Análisis.

El promedio de edad del personal que labora en la institución se encuentra en los 48 años.

Cuadro No 4
Distribución del personal según sexo

PERSONAL	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL
ADMINISTRATIVO	140	25%	411	75%	551
CODIGO	168	30%	384	70%	552
TOTAL	308	28%	795	72%	1103

FUENTE. DPTO DE PERSONAL
ELABORADO: GRUPO CO

Análisis.

El 74% personal administrativo corresponde al sexo femenino y el 69.5 al personal del código de trabajo, si hacemos un análisis general el 72% es femenino y el 28% masculino.

Cuadro No 5
**AGRUPACION DE LOS AÑOS DE SERVICIO DE EMPLEADOS Y
 TRABAJADORES**

AÑOS DE SERVICIO	NUMERO DE EMPLEADOS	%
< 5 años	134	12
5 -10	151	14
10-15	95	7
15 -20	642	59
>20	81	8
Total	110	100

FUENTE. DPTO DE PERSONAL
 ELABORADO: GRUPO CO

Análisis:

El 67% entre empleados y trabajadores de la institución tiene más de 15 años de servicio,

Cuadro No 6

VALORES TERMINALES DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION

VALORES TERMINALES	CALIFICACION	LUGAR
<i>Igualdad de oportunidades para todos.</i>	67	1
<i>Respeto por uno mismo</i>	60	2
<i>Haber dejado una contribución a la humanidad.</i>	59	3
<i>Seguridad para su familia</i>	54	4
<i>Sabiduría</i>	50	5

Fuente: Encuesta de metas y valores a usuarios internos H. Fco. de Icaza Bustamante.

Análisis.

En cuanto a los valores terminales importantes para los trabajadores de la institución consideran como prioritario la igualdad de oportunidad para todos y en segundo lugar el respeto por uno mismo.

Cuadro No 7

LISTA DE VALORES INSTRUMENTALES DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION

VALORES INSTRUMENTALES	CALIFICACION	LUGAR
<i>Honesto</i>	97	1
<i>Responsable</i>	56	2
<i>Servicial</i>	46	3

Capaz	40	4
Mente abierta	37	5

Fuente: Encuesta de metas y valores a usuarios internos H. Fco. de Icaza Bustamante.
Análisis:

Entre los valores instrumentales fueron seleccionados como prioritarias la honestidad, seguida de la responsabilidad.

8.1.2.SATISFACCIÓN LABORAL

CUADRO No 8
USUARIOS INTERNOS
SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO

Pregunta	Muy Satisfecho		Satisfecho		Mas o menos		Poco satisfecho		No satisfecho	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
¿Está usted satisfecho con su puesto de trabajo?	14	39%	18	50%	4	11%	0	0%	0	0%

Fuente: Encuesta de satisfacción a usuarios externos en Hospitalización. H. Fco. de Icaza Bustamante.

Análisis.

La satisfacción del personal se encuentra en el 14% muy satisfecho y el 50% satisfecho con el trabajo que realiza.

CUADRO No 9
CIUDADANIA ORGANIZACIONAL

Pregunta	Si		Mas o menos		No	
	#	%	#	%	#	%
¿Está contento y se siente orgulloso de ser miembro de esta institución?	33	92%	3	8%	0	0%
¿Le alcanza el tiempo para cumplir con las tareas asignadas?	26	72%	6	17%	4	11%

Fuente: Encuesta de satisfacción a usuarios externos en Hospitalización. H. Fco. de Icaza Bustamante.

Análisis.

El 92% se encuentra orgulloso de ser parte de la institución, y el 72% considera que las tareas que se les asigna las puede cumplir en los tiempos establecidos.

CUADRO 10
POSIBILIDAD DE FUTURO

<i>Pregunta</i>	<i>Si</i>		<i>Mas o menos</i>		<i>No</i>	
	#	%	#	%	#	%
<i>¿El trabajo que usted tiene le permite progresar?</i>	16	45%	8	22%	12	33%
<i>¿Cree usted que si trabaja bien, podría ser ascendido a un mejor puesto?</i>	17	47%	5	14%	14	39%
<i>¿Si hubiera la oportunidad, cambiaría de trabajo a otra institución?</i>	19	53%	1	3%	16	44%

Fuente: Encuesta de satisfacción a usuarios externos en Hospitalización. H. Fco. de Icaza Bustamante.

Análisis.

El 45% de los trabajadores considera que el trabajo que realiza le permite progresar, el 47% considera que si lo hace bien podrá ser ascendido. El 53% considera que si hubiera la oportunidad cambiaria de trabajo.

CUADRO 11

RECONOCIMIENTOS POR LOS RESULTADOS OBTENIDOS

<i>Pregunta</i>	<i>Si</i>		<i>Mas o menos</i>		<i>No</i>	
	#	%	#	%	#	%
<i>¿Se le asignan metas y objetivos a cumplir en su trabajo?</i>	23	64%	9	25%	4	11%
<i>¿Cree usted que su esfuerzo laboral ha sido reconocido por su jefe o institución?</i>	15	42%	8	22%	13	36%
<i>¿Cree usted que sus compañeros aprecian su esfuerzo en el trabajo?</i>	14	39%	16	44%	6	17%

Fuente: Encuesta de satisfacción a usuarios externos en Hospitalización. H. Fco. de Icaza Bustamante.

Análisis:

El 64% de los trabajadores consideran que sí se les asigna metas y objetivos para cumplir su trabajo, el 36% considera que el jefe inmediato no le reconoce el esfuerzo laboral y el 39% consideran que sus compañeros aprecian su trabajo aunque 44% contesta que mas o menos a esta pregunta.

CUADRO 12
SALARIO

<i>Pregunta</i>	<i>Si</i>	<i>Mas o menos</i>	<i>No</i>
-----------------	-----------	--------------------	-----------

	#	%	#	%	#	%
<i>¿Recibe puntualmente sus haberes?</i>	23	64%	10	28%	3	8%
<i>¿Cree usted que el sueldo que recibe es justo para el trabajo que realiza?</i>	2	6%	6	17%	28	77%

Fuente: Encuesta de satisfacción a usuarios externos en Hospitalización. H. Fco. de Icaza Bustamante.

Análisis.

En los que corresponde al salario percibido por los trabajadores el 64% considera que recibe el sueldo puntualmente, pero el 77% considera injusto al sueldo que tiene porque este no representa el trabajo que realiza.

CUADRO 13

BENEFICIOS ADICIONALES

<i>Pregunta</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>	
	#	%	#	%
<i>¿Ha recibido alguna capacitación por el Hospital?</i>	18	50%	18	50%
<i>¿Cree usted que necesita capacitación para mejorar su desempeño?</i>	33	92%	3	8%
<i>¿Además de su sueldo, ha recibido alguna otra recompensa por su trabajo?</i>	3	8%	33	92%

Fuente: Encuesta de satisfacción a usuarios externos en Hospitalización. H. Fco. de Icaza Bustamante.

Análisis.

En lo que corresponde a los beneficios adicionales el 50% considera que si ha recibido alguna capacitación por el hospital, mientras que el 92% indica que si necesita capacitarse para mejorar su desempeño, finalmente el 92% menciona que nunca ha recibido recompensa de ninguna naturaleza por el trabajo que realiza.

CUADRO 14

AMBIENTE PSICOLÓGICO Y FISICO EN EL TRABAJO

<i>Pregunta</i>	<i>Si</i>		<i>Mas o menos</i>		<i>No</i>	
	#	%	#	%	#	%
<i>¿Se siente apoyado por su jefe para la ejecución de su trabajo?</i>	24	67%	8	22%	4	11%
<i>¿Se interesa su jefe por su bienestar personal?</i>	22	61%	6	17%	8	22%
<i>¿Cree usted que el trabajo que desempeña le representa algún peligro?</i>	11	31%	3	8%	22	61%
<i>¿Considera que la institución le proporciona todo lo necesario para hacer su trabajo?</i>	9	25%	10	28%	17	47%



<i>¿Cree usted que el área donde trabaja es adecuada?</i>	17	47%	12	33%	7	19%
<i>¿Ha observado usted la presencia de conflictos entre compañeros en su área de trabajo?</i>	21	58%	2	6%	13	36%
<i>¿Cree usted que los paros y huelgas resuelven los problemas del hospital?</i>	4	11%	8	22%	24	67%

Fuente: Encuesta de satisfacción a usuarios externos en Hospitalización. H. Fco. de Icaza Bustamante.
Usuario Externo

Análisis.

En lo relacionado al ambiente de trabajo el 67% considera que recibe apoyo de su jefe para la ejecución de su trabajo, el 61% considera que el trabajo que desempeña no resulta peligros, el 47% indica que el área donde trabaja es adecuada, el 58% menciona haber observado conflictos entre compañeros y el 67% considera que los paros no resuelven los problemas.

1. Los empleados y trabajadores se sienten satisfechos en su trabajo, y orgullosos de pertenecer a la institución en un 89%.
2. La carga laboral no es demasiada en opinión del 89% de la población hospitalaria.
3. Siente que trabaja en un ambiente adecuado (47% de respuestas "sí"), aunque no tiene todo lo necesario para desempeñar su trabajo (25% de respuestas "sí"), lo que acepta como algo en lo que no puede influir, aunque pueda bajar la calidad de su desempeño.
4. Se sienten apoyados por sus jefes, que generalmente son preocupados por el bienestar de sus subalternos (67% de respuesta positiva).
5. Sabe que ha recibido capacitación (50% de encuestados), pero no la siente como una recompensa adicional a su salario porque se ha desempeñado bien, cree que es una obligación de la institución darle capacitación (92% de encuestados dice no haber recibido recompensa adicional por su trabajo).
6. Observan el ambiente laboral con conflictos. Siente poco reconocimiento del grupo por el esfuerzo que realiza, por lo que se dedica a desempeñar su trabajo individualmente; situación que debe ser cambiada por así exigirlo la nueva estructura por procesos, cuya clave para el éxito de una organización es el trabajo en equipo.
7. El empleado tiene una sensación de que su trabajo no le permite lograr ascensos en la institución, incluso con esfuerzo y dedicación, pero si cree que le ayuda a desarrollarse como individuo o profesional independiente. Además la mayoría cree que su sueldo no es justo, probablemente porque no le alcanza con holgura para cubrir sus necesidades.
8. La mayoría de los empleados, incluso los no profesionales deben buscar una fuente de ingreso adicional a sus salarios. Se crea entonces un conflicto por la

superposición de los profesionales por su actuación prácticamente simultánea en la esfera pública y la privada.

9. Estos factores principalmente ligados a la satisfacción de sus necesidades vitales, son probablemente los que influyen para que una mayoría piense en la posibilidad de cambiarse de trabajo (poco compromiso con la organización) a pesar de que tiene un trabajo que les gusta.
10. Entre sus mayores anhelos está el lograr la igualdad de oportunidades para todos. Tienen a la honestidad como uno de sus valores fundamentales (97% de los encuestados la ubican en primer lugar en su escala de valores).
11. Están dispuestos a luchar por la Organización como medio de asegurar sus puestos de trabajo y conseguir mejores condiciones para los empleados que en ella laboran para mantener la seguridad económica de sus familias.
12. La mayoría son individualistas para el cumplimiento de la tarea diaria, pero se unen en grupos muy cohesionados para defender intereses gremiales.

8.2.SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

8.2.1.CONSULTA EXTERNA

CUADRO No 15

CALIDAD DE LA ATENCION						
	BUENO		REGULAR		MALO	
	#	%	#	%	#	%
1. Trato recibido	10	40%	15	60%	0	0%
2. Atención profesional	22	88%	3	12%	0	0%
3. Instalaciones	7	28%	18	72%	0	%
Promedio		52%				

Fuente: Encuesta de satisfacción. Usuario externo Consulta Externa. H. Fco. de Icaza Bustamante.

Análisis.

El 88% de los usuarios encuestados se sienten satisfechos de la atención profesional, el 72% considera que las instalaciones de la consulta externa son regulares.



8.2.2. EMERGENCIA

CUADRO 16
CALIDAD DE LA ATENCION

	BUENO		REGULAR		MALO	
	#	%	#	%	#	%
1. Trato recibido	18	90%	2	10%	0	0%
2. Atención profesional	20	100%	0	0%	0	0%
3. Instalaciones	10	50%	8	40%	2	10%
Promedio		80%		16,6%		3.3%

Fuente: Encuesta de satisfacción. Emergencia H. Fco. de Icaza Bustamante

Análisis.

De los encuestados atendidos en el área de Emergencia el 100% se sienten satisfecho por la atención profesional, el 90% califica de bueno al trato que recibe del personal del hospital.

3.3.3. HOSPITALIZACIÓN

2. El alto grado de especialización alcanzado por la medicina lleva a la pérdida de la visión integral del individuo, segmentándose la responsabilidad junto con la atención.
3. Los resultados de satisfacción del usuario externo no han resultado tan positivos como esperábamos, luego de haber sido sometido el hospital a casi 4 años de apoyo por el proyecto de Modernización de la salud.
4. En la consulta externa, la atención profesional, propiamente dicha, fue considerada buena en un 88%, no así en emergencia, en donde los usuarios externos le dieron un 100%.
5. El trato humano recibido en consulta externa, fue considerado bueno en un 40% vs. 90% del considerado en emergencia.
6. Por último las instalaciones en consulta externa, se la consideró buenas en un 28% vs. 50% de las instalaciones de emergencia.

Los resultados no pueden generalizarse para todo el hospital. Durante nuestra investigación encontramos diferencias entre servicios que llaman la atención, como por ejemplo:

1. ¿Cómo se explica que al momento de evaluar la atención profesional, en emergencia, el servicio que se presta por medio de médicos residentes, sea mejor evaluado que el de consulta externa, donde laboran médicos especialistas?
2. ¿Cómo se explica que el trato humano sea mejor en emergencia, pese a tener que actuar y prestar una atención con menor tiempo y contacto con el paciente?
3. ¿Cómo se explica que siendo las instalaciones del hospital iguales en todos lados, los usuarios externos califiquen mejor a las de emergencia?

La respuesta a estas interrogantes afloraron en el camino, a medida que avanzábamos. En algunos servicios entre ellos Emergencia, se han venido desarrollando acciones positivas que determinan una diferenciación con los demás...

1. En el área de emergencia se viene llevando a cabo un proceso de motivación al personal que lleva varios años, y que al parecer está dando resultados. Para citar un ejemplo se elige el mejor trabajador anual de cada gremio, reconociéndolo en público en una sesión solemne cuando se conmemoran las fiestas de creación hospitalaria. Su jefa manifiesta que esto ha dado un giro importante en muchos trabajadores.

