

**Facultad Latinoamericana
de Ciencias Sociales
Sede - Ecuador**



Programa de Políticas Públicas y Gestión del Desarrollo

Maestría auspiciada por el Fondo de Solidaridad

Motivación e Incentivos de los Recursos Humanos bajo el régimen del
Código del Trabajo, en el Hospital descentralizado Asdrúbal de la Torre del
Cantón Cotacahi

Autora: Elizabeth Barona Terán

Quito, Diciembre 2004

**Facultad Latinoamericana
de Ciencias Sociales
Sede - Ecuador**



Programa de Políticas Públicas y Gestión del Desarrollo

Maestría auspiciada por el Fondo de Solidaridad

Motivación e Incentivos de los Recursos Humanos bajo el
régimen del Código del Trabajo, en el Hospital descentralizado
Asdrúbal de la Torre del Cantón Cotacahi

Autora: Elizabeth Barona Terán
Director de Tesis: Dr. Alberto Narváez

Quito, Diciembre 2004

Dedicatoria

A mis hijos y padres por su amor y comprensión

INDICE GENERAL

CAPÍTULO I MARCO DE REFERENCIA

1.1. Reforma del Sector Salud

1.2. Descentralización

1.2.1. Descentralización de la Salud

1.2.2. Descentralización de la Salud en países Latinoamericanos

1.2.3. Descentralización de la Salud en el Ecuador

1.2.4. Descentralización de la Salud en el Cantón Cotacahi

1.2.5. Descentralización de los Recursos Humanos de la Salud en el Cantón Cotacahi

1.3. Los Recursos Humanos en las Organizaciones

1.3.1. Posición de los Recursos Humanos dentro del Desarrollo Histórico de las Organizaciones

1.3.2. Las Escuelas y Teorías de las Organizaciones

1.4. Recursos Humanos de la Salud

1.4.1. Definiciones

1.4.2. Situación de los Recursos Humanos de la Salud en las Reformas de los Sistemas de Salud

1.4.3. Recursos Humanos pertenecientes al Código de Trabajo en el Ecuador

1.4.4. La Sindicalización

1.4.5. El Contrato Colectivo

1.5. Gestión de los Recursos Humanos

1.5.1. Definición

1.5.2. Gestión de los Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública

1.6. Comportamiento Organizacional

1.7. Motivación e Incentivos

1.8. Teorías Clásicas de la Motivación

1.8.1. Teoría de Maslow

1.8.2. Teoría de Herzberg

1.8.3. Factores Motivadores

1.9. Teorías Contemporáneas de la Motivación

1.9.1. Teoría de McClelland

1.9.2. Teoría de la Existencia, Relaciones y Crecimiento (ERC)

1.9.3. Teoría de la Evaluación Cognoscitiva

1.9.4. Teoría de la Fijación de Metas

1.9.5. Teoría del Reforzamiento

1.9.6. Teoría de la Equidad

1.9.7 Teoría de las Expectativas

1.10. Contrato Psicológico de Schein

1.11. Cultura Organizacional

1.11.1. El Clima Organizacional

1.11.2. Valores Principios, Normas y Símbolos Organizacionales

1.12. Fundamentación Legal

1.12.1. Del Proceso de Descentralización y de la Descentralización de la Salud

1.12.2. Del Contrato Colectivo

1.12.3. Del Reglamento de los Trabajadores dependientes del Ministerio de Salud
Pública, sujetos al Código del Trabajo

1.12.4. De la Constitución

1.12.5. Del Código del Trabajo

1.13. El Cantón Cotacahi

1.13.1. Contexto Cantonal

1.13.2. Aspectos Demográficos

1.13.3. Aspectos Económicos

1.13.4. Aspectos Educativos

1.13.5. Servicios de Salud

CAPÍTULO II

2.1. Diseño de Estudio

2.2.1. Estrategia de Estudio

2.2. Técnicas de Observación

2.2.1. Técnicas Cualitativas

2.2.2. Técnicas Cuantitativas

2.3. Población y Muestra

2.3.1. Unidades de Análisis

2.4. Consideraciones Éticas

2.5. Operacionalización de Variables

2.6. Técnicas e Instrumentos

CAPÍTULO III

3.1. Análisis de los Resultados

CAPÍTULO IV

4.1. Discusión

4.2. Conclusiones

4.3. Recomendaciones

ANEXOS

Anexo 1	Mapa del Cantón Cotacahi
Anexo 2	Trabajadores del Contrato Colectivo del Hospital
Anexo 3	Encuesta de Motivación
Anexo 4	Guía de Entrevista “I”
Anexo 5	Guía de Entrevista “II”
Anexo 6	Guía de Entrevista “III”
Anexo 7	Guía de Entrevista “IV”
Anexo 8	Guía de Entrevista “V”
Anexo 9	Guía de Entrevista “VI”