2. Se insiste también, en la llamada "Humanización de la Medicina", dando frecuentes capacitaciones individuales o grupales a los médicos residentes nuevos y a los trabajadores de los otros sectores. Este proceso es llevado por todos los médicos tratantes, aunque liderado e iniciado en particular por uno de ellos. Podría ser la explicación del comportamiento organizacional, y de la satisfacción que reflejan los usuarios externos en las encuestas realizadas. Por supuesto, todavía quedan muchas cosas en las que seguir trabajando, pero ya hay resultados a la vista.
3. La satisfacción del usuario de hospitalización estuvo mucho mejor que la de los servicios antes mencionados. Probablemente la atención y el trato mejoran en los sitios en que no hay mucha presión de aglomeraciones de pacientes, habiendo en las salas un ambiente mas tranquilo en este aspecto.
4. Se puede decir que en general ha habido mejoras desde hace unos tres años hasta la fecha, pero todavía hace falta más. El objetivo principal deberá ser trabajar con el factor humano.
5. El empleado hospitalario tiene una mezcla de principios y valores muy favorable para la implementación del cambio de actitud deseado, hay que saberlo llevar e incentivar.
6. Esperamos que el estudio del comportamiento organizacional ayude a entender mejor los factores que influyen actualmente para la baja productividad y actitudes oportunistas de algunos individuos o grupos, y permita utilizar esos conocimientos y herramientas para vencer las resistencias, modular los intereses individuales y de grupo, e inducir al cambio de actitudes que lleven a lograr una mayor productividad, calidad y calidez en la atención al paciente, en un ambiente de satisfacción laboral.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

8.3.PRODUCTIVIDAD LABORAL.

CUADRO No 18
RENDIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA POR HORA MEDICO
CONTRATADA

CONSULTA	TOTAL CONSULTAS			RENDIMIENTO POR HORA TRABAJADA		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
PEDIATRIA GENERAL	63378	52781	57951	3.7	3.7	3.7
ESPECIALIDADES CLINICAS	28085	22930	23858	1.8	1.9	1.9
ESPECIALIDADES QUIRURGICAS	23888	18696	22906	3.2	3.3	3.4
TOTAL	115351	94407	104715			

FUENTE: INFORME DEPARTAMNETO ESTADISTICA AÑOS 02-04
ELABORADO: GRUPO C.O.

Análisis.

En lo que corresponde al rendimiento de la consulta externa se nota un ligero incremento en la consulta externa de pediatría general, las especialidades clínicas y quirúrgicas de los años 2003 al 2004.

En cuanto al rendimiento por hora trabajada se mantiene estable los datos.

CUADRO 19
TIPO CONSULTAS

Indicador	2002	2003	2004
Total de Consulta Externa	115351	94402	104715
Consultas de 1ª. Vez Morbilidad	69099	59537	62395
Consultas de 1ª. Vez Fomento	3091	2343	2414
Total Consultas Emergencia	47605	69712	79977

FUENTE: INFORME DEPARTAMNETO ESTADISTICA AÑOS 02-04
ELABORADO: GRUPO C.O.

Análisis.

La producción del servicio de Consulta externa disminuyó considerablemente del 2002 al 2003, recuperándose para el 2004, pero sin alcanzar todavía los niveles anteriores. Esto se relaciona seguramente con el número de días de paros laborales, que en el 2003 fueron 65 días mientras en el 2004 hubo 41 días.

También podemos notar el aumento de los pacientes atendidos en Emergencia, consecuencia lógica del cierre de la consulta externa en los paros, lo cual está distorsionando la función de este servicio y cambiando la conducta usual de los pacientes que buscan ser atendidos más rápido y suplir la falta de consulta externa.

CUADRO 20**PRODUCCION DEL AREA DE HOSPITALIZACION**

<i>Indicador</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
<i>Total de Egresos</i>	11004	11667	11512
<i>Total de Cirugías</i>	3261	3286	3064
<i>Total de Cirugía Programada</i>	1913	1832	1903
<i>Total de Cirugía de Emergencia</i>	1348	1454	1161
<i>Total de fallecidos</i>	233	265	220
<i>Tasa de mortalidad hospitalaria</i>	1.5	1.6	1.4
<i>Promedio camas disponibles</i>	292	288	284
<i>Porcentaje de Ocupación.</i>	64.9	68.9	69.1

FUENTE: INFORME DEPARTAMNETO ESTADISTICA AÑOS 02-04
ELABORADO: GRUPO C.

Análisis.

El número de egresos se mantiene estable, sin aparente influencia de las paralizaciones. El hospital va disminuyendo el número de camas disponibles cada año, hay que señalar que el número de camas de dotación normal es de 354, y que en el 2004 se trabajo con 284 camas disponibles en promedio.

CUADRO 21**PRODUCCION DEL AREA DE SERVICIOS DE APOYO**

<i>Indicador</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
<i>Total Determinaciones de LAB.</i>	502861	587889	615781
<i>Determin. Lab. CE.</i>	211951	250864	287950
<i>Determin. Lab Hospital.</i>	98228	132608	135441
<i>Determin. Lab Emerg.</i>	192682	204417	192390
<i>Total Placas Radiográficas</i>	37382	40530	41524
<i>Placas Radiográficas CE.</i>	6903	6183	6696
<i>Placas Radiográficas Hosp..</i>	5000	5355	4466
<i>Placas Radiográficas Emerg.</i>	25479	28992	30362

FUENTE: INFORME DEPARTAMNETO ESTADISTICA AÑOS 02-04
ELABORADO: GRUPO C.O.

Análisis.

En lo que corresponde a la producción de los servicios de apoyo el área de laboratorio ha tenido incremento de trabajo en los 3 últimos años el cual se ha distribuido para Consulta externa, Hospitalización y Emergencia, en el área de Rayos x el incremento ha sido ligero. Llama la atención que a pesar del aumento de la atención en Emergencia, los exámenes de laboratorio para este servicio no han aumentado, tendencia que si se aprecia en cuanto al número de radiografías destinadas para este servicio.

7. No estamos ante una organización altamente productiva. Podemos catalogar sus resultados más bien como regulares.
8. Si tomamos como referencia la norma de 4 consultas por hora que rige desde el inicio del hospital y la multiplicamos por aproximadamente 3.434 horas médico

mensuales contratadas para la consulta externa (todas las especialidades), la consulta externa debería producir 164.832 consultas al año, como sólo se produjeron 115.351 en el 2002 y apenas 94.407 en el 2003, 104.715 para el 2004, deducimos que el recurso MEDICO, produjo el 69.98% en el 2002 y el 57.27% en el 2003 y el 63,5 para el 2004, de la capacidad contratada.

9. Se sobrecarga en cambio la consulta en la emergencia en el mismo horario en que está abierta la Consulta externa, con pacientes cuya morbilidad no es propia de urgencias, como puede apreciarse del cuadro de morbilidad de los pacientes atendidos en la emergencia del hospital que consta en el informe estadístico anual
10. Los pacientes que acuden a consulta de emergencia son atendidos por médicos no especialistas (los especialistas de emergencia ven solo las verdaderas emergencias).
11. El hallazgo de una productividad quirúrgica (horas cirujano/quirófano contratadas vs. Horas cirujano/quirófano utilizadas) es otro argumento para afirmar la baja productividad de la organización.(ver acápite 5.2.4)
12. Los factores que influyen para la baja producción de los servicios quirúrgicos pueden ser muchos. Entre las que conocemos que suceden podemos mencionar la falta de organización de la programación de una manera eficiente, el desperdicio de tiempo entre operaciones sucesivas, los daños de equipos, la falta de enfermeras, la ausencia de anestesiólogos, el atraso de cirujanos.
13. La central quirúrgica es un servicio que se siente siempre como muy congestionado, y lleno, con cirujanos pugnando por realizar sus intervenciones. Pero la realidad es que existiendo 6 quirófanos, solo trabajan 4, que la actividad comienza tarde, y que el verdadero horario de cirugías acaba a las 2 de la tarde y no a las 4 como se supone que debe ser.

8.4. GRUPOS HUMANOS AL INTERIOR DEL HOSPITAL

CUADRO No 22
ORGANIZACIONES LABORALES DEL HOSPITAL DEL NIÑO

NOMBRE	# de miembros	Fecha fundación	Fecha ultima elección	Presidente / Secretario Gen.
ASOCIACIÓN DE MEDICOS TRATANTES	125	1990	Julio 2005	Dr. Carlos Veloz
ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS	134		Mayo 2004	Lcda... Nelly Coello
ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS	140		Abril 2004	Ing. Nancy Morales
ASOCIACIÓN DE TECNÓLOGOS MED.	55		Enero 2002	Tclgo. Raúl Obando.
ASOCIACIÓN DE MEDICOS RESIDENTES	70	1996	2004	Dr. Alejandro Farid.
SINDICATO DE OBREROS	250	Abril 1984	Hace más de 3 años	Sr. Roberto Tixi
SINDICATO GENERAL	120	Marzo 1994	Hace más de 3 años	Sr. Marlon Robins
SINDICATO UNICO	70	Mayo 1997	Hace más de 3 años	Sra. María Palma
SINDICATO DE AUXILIARES DE ENF.	135		Hace 6 años	Sra. Martha Aguirre

Fuente: Investigación de campo del Grupo de trabajo. Entrevistas a Dirigentes.

Análisis.

El hospital cuenta con 5 asociaciones que agrupan a los diferentes profesionales que son parte del equipo de salud y 4 sindicatos que agrupan a los trabajadores del código del trabajo alguno de ellos hace más de 3 años que no convocan a elecciones.

8.5. LA ORGANIZACIÓN

13. El nivel de ausentismo es del 15% en general las mismas que están clasificadas en causas justificadas como: vacaciones, enfermedades, calamidad domestica, licencias con y sin sueldo por capacitación, permisos sindicales, permisos imputables a vacaciones y otros. Y como causas injustificadas: faltas, abandonos del puesto de trabajo, atrasos, etc.
14. El Hospital mantiene un inventario actualizado de los recursos humanos, se lo realiza con la finalidad de llevar un control del personal en general. en su nivel profesional, capacitación etc.

15. El reglamento interno de esta Unidad tanto de código de Trabajo como de la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, no han sido actualizados.
16. Numero de obreros: 552. Numero de Administrativos 551. Vacantes no existen.
17. Las pruebas de selección, se aplican únicamente para los puestos de profesionales por medio de concursos de méritos y oposición, que por lo general no se manejan con procedimientos idóneos.
18. No existen fuentes que proporcionen datos sobre cuantos candidatos por puestos de las diferentes clases que agrupa esta institución han sido rechazados. Los puestos de empleados no profesionales han sido llenados por "clientelismo político.
19. En la actualidad el total de la plantilla de personal se encuentra llena por personal no removible.
20. En la Institución no se realizan evaluaciones de desempeño desde hace siete años²⁹.
21. Aunque esta actividad es una responsabilidad exclusiva de quien lidera el proceso de recursos humanos; si se logra implementar el nuevo modelo de gestión por procesos, es necesario diseñar un instrumento para la medición del desempeño para todo el personal del hospital, lo que permitiría conocer cuanto estamos produciendo y cuanto estamos comprometidos con el cambio propuesto.
22. En relación a los accidentes de trabajo, en el transcurso del año se han reportado 3 casos ocurridos al personal que realiza labores de servicios. En cuanto a las incapacidades que impiden a los servidores continuar laborando no se ha podido calificarlas legalmente en dos casos debido a la lentitud de los trámites que se realizan en el Seguro Social.
23. Se ha podido establecer que dichas enfermedades se presentan con más frecuencia en las áreas de Alimentación, servicios generales y las consideradas de riesgos, como son el área de Infectología y emergencia, área que en el transcurso del año ha presentado 2 casos.
24. En el año 2004 hubieron 41 días de paro. En el presente año 2005 se han realizado en el primer trimestre 31 días, el segundo trimestre 14, y el tercero 4, en total hasta la fecha 49 días de paro.
25. La institución cuenta con un centro de computo donde laboran actualmente tres personas, es el encargado de manejar y mantener la red instalada en el Hospital, lo que ha ayudado a agilizar el trabajo, ya que dicha red ha sido implantada en casi todos los servicios y departamentos del Hospital.

²⁹ Se dejó de hacer evaluaciones desde que la SENDA (Secretaría Nacional de Desarrollo Administrativo) cambió de nombre por el de OSCIDI (Oficina de Servicio Civil y Desarrollo Institucional). Actualmente SENRES (Secretaría Nacional de Desarrollo de los Recursos Humanos y de Remuneraciones) es el nuevo nombre dado a esta Dependencia adscrita a la Presidencia de la República.

26. Horarios de trabajo: El personal administrativo labora en una jornada fija de trabajo de lunes a viernes de 08H00 a 16H:00, el personal medico, demás profesionales y los funcionarios que laboran en las áreas como caja, estadística, auxiliares de Laboratorio y Rayos x laboran en turnos rotativos. Los médicos tratantes o de Staff tienen un horario de 4 horas diarias.³⁰
27. El personal que labora en la jornada diurna cumplen 6 y 8 horas diarias de acuerdo a su normativa gremial laboral. En cambio el personal nocturno labora 12 horas cada 2 días, por lo tanto este trabaja 10 días al mes. Actualmente no se trabajan horas extras, debido a la prohibición dispuesta por la Presidencia de Republica.
28. De acuerdo a la Ley, los servidores tienen derecho a 30 días de vacaciones cada año. Los permisos por situaciones imprevistas imputables a vacaciones van desde 1 hasta 15 días. Existen además permisos por calamidad domestica, enfermedad, estudios y otros.
29. La institución cuenta con un consultorio medico subrogado anexo al I.E.S.S, donde los servidores reciben atención medica inmediata.
30. No hay transporte para personal porque estos se encuentran en los patios de la institución dañados. Solo gozan de ese privilegio algunos funcionarios de alto nivel y una minusválida.
31. El hospital cuenta con el área de alimentación y dietética, donde se preparan alimentos para el personal que goza de este derecho, entre los cuales están servidores amparados al código de trabajo, enfermeras, médicos residentes, tecnólogos médicos; en cuanto al personal administrativo se le reconoce un valor mensual de \$ 22 por el almuerzo. El control para el uso del servicio de alimentación es inexistente, por lo que hacen uso del mismo algunos empleados que no deberían hacerlo.
32. Al personal de la ley de servicio civil y carrera administrativa se le otorga uniformes anualmente por el valor de \$150, mientras que el personal del código de trabajo recibe la misma cantidad a partir del presente año después de la nueva negociación de su contrato de trabajo.
33. Como parte del proceso de modernización en el cual ha estado inmerso el hospital durante los últimos tres años, a través de los fondos del Proyecto Modersa, por primera vez en la historia se ha contado con dinero para capacitación del personal.
34. Los primeros años del Proyecto, el plan de capacitación estaba basado principalmente en los objetivos del proyecto, pero a partir del año 2003, se comenzó a realizar planes basándose en el plan estratégico del hospital.
35. En el 2003, por primera vez se conformó una comisión encargada de recopilar las necesidades de capacitación de una manera dirigida, técnica y sistemática.

³⁰ Anteriormente existían médicos de 8 horas (20 médicos de un total de 116). A partir del año 2005, todos pasaron a laborar solo 4 horas.

Esta misma comisión elaboró entonces el plan de capacitación de ese año. Desgraciadamente los cambios políticos en el hospital que caracterizaron la segunda mitad del año pasado y primeros meses de este, deshicieron todo lo realizado en cuanto a planificación, volviéndose a las designaciones a dedo de los beneficiarios de la capacitación, sin haberse cumplido finalmente con el plan.

36. El Departamento de enfermería conjuntamente con la Docencia han desarrollado programas de capacitación anual para todo su personal.
37. En la actualidad el hospital cuenta con más de 35 personas capacitadas en Gerencia de Salud, Diplomados y Maestrías, que no son tomados en cuenta para los cargos de Director, Subdirector, Coordinadores o Líderes.
38. En cuanto al beneficio de la jubilación, no se ha acogido aún ningún empleado o trabajador por cuanto el Hospital no tiene 25 de años de vida Institucional, motivo por el cual no corresponde todavía a la institución, asumir la jubilación patronal.
39. El personal que se ha jubilado hasta el momento corresponde a la jubilación compartida que significa la suma de años de servicio en otra Institución de carácter pública, sumada a los años que tiene actualmente el hospital del Niño. Algunos trabajadores se han acogido a la Jubilación por incapacidad.
40. El mecanismo de información periódica que se utiliza para mantener informado al personal en general, se lo realiza a través de circulares, memorandums y oficios.
41. Los procesos comunicativos del hospital son bidireccionales, lo que permite la retroalimentación (doble vía), también se aplica la comunicación vertical con sus direccionamientos ascendentes (es la que fluye desde los rangos inferiores hacia los rangos superiores) y descendentes (fluye del rango superior al inferior).
42. Se trata de una organización con un 72% de población femenina. La cultura de la organización es la de una lucha constante contra fuerzas externas que crean incertidumbre en cuanto a la permanencia del trabajo. Es una población hospitalaria militante y activista con valores de progreso social y comunitario.
43. La orientación principal es más bien hacia lo humanístico, con poca preocupación por el desempeño.
44. Poco control jerárquico, especialmente sobre el grupo médico, con una actitud de dejar hacer dejar pasar, sin hacerse mucho problema. Esto se remonta a una herencia del pasado donde se canjeó un mantenimiento de sueldos bajos por una flexibilización de horarios y obligaciones.
45. Las agrupaciones gremiales incentivan y exigen una mayor lealtad hacia la profesión y / o el gremio, antes que a la institución.
46. La Gestión de RRHH falla cuando la organización utiliza fondos en actividades como capacitación, que deben ser recibidos como incentivos y esta comunica mal, y no hace sentir este gasto como una recompensa adicional que la

institución brinda por un buen trabajo o porque se preocupa de sus colaboradores.

47. También falla en la comunicación, cuando no se preocupa en transmitir a los empleados una sensación de justicia en el sueldo que perciben, pues si bien puede considerarse todavía bajo, no es el mas bajo del sector. Debería ser una preocupación la opinión manifestada en la encuesta de que el 94% no cree que su sueldo sea justo.

La cultura organizacional de nuestra institución se caracteriza por ser estable ya que mantiene niveles de producción y en general tiende a la perpetuación del Status Quo. Esta forma de ser se contrapone a la necesidad de crecimiento innovador que demanda la nueva estructura, que debe ser orientada hacia la satisfacción del cliente y la calidad de los resultados, preocupándose del detalle en sus actividades y utilizando el trabajo en equipo.

8.6. IMPLEMENTACION DE LA NUEVA ESTRUCTURA POR PROCESO

CUADRO No 23
CONOCIMIENTO SOBRE LA ESTRUCTURA POR PROCESO

PARAMETRO	SI	%	NO	%	TOTAL
ENTERADO DEL CAMBIO DE LA NUEVA ESTRUCTURA	62	94	4	6	66

FUENTE: ENCUESTA A COORDINADORES Y LIDERES
ELABORADO: GRUPO CO.

Análisis.

El 94% entre coordinadores y líderes manifestaron conocer sobre las estructuras por proceso y solo el 6% lo desconoce.

CUADRO 24
MEDIO POR EL QUE CONOCIO SOBRE LAS ESTRUCTURAS POR PROCESO.

MEDIO	No	%
POR INFORMACION	26	39
CAPACITACION	27	41
RUMOR	9	14
DESCONOCE	4	6
TOTAL	66	100

FUENTE: ENCUESTA A COORDINADORES Y LIDERES
ELABORADO: GRUPO CO.

Análisis.

El 41% de los encuestados manifestaron haberse enterado por medio de la capacitación recibida, el 39% por información y el 14% por rumores.

CUADRO 25

DEFINICION DEL CAMBIO

COMO DEFINE EL CAMBIO	No	%
ESTRUCTURA POR PROCESOS BIEN DEFINIDAA	14	21%
MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION	12	18%
CAMBIO DEL ORGANIGRAMA	10	15%
ÉXITO PARA LA ORGANIZACION	7	10,6%
PARTE DE LA MODERNIZACION	3	4,5%
MUNICIPALIZACION	1	1,5%
INNECESARIO	1	1,5%
NO PUEDE DEFINIRLO	18	27%
TOTAL	66	100%

FUENTE: ENCUESTA A COORDINADORES Y LIDERES
ELABORADO: GRUPO CO.

Análisis.

Habiendo sido esta una pregunta abierta, fue necesario tratar de encasillar las respuestas de acuerdo a su contenido y significación, para lo cual los autores realizamos la tabla presentada arriba.

Podemos apreciar en el cuadro anterior que el 27 por ciento de los encuestados no saben definir lo que significa el cambio propuesto.

Un 3 por ciento dan respuestas reactivas como son el definirlo como innecesario y como parte del proceso de municipalización de los hospitales.

El 70 por ciento restante da respuestas positivas, con conceptos más o menos claros de la estructura por procesos y su significado. El 21 por ciento tiene bien claro lo que significa la nueva estructura por procesos. Un 18 por ciento cree que significará una mejora de la calidad de atención. Un 15% lo ve como un cambio en el organigrama. El 10,6% manifiesta que será positivo para el éxito del hospital y el 4,5% lo aceptan como parte de la modernización.

CUADRO 26
CONOCIMIENTO SOBRE SU UBICACIÓN EN EL PROCESO

CONOCIMIENTO	SI	%	NO	%	TOTAL
CONOCE EN QUE PROCESO ESTA INVOLUCRADO	39	59	27	41	66
CONOCE SU UBICACIÓN EN EL NUEVO PROCESO	43	65	23	35	66

FUENTE: ENCUESTA A COORDINADORES Y LIDERES
ELABORADO: GRUPO CO.

Análisis

El 59% de los encuestados conocen el proceso en el cual está involucrado. El 65% esta enterado de su ubicación dentro del mismo, más bien de su nombramiento como líder o coordinador.

CUADRO 27
CONOCIMIENTO SOBRE SUS FUNCIONES EN EL PROCESO

CONOCIMIENTO		SI	%	NO	%	TOTAL
CONOCE	SUS	33	50	33	50	66
FUNCIONES						

La mitad de los encuestados manifiestan conocer sus funciones. Es necesario aclarar que cuando responden positivamente esta pregunta, se refieren al hecho de haber recibido una Acción de Personal³¹ (documento), en la cual se define las funciones con el nombre del cargo, pero sin especificarlas.

CUADRO 28
POR QUE MEDIO LE HICIERON CONOCER SUS FUNCIONES

MEDIO	NUMERO	PORCENTAJE
VERBAL	7	11
ESCRITO	21	32
NINGUNO	38	57
TOTAL	66	100

FUENTE:

ENCUESTA A COORDINADORES Y LIDERES
ELABORADO: GRUPO CO.

Esta pregunta también tiene relación con lo aclarado con respecto al cuadro anterior, pues el documento entregado es la Acción de Personal. Llama la atención que el 57% manifiesta no haber recibido de ninguna manera instrucciones sobre su nueva función.

CUADRO No 29
FACTORES A LOS QUE ATRIBUYE EL HECHO DEL RETRASO EN LA IMPLEMENTACION.

FACTORES		Numero	Encuestados	%
FALTA	DE	34	66	51
LIDERAZGO				
FALTA	DE	21	66	32
CONOCIMIENTO DEL				
PERSONAL				
POCO INTERES DEL		15	66	23

³¹ Documento legal que emite el Departamento de Recursos Humanos de una Institución pública, que sirve para ordenar todos los movimientos de personal de los servidores públicos, dispuestos por la ley.

PERSONAL			
CULTURA DE LA OPOSICION DEL NIVEL JERARQUICO	4	66	6
FALTA DE CONTINUIDAD	3	66	4,5
CAMBIO FRECUENTE DE AUTORIDAD	3	66	4,5

FUENTE: ENCUESTA A COORDINADORES Y LIDERES
ELABORADO: GRUPO CO.

El 51 % reconoce una falta de conducción del proceso de cambio. Denota la ausencia de alguien que asuma el papel de Agente de cambio.

Lo anterior añadido a la falta de continuidad del proceso de cambio y a los cambios frecuentes de Autoridades del Hospital y Ministerio, nos da idea de la importancia de la falta de liderazgo para el fracaso de la transformación organizacional.

Un 32% de encuestados atribuye la no implantación a la falta de conocimiento del personal. El 23% lo atribuye a poco interés de parte de los empleados en involucrarse en el cambio, y un 6% dice que es por una cultura de oponerse a todo cambio.

Las tres últimas causas mencionadas son todas susceptibles de revertir en gran medida con capacitación e información adecuada.

CUADRO No 29
QUE LE FALTA A LA NUEVA ESTRUCTURA

FACTORES	Numero	Encuestados	%
FALTA DE IMPLEMENTACION	26	66	39
INVOLUCRAR A LAS AUTORIDADES	12	66	18
QUE SE AJUSTE A NUESTRA REALIDAD	8	66	12
QUE SEA CONTINUO	6	66	9
DESDE EL NIVEL CENTRAL SE DEN LOS LINEAMIENTOS	4	66	6

FUENTE: ENCUESTA A COORDINADORES Y LIDERES
ELABORADO: GRUPO CO.

El 39% de los encuestados considera que lo que le hace falta a esta propuesta es implementarla para tener resultados, el 18% que se involucren las autoridades, el 12% que se ajuste a nuestra realidad local y el 9% que todo esto sea continuo

CUADRO No 30
CON QUE TIPO DE ESTRUCTURA LE GUSTARIA TRABAJAR

PARAMETRO	Numero	Encuestados	%
ESTRUCTURA	3	66	4,5

ACTUAL			
POR PROCESO	55	66	83
NINGUNA	1	66	1,5
NO CONTESTA	7	66	11

FUENTE: ENCUESTA A COORDINADORES Y LIDERES
ELABORADO: GRUPO CO.

Al ser consultados los coordinadores y lideres el tipo de estructura con la que le gustaría trabajar el 83% consideran que debe ser por proceso y el 4.5% con la actual ya que así se ha trabajado estos 20 años

CUADRO 31
¿POR QUE ES MEJOR LA ESTRUCTURA POR PROCESOS?

PARAMETROS	Numero	Encuestados	%
MEJOR ORGANIZACION	26	66	39
SE MEDIRAN RESULTADOS	11	66	17
SE INVOLUCRAN TODOS	5	66	8
NO CONTESTAN	2	66	3

FUENTE: ENCUESTA A COORDINADORES Y LIDERES
ELABORADO: GRUPO CO.

AL preguntarle por que la estructura por proceso debe ser la escogida el 39% manifestaron que constituye una mejora para la organización el 17% mencionan que se medirán resultados y el 8% que se lograra involucrar a todos quienes trabajan en la institución

CUADRO No 32
LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRUCTURA POR PROCESO HA PROVOCADO CAMBIOS.

ASPECTOS	Numero de personas	Total de encuestados	%
EN EL CONOCIMIENTO	35	66	53
LAS ACTITUDES	20	66	30
EL COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL	16	66	24
COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL	31	66	47
DESCONOCE	3	66	4,5

FUENTE: ENCUESTA A COORDINADORES Y LIDERES
ELABORADO: GRUPO CO.



ESPOL/DECA
ESPOL-ESPOL

En cuanto a los cambios provocados por la estructura por proceso el 53% mencionaron en el conocimiento, el 47% en el comportamiento organizacional, el 30% en las actitudes de las personas y el 24% en el comportamiento individual.

CUADRO No 33
EL NUEVO MODELO TOMA EN CUENTA LAS NECESIDADES, DESEOS Y CAPACIDADES DE LOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES.

PARAMETROS	Numero	Encuestados	%
SI	33	66	50
NO	18	66	27
PARCIALMENTE	16	66	24

FUENTE: ENCUESTA A COORDINADORES Y LIDERES
ELABORADO: GRUPO CO.

Al consultarles si el nuevo modelo ha tomado en cuenta las necesidades y deseos de los empleados y trabajadores el 50% cree que si, el 27% dice que no y el 24% cree que parcialmente

CUADRO No 34
EL CAMBIO HACIA LA NUEVA GESTION ES NECESARIA Y BENEFICIOSA PARA LA INSTITUCION Y SUS TRABAJADORES.

PARAMETROS	Numero	Encuestados	%
SI	48	66	73
NO	9	66	17
PARCIALMENTE	7	66	10

FUENTE: ENCUESTA A COORDINADORES Y LIDERES
ELABORADO: GRUPO CO.

Se les consulto sobre si la nueva gestión por proceso es necesaria y beneficiosa para la institución y sus trabajadores manifestaron que sí el 73%, no el 17% y parcialmente el 10%.

1. La nueva estructura hospitalaria que vimos representada en al figura 1, nos deja la impresión que la reforma se ha realizado principalmente aumentando instancias burocráticas en la zona de la Tecno-estructura. El proceso sustantivo donde está el valor agregado (entiéndase la atención al paciente) casi no ha sido tocado.
2. Podríamos decir siguiendo a Mintzberg, que el Hospital ha cambiado del modelo de la Burocracia Profesional al de una Burocracia maquinal.
3. Se pasará de un sistema en el cual los profesionales individualmente trabajan en forma autónoma sometidos a sus esquemas de trabajo que obtuvieron de su profesión, a uno en el que un grupo de personas que no estando en la línea de

mando (la tecno-estructura), se encargan de normalizar el trabajo y controlar que se cumpla la norma.