SÍNTESIS

En el país, la reforma del sistema de salud, está aplicando varias estrategias encaminadas a mejorar las actuales condiciones del proceso salud-enfermedad de la población. Uno de estos mecanismos, es la descentralización, que pretende mejorar la ineficacia e ineficiencia de la gestión pública. Ha sido establecida en el marco legal Constitucional y en la Ley Orgánica del Sistema de Salud y, es difundida por Organismos Internacionales Multilaterales de Apoyo. A pesar de los avances legales en la materia, los procesos sociales de la descentralización, se han llevado a cabo con múltiples dificultades, generadas en parte, por la reducida contribución de los recursos humanos de los servicios de salud, a éste proceso de cambio.

En relación con los recursos humanos, un elemento importante a considerar, es el hecho de que éstos, son el eje fundamental para la efectividad de los servicios de salud, característica que los define como “organizaciones de proceso humano”. En los servicios de salud, sin embargo, la gestión de los recursos humanos, ha tenido crónicamente múltiples deficiencias tanto por el manejo centralizado, como por la gestión tradicional, que se ha limitado a tareas administrativas de poca magnitud.

En el estado actual de Reforma del Sistema de Salud y de descentralización de los servicios de salud, se desarrolla en el Cantón Cotacachi de la Provincia de Imbabura, una de las primeras experiencias descentralizadoras, que pretende dar respuestas eficaces, a los problemas o necesidades de salud de la comunidad, a través de mejores y más cercanas relaciones con los usuarios. En éste objetivo, son significativos, por un lado, el papel que desempeñan los recursos humanos y, por otro lado, las nuevas responsabilidades que debe asumir el Hospital Cantonal en la gestión de los mismos.

Con las premisas anteriores, el objetivo de la presente investigación, es examinar el subsistema de motivación e incentivos en los trabajadores del Contrato Colectivo del

Hospital Cantonal Asdrúbal de la Torre de Cotacachi. La decisión de investigar éste subsistema, en un grupo específico de trabajadores, se debe a la importancia de contar con personas motivadas que contribuyan a alcanzar objetivos trascendentales, en beneficio propio, de la organización y de la comunidad, en un proceso de cambio como es la descentralización.

Adicionalmente, los trabajadores del Contrato Colectivo, constituyen el subgrupo más numeroso del Hospital y son los trabajadores que presentaron una fuerte oposición al proceso de descentralización, a través del Sindicato de la Salud.

Desde el punto de vista académico, se pretende abordar la estructura organizacional y funcional del Hospital a través de una categoría teórica, -propuesta por la presente investigación-, denominada “burocracia híbrida”, mezcla particular de la “imagen ideal de la burocracia” descrita por el sociólogo alemán Max Weber. El subsistema de motivación e incentivos, se revisa a través de las teorías de las necesidades de Herzberg y McClelland y, el acercamiento a la cultura organizacional, se realiza tomando como referencia, el contrato psicológico propuesto por Schein, con la finalidad de conocer cuáles son las expectativas mutuas entre organización y trabajadores.

La investigación, llevada a cabo, utilizando instrumentos cuantitativos y cualitativos, evidencia las siguientes conclusiones: 1. Los factores motivadores no se encuentran presentes en los trabajadores, en porcentajes que van del 50% a cerca del 96%. 2. La cultura organizacional, no muestra valores y principios interiorizados en los trabajadores, de manera que no se logra percibir, una ideología hospitalaria centrada en el usuario como principio prioritario de su “quehacer” y de la razón de ser del hospital.

3. Las normas e interacciones, esbozan una cultura ritualista, conservadora, renuente a la innovación. 4. La subcultura de los trabajadores sindicalizados, -con códigos formales e informales propios-, influye poderosamente en el funcionamiento cotidiano del Hospital. 5. No hay una definición transparente del contrato psicológico, las

expectativas de los directivos y de los trabajadores parecen no compaginar, más aún, en la presente situación de cambio como es el proceso de descentralización.