4. Esta es una típica respuesta en organizaciones públicas a los problemas de coordinación y mal uso de la libertad de los profesionales, además una forma de romper la resistencia a innovar.
5. Los cambios organizacionales, despertaron expectativa en los profesionales que laboran en el hospital, provocando la búsqueda de capacitación en materias administrativas.
6. La falta de socialización en la implantación del nuevo modelo de gestión por proceso a todos los niveles: Coordinadores, Líderes, Miembros de equipo y los trabajadores con el fin de lograr su involucramiento en el proceso e ir venciendo la resistencia.
7. Falta de continuidad por parte de los responsables del Ministerio de Salud Publica para obligar a las líneas de mando a empoderarse de la implementación de las nuevas estructuras.
8. Falta de un liderazgo pro activo de los Directores de turno. No involucramiento como impulsores de la implantación del nuevo modelo de gestión. En algunos casos por su corto tiempo en funciones, en otros por su falta de preparación.
9. La designación de los responsables de los procesos en el hospital, se hizo de manera inadecuada. Se nombro líderes o coordinadores sin consultar a los propios involucrados. Algunos no sabían que significaba el proceso que constaba en su nombramiento, peor que papel debía desempeñar. Se dejó a un lado personal preparado. Se hizo nombramientos por amistad o política. La injusticia es mayor estímulo negativo que se pueda dar.
10. Entre los problemas que se pueden encontrar en el futuro, podrían estar la obsesión por el control que conduce a problemas humanos en el núcleo de operaciones y este a su vez a problemas de coordinación en el centro administrativo que seguidamente llevan a problemas de adaptación en el ápice estratégico.
11. Hemos venido hablando de aplanar las estructuras y disminuir la distancia entre la alta gerencia y el nivel operativo, resulta que al añadir un Coordinador de valor agregado y otro Coordinador para la operativización de normas en la Gestión de Servicios hospitalarios, se añaden dos peldaños más a la cadena de mando.

8.7. SITUACION ACTUAL. ULTIMA CRISIS.

Estando por concluir la presente Investigación y Análisis, se presentó en el Hospital una fenómeno de características muy similares a los acontecidos cinco meses antes en el país, con la caída del Presidente Lucio Gutiérrez. Es decir una verdadera Rebelión de una parte de la Población hospitalaria, pidiendo la salida de Funcionarios que se habían mantenido por muchos años en puestos claves, como son la Administración (Conocida también como la Subdirección Administrativa), la Gestión Financiera, y la Gestión de Recursos Humanos. El Director se salva por su corto período en funciones, y porque ha tratado de capear el temporal cediendo a todos los pedidos de los levantados.

El detonante ha sido la devolución de parte del IESS (Instituto Ecuatoriano del Seguro Social) de los fondos de Reserva de los trabajadores.

Cuando los empleados y trabajadores se hicieron el trámite para obtener la devolución de los mencionados fondos, se encontraron con que los mismos no correspondían al monto esperado.

En estas circunstancias se inicia un paro de actividades pidiendo la salida de la Jefe Financiera por el aparente error cometido.

Este estado de cosas desencadena otras reacciones y acusaciones, cuyos fundamentos y contenido no corresponde exponer en este trabajo, pero que llevan a un importante grupo de servidores del hospital a solicitar la salida de varios funcionarios.

Las enfermeras y médicos iniciaron un paro pidiendo la salida de esta funcionaria, del jefe de personal y de la Jefa de Servicios Institucionales³². Inicialmente el Director busca apoyo y asesoramiento en la instancia inmediatamente superior de la Dirección Provincial de Salud, pero esta no asume su responsabilidad, por lo que se ve la necesidad de la intervención de la Subsecretaría de Salud del Litoral, quien toma la decisión de ceder ante el pedido de los profesionales, luego de conocer las pruebas presentadas sobre irregularidades en el manejo financiero, ordenando el traslado de la jefa financiera y el nombramiento provisional de nuevos coordinadores en Recursos Humanos y la Gestión de Servicios Institucionales.

En una primera instancia los dirigentes de los Trabajadores (Sindicatos), apoyan a los funcionarios cuestionados, pero posteriormente por presión de las bases de los sindicatos, se ven en la obligación de retirar oficialmente su apoyo, pero continúan a título personal ejerciendo acciones a favor de los mencionados funcionarios.

Se aprecia una polarización de fuerzas que ha mantenido una situación de tensión entre dos bandos.

El grupo mayoritario que pide la salida de los funcionarios representa la frustración y descontento acumulado por las prácticas poco transparentes en las compras, asignación de funciones, nombramientos hechos a personas allegadas o parientes.

³² Este corresponde al cargo de ADMINISTRADOR del hospital en la Estructura Organizacional anterior. La funcionaria ha venido ejerciendo este cargo desde hace 10 años.

El grupo que apoya a los funcionarios, es minoritario y está principalmente compuesto por dirigentes gremiales, médicos y profesionales que han ejercido alguna función jerárquica en el pasado, y empleados que han colaborado estrechamente con los afectados.

Al momento no ha terminado de resolverse la crisis que describimos y está pendiente la intervención de autoridades superiores de la planta central, por pedido expreso de los protestantes, que no aceptan la investigación, mediación o resolución del nivel provincial, por ser personal que de una u otra forma ha tenido durante el paso de los años relaciones de amistad o colaboración con los cuestionados.

9. RECOMENDACIONES

1. La gestión por procesos supone reordenar flujos de trabajo de toda la atención sanitaria con el fin de dar una atención y respuesta única que va dirigida tanto a aumentar la satisfacción de los usuarios como a facilitar las tareas a los profesionales. Conociendo que es una herramienta de trabajo, que pretende dar respuesta a las demandas de los usuarios y que requiere la implicación de todos los involucrados.
2. La Gestión por Procesos se enmarca en la Gestión de la Calidad y es en estos momentos una herramienta útil para el desarrollo de una de las estrategias centrales del Plan de Calidad y de la Consejería de Salud de nuestra Comunidad.
3. Enfoque centrado en el usuario. Esto supone un cambio cultural en la organización, pues se tiene en cuenta desde el principio las necesidades y expectativas de los usuarios, y se mide su grado de satisfacción.
4. Implicación de los profesionales, convirtiéndolos en motores reales del cambio y realizando aportaciones esenciales a la gestión por proceso, tales como: gestión de los recursos, organización de las actividades, integración de las innovaciones, etc. Todo ello obliga a trabajar en equipo, aunando los esfuerzos de profesionales de diferentes disciplinas (médicos de familia, médicos de otras especialidades, Licenciadas en enfermería, trabajadoras sociales, áreas de administración del hospital, etc.).
5. Práctica clínica adecuada y homogénea, pues en cada proceso asistencial se recogen las recomendaciones clínicas necesarias en forma de guías de práctica clínica y planes estandarizados de cuidados; todo ello basado en la máxima



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

evidencia científica del momento; con lo que se reduce mucho la variabilidad y heterogeneidad en la práctica clínica.

6. Sistema de información integrado, que permite evaluar las actividades que se realizan.
7. Continuidad de la asistencia. Esta es una de las características más importantes y novedosas de la gestión por procesos. A su vez, uno de los factores clave para lograr la continuidad asistencial es la Coordinación inter niveles de la atención sanitaria y la coordinación de los distintos profesionales que participan en el proceso.
8. Completar y continuar el proceso de modernización. Utilizar las instancias previstas (Comité de Modernización y Comité de Control de Gestión) para socializar y respaldar los cambios que se implemente.
9. Gerenciar siguiendo el PLAN ESTRATÉGICO.
10. Completar la reforma de la estructura, transparentando el proceso de designación de Coordinadores y líderes. Solo así estos tendrán un poder legítimo, ético, incuestionable.
11. Cumplir los principios de la RE INGENIERIA para el diseño de la nueva estructura. Pensar todo desde cero, luego de conocer los puestos que se necesitan y las capacidades necesarias para los mismos, abrir un concurso interno para llenarlos.
12. Recordar que sentirse tomado en cuenta y que uno contribuyó con parte de las ideas, es un incentivo importante para el cambio. El proceso de cambio sólo puede ser generado por la gente que en ella participa. Las reformas institucionales implementadas desde arriba por la autoridad, con una receta o decreto, han tenido siempre rápida oposición y desinterés. Por el contrario, las iniciativas en las cuales los participantes han gozado de oportunidades de opinión y análisis, han presentado resultados de compromiso de los actores y motivación en el logro progresivo de las metas del proceso de transformación, lo ideal es llegar a un estado en el que todos los miembros entiendan lo que tienen que hacer y por que. Este grado de entendimiento puede ayudarnos a prever los resultados.
13. El gerente, los coordinadores y los líderes convertirse en un agente del cambio, pero deberán poseer capacidades, conocimiento y capacitación (o contar con asesores o funcionarios que lo posean).
14. Relacionar el valor terminal mas importante "igualdad de oportunidades para todos" resultado de la encuesta con el primer valor considerado en la planificación estratégica como es la "equidad" con el fin de asociar los valores de los trabajadores con los de la institución.
15. El desarrollo del recurso humano de salud a través de la capacitación, constituye por su potencialidad transformadora de la realidad sanitaria y social, uno de los ejes principales de los modernos programas de salud. En este sentido se pretende que el RRHH en salud adquiera nuevas formas de conocimientos y prácticas que

trasciendan el simple plano de las técnicas, habilidades y destrezas, para insertarse en otro que modifique la visión tecnocrática, biológica y compartamentalizada del quehacer de la salud.

16. Establecer un plan de capacitación de acuerdo a las necesidades y capacidades reales de la institución, que además se constituya en incentivo ligado al desempeño. Dejar de lado las amistades y padrinazgos cuando se otorguen los cupos de capacitación.
17. Llevar adelante un plan estratégico de comunicación, que contemple un fuerte componente de comunicación interna, inductor de cambios de actitud.
18. Comunicación que despierte una conciencia social de la comunidad hospitalaria toda, para que ella presione a los individuos con actitudes disonantes, hacia el cambio positivo que los torne responsables y productivos.
19. Diseñar e implementar otros Indicadores de productividad, especialmente para medir la misma en la hospitalización y la atención de emergencia, medirlos periódicamente y comunicarlos adecuadamente.
20. Evitar la obsesión por el control, que conduce a problemas humanos en el núcleo de operaciones, que conducen a problemas de coordinación en el centro administrativo, que llevan a problemas de adaptación en el ápice estratégico.
21. Evaluar el desempeño y productividad por grupos, estableciendo compromisos y metas grupales. Dejar al grupo la responsabilidad de presionar a los individuos que provoquen los malos resultados del grupo como un todo.
22. Analizar por medio de encuestas, las causas por las que los pacientes prefieren ir a la Emergencia para hacerse atender, a pesar de estar abierta la Consulta Externa.
23. Capacitar y hacer seguimiento al personal de conserjes y guardias, en el mejoramiento del trato al cliente.
24. Preocuparse por el bienestar general de sus subalternos. Apoyar a sus subordinados en la ejecución de tareas, especialmente las nuevas o más difíciles.
25. Hacer sentir que se aprecia un trabajo bien realizado. Resaltarlo ante el grupo, generando reconocimiento social y deseos de emulación del buen desempeño.
26. Ojala que de todas las encuestas, la que más se acerque a la verdad sea la de Metas y Valores. Que sea cierto que a pesar de las grandes dificultades por las que tenemos que atravesar los ecuatorianos, aún exista la capacidad de desprendimiento y generosidad que permite pensar en servir honesta y responsablemente con capacidad y mente abierta, para contribuir con sabiduría y respeto a formar un país que con igualdad de oportunidades asegure el futuro de nuestras familias.
27. Nombrar un Agente de cambio que asuma el liderazgo junto con la línea de mando el desarrollo de la nueva estructura por proceso de tal manera que sirva de enlace entre ellos y el nivel operativo.



BIBLIOTECA
ESPAE-ES-OL

28. Esperar que la implementación de la nueva estructura por proceso acompañada con todas las herramientas necesarias provoque cambios en el conocimiento y las actitudes de todos, así como cambios en el comportamiento individual y organizacional.

29. Lograr un nuevo enfoque de la cultura organizacional hacia la innovación tomando los riesgos que demanda la globalización, con atención al detalle en sus acciones, y orientada a los resultados pero del trabajo en equipo.

Aplicar actividades de tecnología en el trabajo como son procesos de mejoramiento de calidad y de reingeniería de los procesos de trabajo

10. Bibliografía

- 1) Robbins, Stephen. Comportamiento organizacional. Prentice Hall. 9ed.
- 2) Chiavenato, Idalberto. Administración de Recursos Humanos. Mc Graw- Hill Interamericana. Colombia. 2.000.
- 3) Brito P., F. Campos y M. Novick (org). Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud: Cambios y Oportunidades. OPS. Washington DC. 1.996
- 4) Malik, Ana María. Administración de Recursos Humanos en Salud. Serie HSP-UNI/Manuales Operativos Paltex. OPS. Washington DC. 1.996.
- 5) Buscarini, Ricardo. Política de Personal; Administración de Servicios de Salud: pág. 270/308. Fundación Universidad a Distancia Hernandarias y Editorial Docencia. 1.997.
- 6) Braians, P y Cronin, T. P. Teoría de la Organización. Santafé de Bogotá: Ed. Norma S.A., 1985.
- 7) Chalvin, Dominique y Eyssette, François. Cómo Resolver los Pequeños Conflictos en el Trabajo. Barcelona: Ed. Deusto, 1992.
- 8) González Martín. Olivares Socorro. Comportamiento Organizacional. Un enfoque Latinoamericano. Cuarta reimpresión. México, 2004.
- 9) Hersey Paul. H kenneth. Administración del Comportamiento Organizacional. Liderazgo situacional. Prentice Hall. Séptima ed. México 1998.
- 10) Fundación Isalud. Instituto Universitario Isalud. Modulo II Pineda Diplomado Superior en Gerencia de Hospitales. Ecuador Dic 20 –Abril /03.
- 11) Pineda B. Alvarado I. Metodología de la investigación. Serie Paltex. 2da ed. Washington. 1994.
- 12) Méndez Carlos E. Metodología. Diseño y Desarrollo del proceso de Investigación. Edt. Mc Graww Hill. 3era ed. Colombia 2002.

11.ANEXOS

ANEXO 1: SERVICIOS DEL HOSPITAL FRANCISCO DE YCAZA BUSTAMANTE.

ANEXO 2: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS. DIAGRAMACIÓN.

ANEXO 3: SIMBOLOGÍA PARA LA DIAGRAMACIÓN DE PROCESOS DEL MSP – ECUADOR.

ANEXO 4: MATRICES A UTILIZAR PARA LA ELABORACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS.

ANEXO 5: ENCUESTA DE ACTITUDES Y SATISFACCIÓN LABORAL.

ANEXO 6: ENCUESTA DE METAS Y VALORES.

ANEXO 7: ENCUESTA A USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA.

ANEXO 8: ENCUESTA A USUARIOS DE EMERGENCIA.

ANEXO 9: ENCUESTA A USUARIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

ANEXO 10. ENCUESTA A LÍDERES FORMALES E INFORMALES SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA ESTRUCTURA POR PROCESOS

ANEXO 11. LISTA DE COORDINADORES Y LÍDERES ENTREGADA POR LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL FRANCISCO DE YCAZA BUSTAMANTE.

ANEXO 12. ESTRUCTURA POR PROCESOS CON NOMBRES DE COORDINADORES Y LÍDERES SEGÚN NOMBRAMIENTOS.

ANEXO 13. MODELIZACION DEL COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

ANEXO 1: SERVICIOS DEL HOSPITAL FRANCISCO DE YCAZA BUSTAMANTE.

CONSULTA EXTERNA

- Pediatría General.
 - i. Sub Especialidades Clínicas con sala de hospitalización específica.
 - ii. Endocrinología.
 - iii. Genética.
 - iv. Dermatología.
 - v. Neurología
 - vi. Salud Mental.
- Cirugía Pediátrica.
 - i. Sub Especialidades Quirúrgicas.
- Odontología.

EMERGENCIA

- Clínica
- Cirugía

HOSPITALIZACION

Medicina Interna

- Medicina I: Lactantes.
- Medicina II: Pre escolares.
- Medicina III: Escolares (hasta 14 años, 11 meses, 29 días)
- Neonatología
- Infectología
- Cardiología
- Nefrología
- Hemato/oncología
- Gastroenterología
- Neumología
- Nutrición
- UCI

Cirugía

- Cirugía General
- Urología
- Cirugía Plásticas
- Quemados
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Traumatología
- Neurocirugía

SERVICIO AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

- Laboratorio Clínico
- Anatomía Patológica (No funciona desde hace 15 años)
- Rayos X
- Ecografía
- Eco cardiografía.

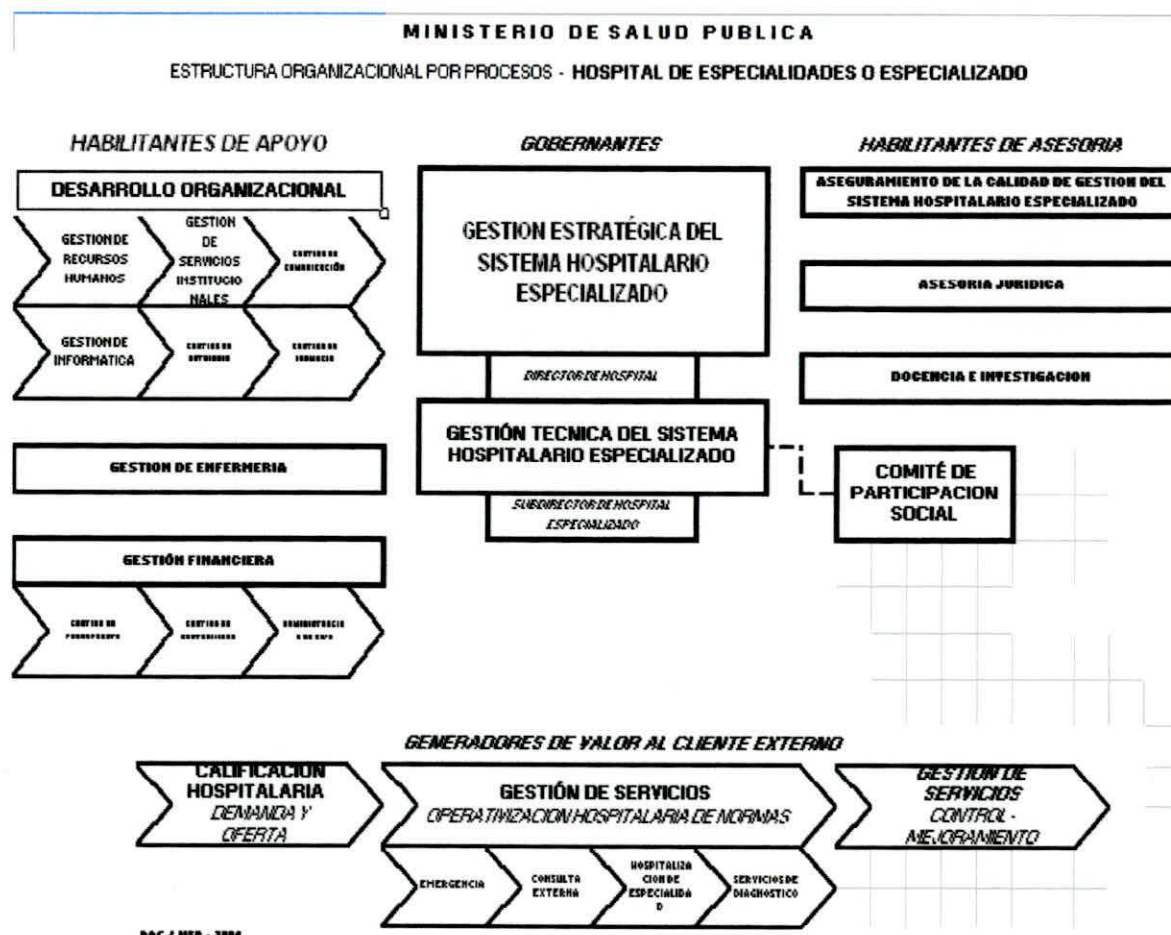
- Ecografía general.
- Fisiatría
- Electrocardiograma
- Electroencefalografía

SERVICIOS TÉCNICOS DE COLABORACIÓN MÉDICA

- Enfermería
- Trabajo Social
- Farmacia
- Estadística y Registros Médicos

ANEXO 2: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS. DIAGRAMACIÓN.

Anexo 2 : Estructura organizacional por procesos. Diagramación.



Anexo 3 4 :

Matrices a utilizar para la elaboración del mapa de procesos.

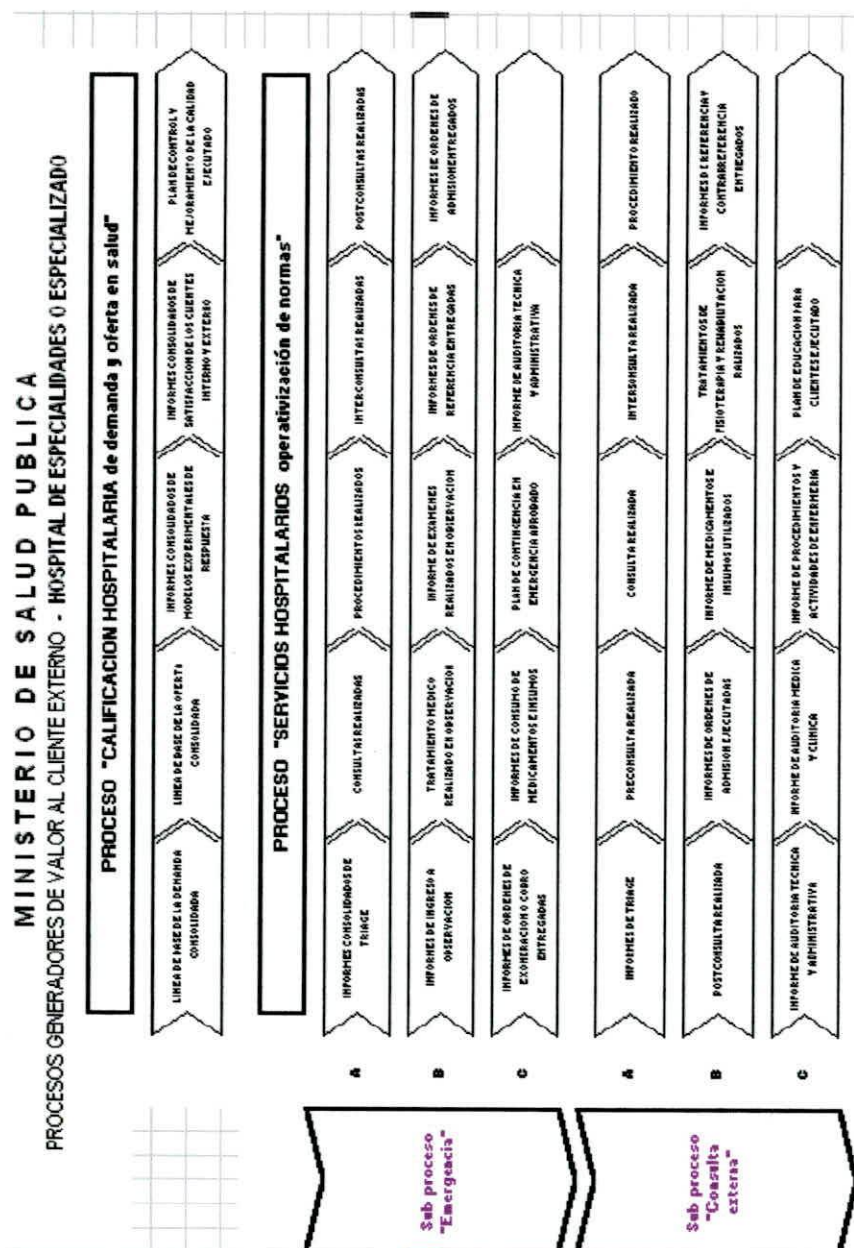
De Actividades.

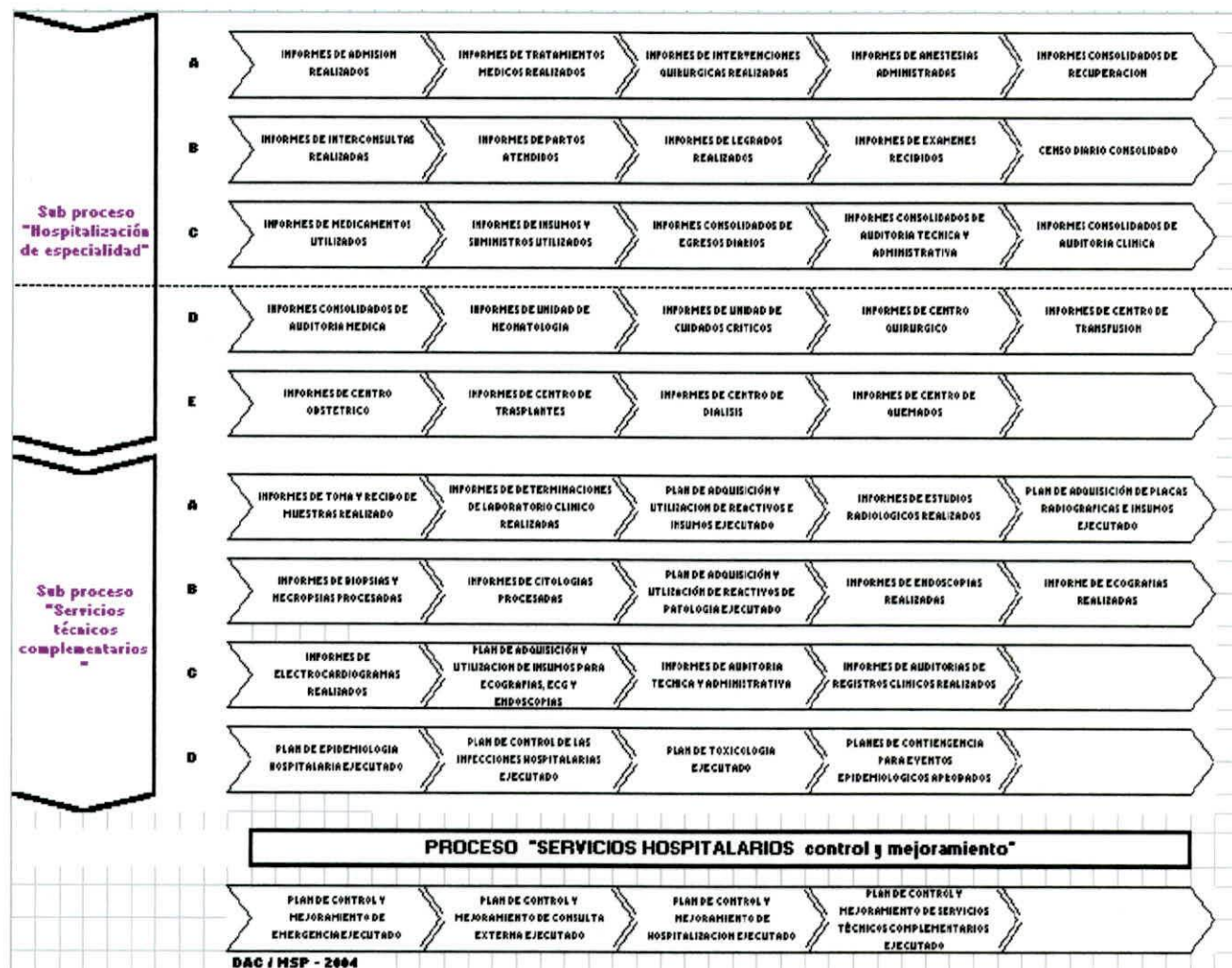
De validación de productos.

Cuadro de descripción del proceso.

Matriz de tareas.

Cuadro de trabajo semanal de los miembros de equipo.





DAC / MSP - 2004

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
PROCESOS DE ASESORIA - HOSPITAL DE ESPECIALIDADES O ESPECIALIZADO

PROCESO "ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE GESTION DEL SISTEMA HOSPITALARIO"

PLAN ESTRATEGICO APROBADO
Y EJECUTADO

PLAN OPERATIVO APROBADO Y
EJECUTADO

INFORMES CONSOLIDADOS DE
GESTION DEL PROCESO
GOBERNANTE

INFORMES CONSOLIDADOS DE
GESTION DE LOS PROCESOS DE
APOYO

INFORMES CONSOLIDADOS DE
GESTION DE LOS PROCESOS DE
ASESORIA

INFORMES CONSOLIDADOS DE
GESTION DE LOS PROCESOS
GENERADORES DE VALOR

INFORMES CONSOLIDADOS DE
LAS SALAS SITUACIONALES

REPORTES DEL SISTEMA
COMUNE DE INFORMACION

INFORMES CONSOLIDADOS DE
CUMPLIMIENTO DE LOS
CONVENIOS Y COMPROMISOS
DE GESTION

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD EJECUTADO

PROCESO "ASESORIA JURIDICA"

INFORMES CONSOLIDADOS DE
DEMANDAS Y JUICIOS

INFORMES CONSOLIDADOS DE
CRITERIOS JURIDICOS

INFORMES CONSOLIDADOS DE
CONTRATOS Y CONVENIOS

INFORMES LEGALES
PERIODICOS CONSOLIDADOS

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD EJECUTADO

PROCESO "DOCENCIA E INVESTIGACION"