Es posible apreciar, sintetizando la situación del subsistema de motivación e incentivos, las características de la cultura organizacional y del contrato psicológico, que el Hospital, así como sus recursos humanos, viven y desarrollan su cotidianidad, sometidos a una desvirtuada racionalidad instrumental, dentro de un híbrido burocratismo, restringidos a ser un recurso más de la producción. Esta situación, probablemente, no ha contribuido a la emergencia de principios de identidad, fundamentos de acción, ni motivación, que confluyan en una visión compartida, entre los trabajadores del Contrato Colectivo y el Hospital, o en la transformación de los trabajadores en sujetos-actores de la salud.

Finalmente, es preciso indicar, que el acercamiento a la cultura organizacional es incipiente. En éste sentido, será muy importante, profundizar el conocimiento, para intentar comprender el complejo mundo laboral, en pos de, legitimar a los servicios de salud y, de convertir a los trabajadores en sujetos-actores sociales, que liberados de una limitada racionalidad burocrática instrumental, sean artífices de su propio destino y del mejoramiento de la salud colectiva.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud de los diferentes países del mundo, se hallan inmersos en procesos de reforma, procesos que se dan como una respuesta necesaria del sector salud al cambio de las dimensiones: económicas, sociales, políticas y culturales; que se han generado en los últimos tiempos en los diferentes conglomerados sociales¹.

Mirado desde éste punto de vista, las reformas de los sistemas de salud, pretenden dar respuesta, a graves problemas del proceso salud-enfermedad de los grupos humanos, a través de un conjunto de políticas y estrategias incorporadas a los mismos; las cuales aspiran al logro de los principios de la reforma, que en la mayoría de los países, se inscriben alrededor de la equidad, calidad, eficiencia, y eficacia.

Los servicios de salud, parte integrante de los sistemas de salud, responden al proceso de cambio planteado por la reforma, a través de la adopción y aplicación de diversos mecanismos políticos, sociales, económicos y de gestión. Dos de éstos mecanismos: la descentralización de los servicios de salud y la gestión de los recursos humanos son dimensiones que necesariamente entran a un espacio de conflicto, debate, y negociación, tanto por la importancia de los recursos humanos en los procesos productivos de los servicios de salud, como por su relevancia en la consecución de los objetivos de la descentralización, así como también por la complejidad que entraña todo nuevo proceso de gestión pública.

En Latinoamérica, la descentralización ha sido impulsada en diversos países, incluido el nuestro -por agencias multilaterales de cooperación como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, y la OPS/OMS- como parte de la modernización, que los Estados deben desarrollar para lograr sostenibilidad democrática, eficiencia y eficacia de la gestión pública².

¹ www.calidadensalud.org.ar/Documentos/Jornadas/Xinia%20Carabajal.pps. Calidad y las reformas del sector salud en Latinoamérica.

² GUIMARAES, Luisa, Modalidades de descentralización del sector salud y sus contribuciones a la equidad, Elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo, Serie De Informes Técnicos No 76 OPS 2001, p: 5. "El argumento es que las acciones centralizadas del

Dentro del contexto señalado, la descentralización de los servicios de salud del Cantón Cotacachi en la provincia de Imbabura, puede ser mirada como un hecho particular, al constituirse en el primer proceso de descentralización de los servicios de salud, que se desarrolla en el Ecuador.

Éste proceso, se lleva a cabo a partir de Mayo del 2003. El gobierno local del cantón Cotacachi -uno de los cantones más pobres de la provincia- ha trabajado alrededor de 10 años en una propuesta de desarrollo local. Planteando para la salud, la construcción de un sistema de salud local, con modelos de organización, administración, gestión, provisión de servicios de salud y financiamiento, dirigidos a mejorar la eficiencia, eficacia, calidez y cobertura de los servicios de salud³.

En el sistema local de salud de Cotacachi se aspira a que tanto en los niveles rector, directivo y operacional, se desarrollen mecanismos de control social y participación activa de los ciudadanos. Estas estrategias junto a otras aplicadas en la gestión de los servicios de salud, pretenden establecer una nueva modalidad de interacción entre el gobierno local y la sociedad civil, en la cual se inscriben también los recursos humanos de los servicios de salud descentralizados.