PLAN DE COORDINACION DE
DOCENCIA EJECUTADO

PLAN DE INVESTIGACIONES
EJECUTADO

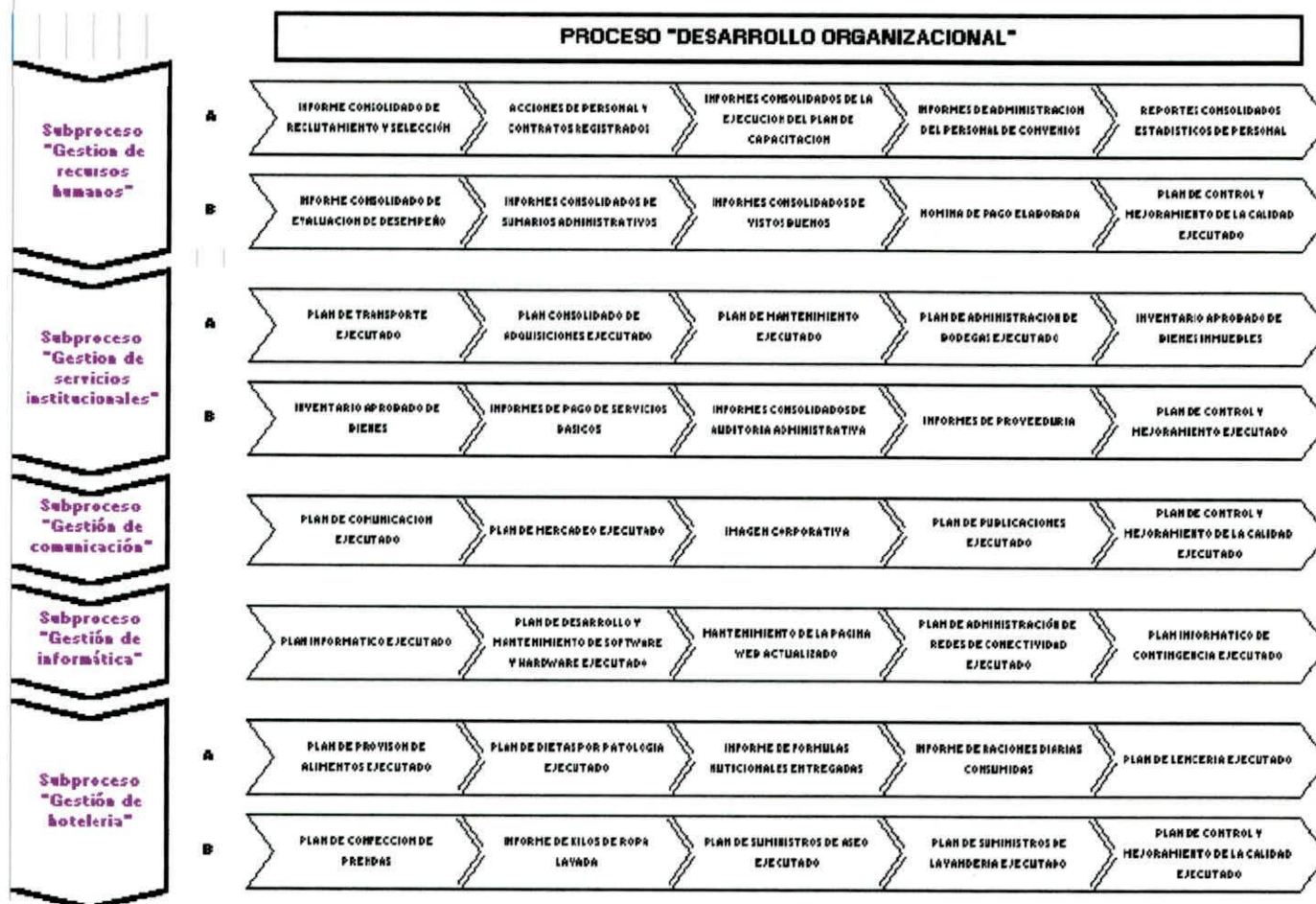
PLAN DE GESTION DE
BIBLIOTECA EJECUTADO

PLAN DE DIFUSION DE LA
INFORMACION CIENTIFICA
EJECUTADO

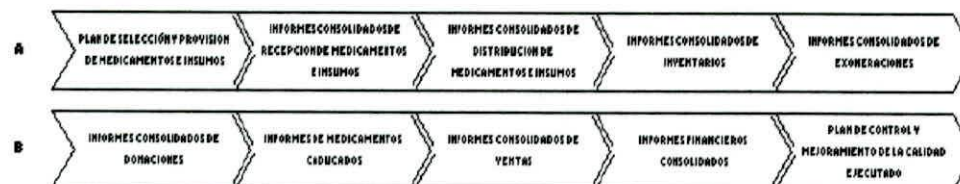
PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD EJECUTADO

DAC / MSP - 2004

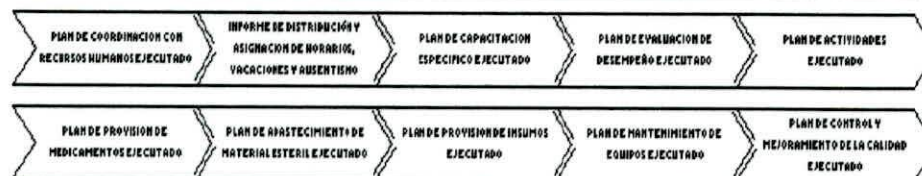
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
PROCESOS DE APOYO - HOSPITAL DE ESPECIALIDADES O ESPECIALIZADO



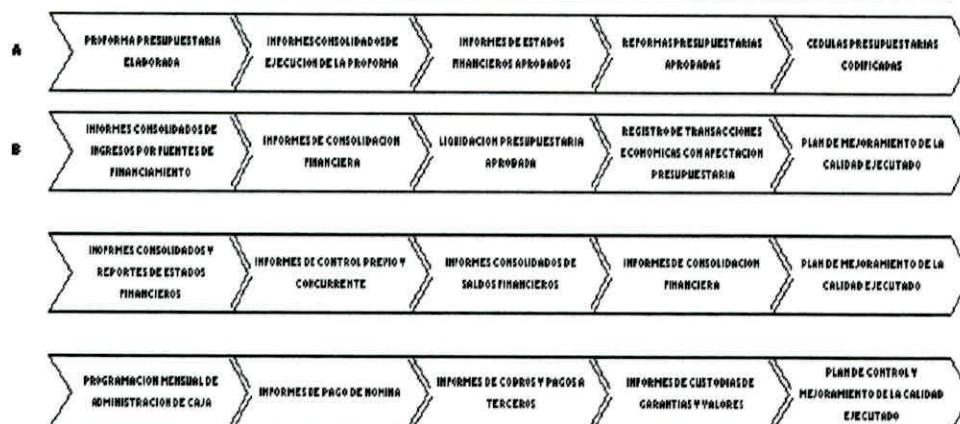
Subproceso
"Gestión de
farmacia"



PROCESO "GESTIÓN DE ENFERMERIA"



PROCESO "GESTIÓN FINANCIERA"



DAE / MSP - 2004

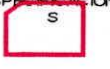
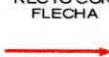
Subproceso
"Gestión
presupuestaria"

Sub proceso
"Gestión de
contabilidad"

Sub proceso
"Administración
de caja"

ANEXO 3: SIMBOLOGÍA PARA LA DIAGRAMACIÓN DE PROCESOS DEL MSP – ECUADOR.

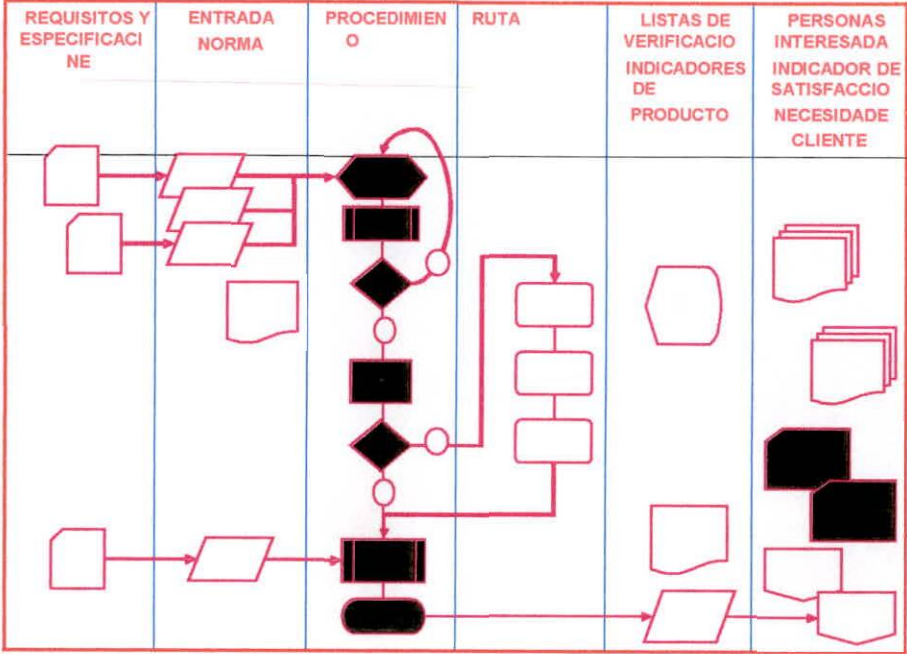
Cuadro de simbología (anexo 5)

ACTIVIDAD O TAREA INICIAL	ACTIVIDAD O TAREA FINAL	ACTIVIDAD O TAREA DE VALOR AGREGADO	ACTIVIDAD O TAREA DE PASO	ACTIVIDAD O TAREA ALTERNA
				
PUNTO DE DECISION	ENTRADAS Y SALIDAS	REQUERIMIENTOS Y ESPECIFICACIONES	NORMAS E INDICADORES	LISTA DE VERIFICACION
				
CONECTOR RECTO	CONECTOR ANGULAR CON FLECHA	CONECTOR CURVADO CON FLECHA	CONECTOR RECTO CON FLECHA	CONECTOR CIRCULAR
				



ANEXO 4: MATRICES A UTILIZAR PARA LA ELABORACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS.

Matriz de actividades



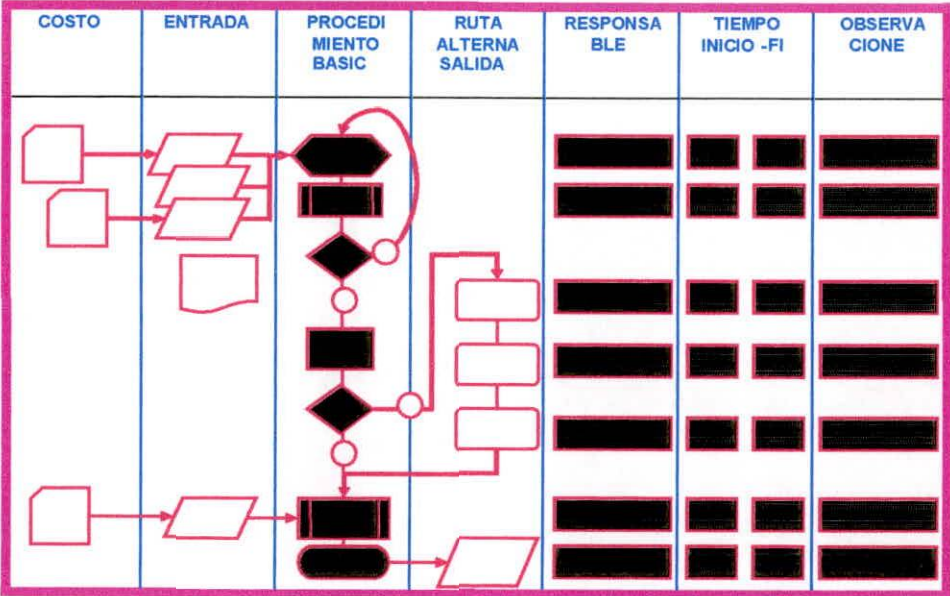
Matriz de validación de productos

	PRODUCTOS NECESARIOS Y POTENCIALES				
	A	B	D	E	F
OBJETIVOS					
TOTA					

Cuadro de descripción del proceso

CLIENTE		NECESIDADES DEL CLIENTE
CLIENTE INTERNO		NECESIDADES DEL CLIENTE
INSUMO	PROVEEDO	REQUERIMIENTOS Y
PRODUCTO		INDICADORES DE
PRIMERA		ULTIMA
MIEMBROS DEL EQUIPO		PERSONAS

Matriz de tareas



Matriz actividad - tarea

[illegible]

Matriz costeo y ruta ciclo

E J E M P L O	C O S T O S				R E S P O N S E	T A R E F	S I M B O L O
	M A T E R I A	S U M I N I S T R O	S E R V I C I O	E Q U I P A M I E N T O			
							INICIO
							VALOR AGREGADO
							DECISION
							PASO
							FI

Matriz de análisis costo y ciclo

TAREAS	ANALISIS DE COSTOS							ANALISIS DE CICLO			
	R R H	P O R C E N	S U M I N I S T R O	M A T E R I A	S E R V I C I O	E Q U I P A M I E N T O	M U E B L E	N U M E	P O R C E N	T I E M P O	P O R C E N
VALOR AGREGADO AL CLIENTE											
VALOR AGREGADO AL CLIENTE											
PASO DE PREPARACION											
PASO DE											
PASO DE ESPERA											
VERIFICACION											
REPETICION											
TOTA											

ANEXO 5: ENCUESTA DE ACTITUDES Y SATISFACCIÓN LABORAL.

		ENCUESTA DE ACTITUDES Y SATISFACCIÓN LABORAL REALIZADA A LOS USUARIOS INTERNOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO "Dr. Francisco De Ycaza Bustamante"				
POR FAVOR MARQUE CON UNA X EN EL CASILLERO QUE CORRESPONDA SU RESPUESTA						
I. SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO						
1	a. ¿Esta usted satisfecho con su puesto de trabajo?	muy satisfecho	satisfecho	mas o menos	poco satisfecho	no satisfecho
		14	18	4	0	0
	b. Está contento y se siente orgulloso de ser miembro de esta institución?	Si	mas o menos	No		
		33	3	0		
	c. ¿Le alcanza el tiempo para cumplir con las tareas asignadas?		26	6	4	
II. POSIBILIDADES DE FUTURO						
2	a. ¿El trabajo que usted tiene le permite progresar?	Si	mas o menos	No		
		16	8	12		
	b. ¿Cree usted que si trabaja bien, podría ser ascendido a un mejor puesto?		17	5	14	
	c. ¿Si hubiera la oportunidad, cambiaría de trabajo a otra institución?		19	1	16	
III. RECONOCIMIENTOS POR LOS RESULTADOS OBTENIDOS						
3	a. ¿Se le asignan metas y objetivos a cumplir en su trabajo?	Si	mas o menos	No		
		23	9	4		
	b. ¿Cree usted que su esfuerzo laboral ha sido reconocido por su jefe o institución?		15	8	13	
	c. ¿Cree usted que sus compañeros aprecian su esfuerzo en el trabajo?		14	16	6	
IV. SALARIO RECIBIDO						
4	a. ¿Recibe puntualmente sus haberes?	Si	mas o menos	No		
		3	10	23		
	b. ¿Cree usted que el sueldo que recibe es justo para el trabajo que realiza?		2	6	28	
V. BENEFICIOS OFRECIDOS						
5	a. ¿Ha recibido alguna capacitación por el Hospital?	Si	No			
			18	18		
	b. ¿Cree usted que necesita capacitación para mejorar su desempeño?		33	3		
	c. ¿Además de su sueldo, ha recibido alguna otra recompensa por su trabajo?		3	33		
VI. AMBIENTE PSICOLÓGICO Y FÍSICO DEL TRABAJO						
6	a. ¿Se siente apoyado por su jefe para la ejecución de su trabajo?	Si	mas o menos	No		
		24	8	4		
	b. ¿Se interesa su jefe por su bienestar personal?		22	6	8	
	c. ¿Cree usted que el trabajo que desempeña le representa algún peligro?		11	3	22	
d. ¿Considera que la institución le proporciona todo lo necesario para hacer su trabajo?		9	10	17		
	e. ¿Cree usted que el área donde trabaja es adecuada?		17	12	7	
	f. ¿Ha observado usted la presencia de conflictos entre compañeros en su área de trabajo?		21	2	13	
	g. ¿Cree usted que los paros y huelgas resuelven los problemas del hospital?		4	8	24	

ANEXO 6: ENCUESTA DE METAS Y VALORES



ENCUESTA DE VALORES - USUARIOS INTERNOS HOSPITAL DEL NIÑO "FRANCISCO DE YCAZA BUSTAMANTE"

1.- CUALES DE ESTAS METAS LE GUSTARIA CONSEGUIR

Instrucciones: Escoja 5 alternativas, califandolas en orden de importancia del 5 al 1. El 5 es mayor importancia, el 1 la menor.

Una vida prospera y comoda	
Una vida emocionante	
Haber dejado una contribución a la humanidad.	
Un mundo en paz	
Un mundo de belleza (naturaleza y artes)	
Igualdad de oportunidades para todos	
Seguridad para su familia (económica)	
Libertad	
Felicidad	
Armonia interior	
Amor maduro	
Seguridad nacional (guerras y delincuencia)	
Placeres	
Salvación eterna	
Respeto por uno mismo	
Reconocimiento social	
Amistad verdadera	
Sabiduría	

2.- Cuales de estos valores son importantes en su forma de ser

Instrucciones: Escoja 5 alternativas, califandolas en orden de importancia del 5 al 1. El 5 es mayor importancia, el 1 la menor.

Ambición (aspiraciones)		Independiente	
Mente abierta		Intelectual	
Capaz		Lógico	
Animado (alegre, gozoso)		Cariñoso	
Limpio		Obediente	
Valiente		Cortés	
Perdón		Responsable	
Servicial		Controlado	
Honesto			
Imaginativo			

ANEXO 7: ENCUESTA A USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA.

 HOSPITAL DEL NIÑO " DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE "	
ENCUESTA DE SATISFACCION - PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA	
Objetivo: Conocer el C. O. Durante el proceso de atención al Usuario en el Servicio de la Consulta Externa	
MARQUE EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE	
	bueno regular malo
1.El trato que recibio al ser atendido en el Servicio de la Consulta Externa fue:	
2. La atención profesional recibida en la Consulta Externa fue:	
3. Cree Ud. que las instalaciones del Hospital donde fue atendida eran de su agrado:	
PARA SER ATENDIDO	
APROXIMADAMENTE: A qué hora llegó al Servicio de Consulta Externa:	Horas Minutos
¿ A qué hora fue atendio?	
¿ A qué hora salió del Servicio de la CE.	
En total el tiempo que esperó para que su niño sea atendido fue:	
Todo el trámite que hizo para ser atendido fue:	sencillo aceptable complicado
¿QUÉ FUE LO QUE MAS LE AGRADO DE LA CONSULTA EXTERNA	
1. La atención	
1. El trato	
3. La comunicacioón a los familiares	
4. La rapidez de la atención	
¿ EN QUE LUGAR DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA FUE MAS DEMORADA LA ATENCION	

ANEXO 8: ENCUESTA A USUARIOS DE EMERGENCIA.

 ENCUESTA DE SATISFACCION - PACIENTES DE EMERGENCIA			
Objetivo: Conocer el CO durante el proceso de Atención al Usuario en el Servicio de Emergencia.			
MARQUE EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE			
1. El trato que recibió al ser atendido en el servicio de emergencia fue:	Bueno	Regular	Malo
2. La atención profesional recibida en emergencia fue:			
3.- Las instalaciones del hospital le parecen:			
Tiempo de espera		¿Qué fue lo que más le agradó de la Consulta de Emergencia?	
¿Aproximadamente cuanto tiempo esperó para ser atendido?		1. La Atención ☐	
Menos de 10 minutos ☐		2. El trato ☐	
De 11 a 30 minutos ☐		3. La comunicación a los familiares ☐	
De 31 a 60 minutos ☐		4. La rapidez de la atención ☐	
Más de 61 minutos ☐		5. Otro _____	
¿En qué lugar del servicio de emergencia fue más demorada la atención?			
Fecha _____			
Encuestador _____			



BIBLIOTECA
ESPAL-ESPOL

ANEXO 9: ENCUESTA A USUARIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

 ENCUESTA DE SATISFACCION - PACIENTES DE HOPITALIZACIÓN																																	
Fecha: _____ Servicio: _____																																	
Por favor marque el casillero que corresponda su respuesta. Si no es aplicable al Servicio recibido, deje en blanco el espacio.																																	
1	A. Ingresó Usted al Hospital por: Consulta Externa ☐ Emergencia ☐																																
	B. ¿Cuántos días tiene Hospitalizado?																																
	C. ¿Cuánto dinero ha gastado hasta ahora?																																
Procedimiento de Admisión / Información																																	
En el momento de ingresar al Hospital, en la ventanilla de Estadística, Usted encontró:																																	
2	<table border="0"> <tr> <th></th> <th>BUENO</th> <th>REGULAR</th> <th>MALO</th> </tr> <tr> <td>A. Cortesía</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>B. Rapidez</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>C. Orientación sobre los servicios que brinda el Hospital</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		BUENO	REGULAR	MALO	A. Cortesía	☐	☐	☐	B. Rapidez	☐	☐	☐	C. Orientación sobre los servicios que brinda el Hospital	☐	☐	☐																
		BUENO	REGULAR	MALO																													
	A. Cortesía	☐	☐	☐																													
B. Rapidez	☐	☐	☐																														
C. Orientación sobre los servicios que brinda el Hospital	☐	☐	☐																														
¿Cómo ha sido el trato que Usted recibió de																																	
3	<table border="0"> <tr> <th></th> <th>BUENO</th> <th>REGULAR</th> <th>MALO</th> </tr> <tr> <td>A. Médicos Tratantes</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>B. Médicos de guardia</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>C. Enfermeras.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>D. Aux de Enfermería</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>E. Conserjes</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>F. Personal de alimentación.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>G. Guardias.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		BUENO	REGULAR	MALO	A. Médicos Tratantes	☐	☐	☐	B. Médicos de guardia	☐	☐	☐	C. Enfermeras.	☐	☐	☐	D. Aux de Enfermería	☐	☐	☐	E. Conserjes	☐	☐	☐	F. Personal de alimentación.	☐	☐	☐	G. Guardias.	☐	☐	☐
		BUENO	REGULAR	MALO																													
	A. Médicos Tratantes	☐	☐	☐																													
	B. Médicos de guardia	☐	☐	☐																													
	C. Enfermeras.	☐	☐	☐																													
	D. Aux de Enfermería	☐	☐	☐																													
	E. Conserjes	☐	☐	☐																													
F. Personal de alimentación.	☐	☐	☐																														
G. Guardias.	☐	☐	☐																														
Ambiente (Habitación y Pasillos)																																	
4	<table border="0"> <tr> <th></th> <th>BUENO</th> <th>REGULAR</th> <th>MALO</th> </tr> <tr> <td>A. Las instalaciones del hospital le parecen:</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>B. En limpieza en general le parece</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		BUENO	REGULAR	MALO	A. Las instalaciones del hospital le parecen:	☐	☐	☐	B. En limpieza en general le parece	☐	☐	☐																				
		BUENO	REGULAR	MALO																													
A. Las instalaciones del hospital le parecen:	☐	☐	☐																														
B. En limpieza en general le parece	☐	☐	☐																														
Alimentación																																	
5	<table border="0"> <tr> <th></th> <th>BUENO</th> <th>REGULAR</th> <th>MALO</th> </tr> <tr> <td>A. La alimentación ha sido:</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>B. El horario de la alimentación ha sido:</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		BUENO	REGULAR	MALO	A. La alimentación ha sido:	☐	☐	☐	B. El horario de la alimentación ha sido:	☐	☐	☐																				
		BUENO	REGULAR	MALO																													
A. La alimentación ha sido:	☐	☐	☐																														
B. El horario de la alimentación ha sido:	☐	☐	☐																														
Otros																																	
6	<table border="0"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>A. ¿La atención brindada en este Hospital le ha permitido mejorar la salud de su niño?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>B. ¿Conoce usted al médico que está tratando a su hijo?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>C. ¿Conoce usted cual es la enfermedad que tiene su niño?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>D. ¿Es grave lo que tiene su niño?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>E. ¿Le informan cada día como va evolucionando?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>F. ¿Le han dado una fecha probable de alta?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>G. ¿Quien le informó?</td> <td> Medico ☐ </td> <td> Enfermera ☐ Otro ☐ </td> </tr> </table>		Si	No	A. ¿La atención brindada en este Hospital le ha permitido mejorar la salud de su niño?	☐	☐	B. ¿Conoce usted al médico que está tratando a su hijo?	☐	☐	C. ¿Conoce usted cual es la enfermedad que tiene su niño?	☐	☐	D. ¿Es grave lo que tiene su niño?	☐	☐	E. ¿Le informan cada día como va evolucionando?	☐	☐	F. ¿Le han dado una fecha probable de alta?	☐	☐	G. ¿Quien le informó?	Medico ☐	Enfermera ☐ Otro ☐								
		Si	No																														
	A. ¿La atención brindada en este Hospital le ha permitido mejorar la salud de su niño?	☐	☐																														
	B. ¿Conoce usted al médico que está tratando a su hijo?	☐	☐																														
	C. ¿Conoce usted cual es la enfermedad que tiene su niño?	☐	☐																														
	D. ¿Es grave lo que tiene su niño?	☐	☐																														
	E. ¿Le informan cada día como va evolucionando?	☐	☐																														
F. ¿Le han dado una fecha probable de alta?	☐	☐																															
G. ¿Quien le informó?	Medico ☐	Enfermera ☐ Otro ☐																															

ANEXO 10. ENCUESTA A LIDERES FORMALES E INFORMALES SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA ESTRUCTURA POR PROCESOS

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL.
ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION EMPRESARIAL
MAESTRIA DE GERENCIA HOSPITALARIA
DEL HOSPITAL DEL NIÑO GUAYAQUIL.

TESIS: LA CULTURA ORGANIZACIONAL EN EL HOSPITAL DEL NIÑO FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE FRENTE A LAS NUEVAS ESTRUCTURAS POR PROCESO.

ENCUESTA A USUARIOS INTERNOS DEL HOSPITAL.

1. ESTA USTED ENTERADO DEL CAMBIO DE LA NUEVA ESTRUCTURA POR PROCESOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO?
SI.....NO.....
COMO: INFORMADO.....CAPACITACION.....RUMORES.....
2. COMO DEFINE USTED LO QUE SIGNIFICA EL CAMBIO AL NUEVO DE MODELO DE GESTION POR PROCESOS?
.....
.....
3. EN QUE PROCESO ESTA USTED INVOLUCRADO?
.....
4. CUAL ES SU UBICACIÓN EN EL NUEVO PROCESO?
.....
5. CONOCE SUS NUEVAS FUNCIONES DE ACUERDO A SU UBICACIÓN?
SI.....NO.....
POR QUE MEDIO LE ENTREGARON: VERBAL.....ESCRITA.....
6. A QUE FACTORES ATRIBUYE EL HECHO DE QUE NO SE HAYA LOGRADO EL DESARROLLO DE LA ESTRUCTURA POR PROCESO?
.....
.....
7. A SU CRITERIO QUE LE FALTA O TIENE DEMAS LA PROPUESTA DE LA NUEVA ESTRUCTURA POR PROCESO?
.....
.....
8. CON QUE TIPO DE ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL LE GUSTARIA TRABAJAR Y PORQUE? LA ACTUAL.....LA NUEVA POR PROCESO.....
POR QUE?
.....
9. LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRUCTURA POR PROCESOS HA PROVOCADO CAMBIOS EN:
EL CONOCIMIENTO.....
LAS ACTITUDES.....
EL COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL.....
EL COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL.....
10. EL NUEVO MODELO DE GESTION TOMA EN CUENTA LAS NECESIDADES, DESEOS Y CAPACIDADES DE LOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES?
SI.....NO.....PARCIALMENTE.....
11. CREE USTED QUE EL CAMBIO HACIA EL NUEVO MODELO DE GESTION POR PROCESO ES NECESARIA Y BENEFICIOSA PARA LA INSTITUCIÓN Y SUS TRABAJADORES.
SI.....NO.....PARCIALMENTE.....

ANEXO 11. LISTA DE COORDINADORES Y LÍDERES ENTREGADA POR LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL FRANCISCO DE YCAZA BUSTAMANTE.

**CIRCULAR NO.18-GRRHH-
HN-2005**

COORDINADORES Y LIDERES HOSPITAL DEL NIÑO "DR. FRANCISCO DE YCAZA BUSTAMANTE"

1	AGUILAR GUZMAN ANTONIO MARIA	COORDINADOR DOCENCIA E INVESTIGACION	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
2	ALAVA NOBOA ELVIRA CLAUDINA	LIDER	PROFESIONAL 5
3	ALCIVAR ZAMBRANO RICARDO ALBERTO	LIDER NEONATOLOGIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 14-8 HD
4	ANCHUNDIA SUAREZ PEDRO ANTONIO	LIDER HOTELERIA	PROFESIONAL 4
5	ARAGONES COELLO SARA MANUELA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
6	ASCENCIO ARANA GLORIA MARGARITA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
7	ORELLANA ANDRADE JUAN	LIDER CONSULTA EXTERNA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
8	ORTEGA MALDONADO ENRIQUE	LIDER OFTALMOLOGIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
9	BARREIRO ELIZALDE SILVANA DE LAS MERCEDES	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
10	BASANTES ARIZA ELENA AURORA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
11	BONILLA ANDRADE ROSA MARLENE	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
12	BRIZ LOPEZ WALTER ARMANDO	LIDER MEJORAMIENTO-CONTROL DE MEJORAMIENTO	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-8 HD
13	CALDERON VALLEJO CECILIA EUSEBIA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 6
14	CALIMORANTE ELENA MARIA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
15	CARRERA CEDEÑO FELIX EDUARDO	COORDINADOR CONTROL DE MEJORAMIENTO OPERATIVIZACION DE NORMAS EN LA GESTION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-8 HD
16	CASTILLO MANRIQUE SOLON GUILLERMO	LIDER UROLOGIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
17	CASTELLO MERCHAN LUPE ANDREA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
18	CERCADO MANCERO ALICIA GABRIELA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 6
19	CORRALES SALINAS TERESITA DE FATIMA	LIDER FARMACIA	PROFESIONAL 5
20	DE MORI RODAS JENNY ELIZABETH	COORDINADOR PROCESO DE HABILITANTES DE ASESORIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
21	DIAZ CUADROS ALEJANDRO HUMBERTO	COORDINADOR OPERATIVIZACION DE NORMAS EN LA GESTION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 12-4 HD
22	DONOSO FLORES OLGA SUSANA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 4
23	DUTAZACA GARZON CLARA MARGOTH	LIDER SALUD MENTAL	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 13-4 HD