Adicionalmente a lo señalado es preciso anotar que, en la mayoría de los procesos de reforma, los recursos humanos no han sido avizorados en toda su complejidad y; en los procesos de descentralización el papel que han jugado los mismos, ha dependido de intrincadas situaciones nacionales y locales tanto laborales, como salariales, sindicales y de la organización misma de los sistemas de salud.

Frente a lo anteriormente expuesto, se impone analizar en el país, la gestión actual de los recursos humanos, en consideración al papel que cumplen y van a cumplir, -como gestores y protagonistas de los futuros procesos de descentralización- que se pretenden

gobierno son ineficientes, y dan lugar a distorsiones como corrupción, desmotivación social, desigualdades sociales, lo que se puede revertir con la proximidad entre el problema, el ciudadano y la gestión, incluyendo en los procesos de formulación y puesta en práctica de las políticas públicas a nuevos actores. El efecto inmediato sería además la reducción de la estructura y del papel del Estado central.”

³ PÁEZ, Rubén, Sistema descentralizado de salud para el cantón Cotacachi, correo poblacional de CEPAR, Vol. 10, 2000, p: 43.

aplicar en el país, más aún cuando en los servicios de salud se insertan componentes importantes⁴ como:

1. Servicios de salud estatales, que desarrollan actividades enmarcadas dentro de una idea asistencialista, con trabajadores con bajo nivel de motivación para alcanzar mejores niveles de desempeño.
2. Estructura organizacional de los servicios de salud, que difícilmente puede responder a un nuevo paradigma productivo, que privilegie aprendizaje, conocimiento, delegación, flexibilización y adaptabilidad de los trabajadores y de los equipos de trabajo al cambio y a la incertidumbre.
3. Organizaciones de salud poco eficaces y eficientes, con servicios escasamente orientados hacia el logro de los objetivos estratégicos, planeados participativamente por los miembros de la organización y de la comunidad.
4. Recursos humanos confinados dentro de un híbrido burocratismo, que no se han convertido en trabajadores-actores sociales creadores y partícipes de una cultura organizacional con valores, principios y, normas encaminados a proteger la salud colectiva⁵.
5. Trabajadores considerados como “un ingrediente más” del proceso productivo y, no como el recurso más valioso, para lograr la eficiencia, eficacia y la calidad de la atención.
6. Fuerza de trabajo ceñida a los beneficios de un contrato de trabajo, que no se ve a sí misma, como una fuerza de trabajo con responsabilidad social.
7. Gestión de recursos humanos centralizada, replegada en tareas operativas normativas poco trascendentes y, con procesos de toma de decisiones dispersos en los diferentes niveles jerárquicos de los servicios, que en consecuencia, no

⁴ BRITO, Pedro, et al, *Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud: Cambios y oportunidades*, OPS, 1996, p: introducción xiii- 3.

⁵ IBID, BRITO, Pedro, et al, p: introducción xiii- 3.

está enfocada a la toma de decisiones locales, dirigida al cumplimiento de los principios y objetivos del sistema local de salud y, al establecimiento de estrategias que privilegien mejoras en las condiciones de trabajo.

Dentro de lo mencionado, es importante considerar además, una definición y una realidad, referida al hecho de que, los servicios de salud son organizaciones de “proceso humano”, es decir, sus productos y servicios son el resultado de las competencias del personal: inteligencia, actitudes, aptitudes, voluntad y emociones.

En consecuencia una gestión exitosa de los recursos humanos, implica reconocerlos, como sujetos pensantes, activos, con grados de autonomía, con intencionalidad, capaces de modificar sus conductas, relaciones humanas y prácticas de trabajo o comportamiento, en función de sus propios intereses, de los intereses de los usuarios y, de los objetivos de la organización y, del sistema de salud.

A pesar de la importancia incuestionable de los recursos humanos, la gestión de los mismos en el país presenta problemas críticos. Por ejemplo, a nivel macro las políticas y estrategias están en proceso de estudio, por parte del Consejo Nacional de Salud CONASA a nivel micro y, de acuerdo a observaciones de la autora, los diferentes subsistemas de la gestión de los recursos humanos, presentan algunas características que se mencionan a continuación:

La selección, se lleva a cabo tomando en