24	ELIZALDE ELIZABETH	AGUILERA SONIA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 3
25	ERAS GALLEGOS TERESA ISABEL		COORDINADOR ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
26	FARIAS MANTONG NELLY DALINDA		LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
27	FEIJOO ROSA EMILIA *		COORDINADOR LEGAL	PROFESIONAL 5
28	FERNANDEZ PEDRO	ALVARADO ANTONIO	LIDER CARDIOLOGIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 14-4 HD
29	FLORES ROMAN GERARDO NICOLAS		LIDER NUTRICION	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
30	FRANCO CHILUIZA ALBA CELESTE		LIDER EMERGENCIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
31	FREIRE VALENCIA OSWALDO FELIX		LIDER OFERTA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
32	GANDO COELLO ANTONIO JERONIMO		LIDER NEUROLOGIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
33	GARAY LINO COSME		COORDINADOR RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL 5
34	GAVILANEZ CRISTINA	BALON CLEMENCIA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
35	GAVILANEZ JEANNETTE	PARRA MIRIAM	LIDER ENFERMERIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 11-4 HD
36	GUAICHA PRESILLA ROSA ISABEL		LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
37	GUILLEN ENRIQUETA	MENENDEZ CELINDA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
38	IBARRA MIÑAN EMMA DEL ROSARIO		LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
39	IDROVO VERA MARITZA LEONOR		LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 4
40	LEON LEON BETSY MARIA		LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 4
41	LUÑA MATAMOROS EMMA DE LOURDES		LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 4
42	ARANA CADENA NORMA		COORDINADOR PROCESO DE VALOR AGREGADO-PROCESO DE OFERTA Y DEMANDA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
43	MALDONADO DOLORES	MARTINEZ MERCY	LIDER HEMATOLOGIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-8 HD
44	MARCOS MITE XAVIER ENRIQUE		LIDER RADIOLOGIA E IMAGEN	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 3-8 HD
45	MENDOZA ALARCON MARIANA DE JESUS		LIDER MEDICINA I	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 11-8 HD
46	MENDOZA DELGADO BETTY TEODORA		LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
47	MENENDEZ REYES LAURA ISABEL		LIDER NEFROLOGIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-8 HD
48	PARRALES CEDEÑO SUSANA		LIDER EPIDEMIOLOGIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
49	MITE VELIZ MARIANA CONSUELO		LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
50	MOGROVEJO VERA LEONOR MERCEDES		LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
51	MOLINA HERRERA MAGDALENA OLGA		COORDINADOR GESTION FINANCIERA	PROFESIONAL 5

52	MONAR VILLACIS BEATRIZ ANTONIETA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
53	MORALES MARATIA MARIA ELENA	LIDER FISIATRIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-8 HD
54	MORAN CENTENO CARLOTA ROSALIA	LIDER ESTOMATOLOGIA	PROFESIONAL 2-4 HD (ODONTOLOGO)
55	MUÑOZ AVILES EDITH ISABEL	LIDER MEDICINA II	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 12-4 HD
56	MURGUEITIO EGUEZ MARIO ERNESTO	LIDER TRAUMATOLOGIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
57	OCAÑA TAPIA ANA BELDAD	LIDER PRESUSUPESTOC	PROFESIONAL 3
58	OLIVARES GARCIA MERCEDES ISABEL	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
59	ORTEGA JAIME ESTHELA MARLENE	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
60	PEÑA MONCAYO MERCEDES ALICIA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
61	PEÑAFIEL MARTINEZ NORMA JACINTA	COORDINADOR SERVICIOS INSTITUCIONALES	TECNICO B
62	PORTILLA LOOR AMPARO XIMENA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
63	REINOSO SALAZAR MARIA DE LOURDES	LIDER DE CONTROL-CONTROL MEJORAMIENTO	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-8 HD
64	RODRIGUEZ OLIVO MAGDA ELIZABETH	LIDER CONTABILIDAD	TECNICO B
65	RODRIGUEZ RODRIGUEZ HAYDEE MARILIN	LIDER CAJA	PROFESIONAL 3
66	ROMERO TAYSING JAIME JAVIER	LIDER QUEMADOS	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
67	SAONA GOMEZ MONICA ESMERALDA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
68	SILVA CHACON FERNANDO AUGUSTO	LIDER OTORRINOLARINGOLOGIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
69	TAPIA CEREZO LUIS MANUEL	LIDER NEUMOLOGIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
70	TENORIO CARRASCO MIGUEL FRANCISCO	LIDER CIRUGIA PLASTICA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
71	URRUTIA BORJA LEONOR FATIMA	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
72	VARGAS DIAZ RICARDO ENRIQUE	LIDER CIRUGIA PLASTICA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
73	MACIAS ALVARADO IRISARRY	LIDER CIRUGIA GENERAL	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
74	VITERI LARRETA ANTONIO LIDERSON	LIDER MEDICINA III	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
75	VITORES GUERRA ARMANDO FELIPE	LIDER DEMANDA-PROCESO VALOR AGREGADO	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-8 HD
76	VIVERO LAVAYEN JANE TH GUADALUPE	LIDER ENFERMERIA	PROFESIONAL 5
77	WILLIAMS GUILLEN IVAN AURELIO	LIDER GASTROENTEROLOGIA	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 15-4 HD
78	ZAMBRANO MEDRANDA LUIS AMABLE	LIDER ESTADISTICA	PROFESIONAL 6
79	ZUÑIGA FERAUD RUTH SUSANA	LIDER LABORATORIO	MEDICO TRAT. Y EN FUNCION ADMINISTRAT. 6-8 HD

ANEXO 12. ESTRUCTURA POR PROCESOS CON NOMBRES DE COORDINADORES Y LÍDERES SEGÚN NOMBRAMIENTOS.³⁵

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS - HOSPITAL PEDIATRICO "DR. FRANCISCO DE YCAZA BUSTAMANTE"

HABILITANTES DE APOYO			GOBERNANTES		HABILITANTES DE ASESORIA	
DESARROLLO ORGANIZACIONAL			GESTION ESTRATEGICA DEL SISTEMA HOSPITALARIO ESPECIALIZADO		ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DEL SISTEMA HOSPITALARIO ESPECIALIZADO	
GESTION DE RR.HH Ab. Jesús García C.	GESTION SERV. INSTIT CPA. Norma Peñafiel	GESTION COMUNICACION Loda. Zoila Caranqui	DIRECTOR DEL HOSPITAL Dr. Antonio Gando		ESTADISTICA Ec. Luis Zambrano M	
	SERVICIOS GENERALES Ing. Victor Garcés				ASESORIA JURIDICA Ab. Rosa Emilia Feijoo	
	MANTENIMIENTO Ing. Leuterio Narea				DOCENCIA E INVESTIGACION Dr. Antonio Aguilar Guzmán	
GESTION INFORMATICA	GESTION DE HOTELERIA	GESTION DE FARMACIA	GESTION TECNICA DEL SISTEMA HOSPITALARIO ESPECIALIZADO			

³⁵ El cuadro fue elaborado por el Coordinador de Desarrollo Organizacional como parte del trabajo del Comité de Gestión del Hospital (Comité formado por todos los Coordinadores de procesos), a finales del año 2004. Los casilleros sombreados y sin nombre corresponden a puestos vacantes por renunciias o que no han sido llenados desde el inicio de la aplicación de las disposiciones de SENRES-OSCIDI. Hemos hecho los cambios correspondientes para que aparezcan los nombres de los funcionarios que se encuentran en funciones a Septiembre del 2005.

Miguel Solano	Ing. Pedro Anchundia	Dra. Teresa Corrales
GESTION DE ENFERMERIA		
Lic. Teresa Eras Gallegos		
GESTION FINANCIERA		
Ec. Magdalena Molina Herrera		
GESTION PRESUPUESTO	GESTION CONTABILIDAD	ADMINISTRACION CAJA
Ec. Ana Ocaña	Magda Rodríguez O	Lcda. Haydee Rodríguez

HOSPITALARIO ESPECIALIZADO

SUBDIRECTOR HOSPITAL
Dra. Dalton Solis

COMITE DE PARTICIPACION SOCIAL

GENERADORES DE VALOR AGREGADO AL CLIENTE EXTERNO

CALIFICACION HOSPITALARIA: DEMANDA - OFERTA		
Dra. Norma Arana Cadena		
DEMANDA	OFERTA	T. SOCIAL
Dr. Armando Vitores		Lcda. Ruth Granja

GESTION DE SERVICIOS - OPERATIVIZACION HOSPITALARIA DE NORMAS EN LA GESTION DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

Dr. Alejandro Díaz Cuadros			
EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACION	SERVICIOS TECNICOS COMPLEMENTARIOS
Dra. Alba Franco CH.	Dr. Francisco Averos		Dra. Mercy Maldonado
	ESTOMATOLOGIA	INFECTOLOGIA	LABORATORIO CLINICO
	Dra. Carlota Morán	Dra. Greta Miño	Dra. Zuñiga
	NEUROLOGIA	UCI	FISIATRIA
	Dra. Gladys Chávez	Dra. Miryam Gaviláñez	Dra. Ma. Elena Morales

CONTROL DE MEJORAMIE DE LA OPERATIVIZACION NORMAS EN LA GESTION SERVICIOS

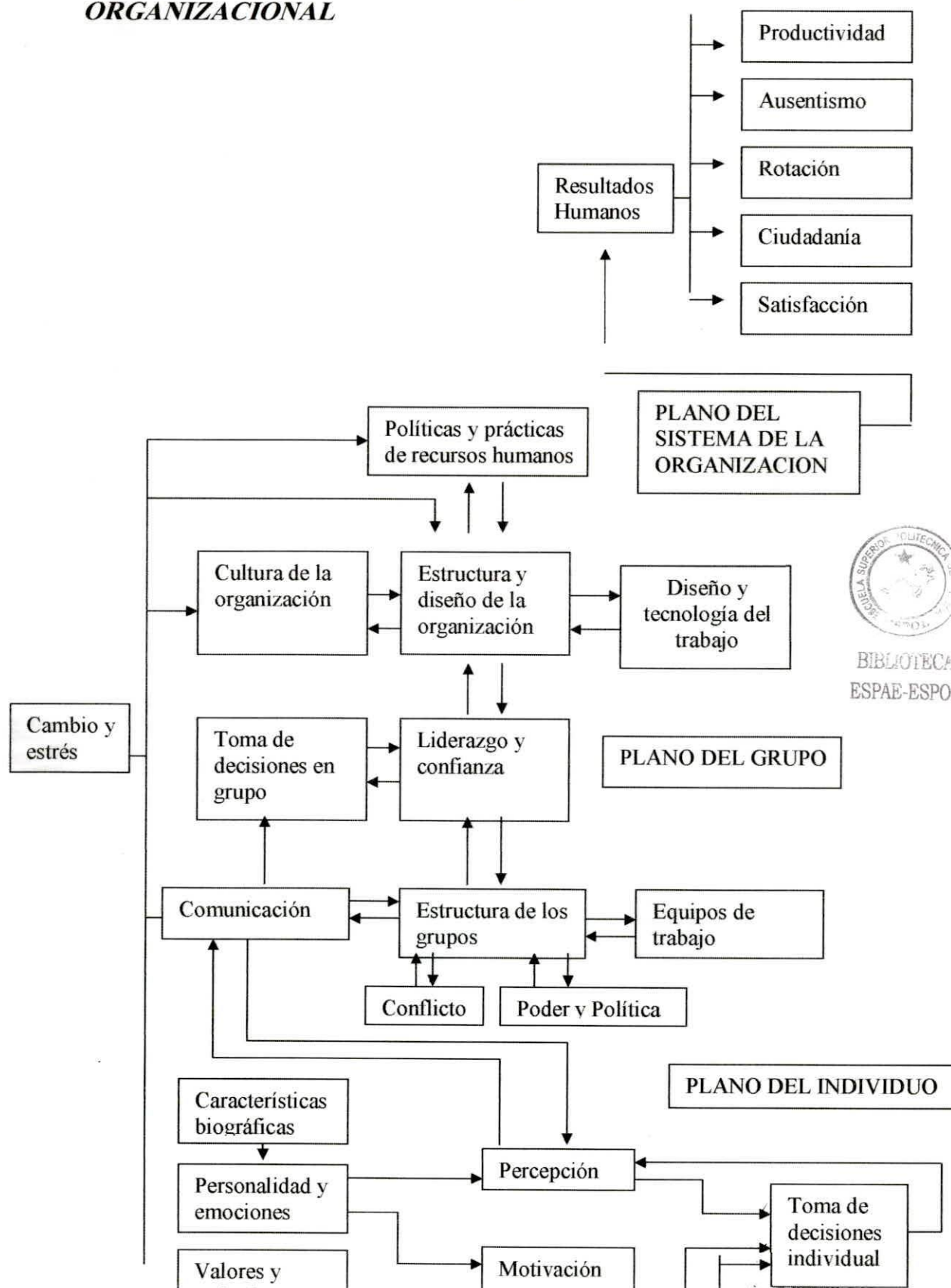
Dr. Felix Carrera	
CONTROL	MEJORAMIE
Dra. Ma. Lourdes Reinoso	Dr. Armando López

DERMATOLOGIA	HEMATO-ONCOLOGIA	RADIOLOGIA E IMAGEN
Dr. Franklin Madero		Dr. Xavier Marcos
CITOGENETICA	NEFROLOGIA	PATOLOGIA
Dra. Carmen Segarra	Dra. Laura Menéndez	
SALUD MENTAL	NEONATOLOGIA	
Dra. Clara Dutazaca	Dra. Ricardo Alcivar	
EPIDEMIOLOGIA	NEUMOLOGIA	
	Dr. Luis Tapia	
EDUCACION P SALUD	UROLOGIA	
	Dr. Solón Castillo	
	TRAUMATOLOGIA	
	Dr. Mario Murgueitio	
	ENDOCRINOLOGIA	
	Dra. Dayse Chusan	
	OTORRINO	
	Dr. Fernando Silva	
	CARDIOLOGIA	
	Dr. Antonio Fernandez	
	GASTROENTEROLOGIA	
	Dr. Felix Carrera	
	MEDICINA INTERNA	
	MEDICINA I	
	Dra. Mariana Mendoza	
	MEDICINA II	
	Dra. Edith Muñoz	

MEDICINA III	
Dr. Antonio Viteri	
NUTRICION	
Dr. Gerardo Flores	
CENTRO QUIRURGICO	
Dr. Ricardo Vargas	
ANESTESIOLOGIA	
Dra. Alarcón	
CIRUGIA GENERAL	
Dr. Carlos Vásquez	
CIRUGIA PLASTICA	
Dr. Miguel Tenorio	
QUEMADOS	
Dr. Jaime Romero T.	
NEUROCIRUGIA	
Dr. Antonio Gando	
OFTALMOLOGIA	
Dr. Jaime Bajaña	

Anexo 13.

MODELIZACION DEL COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL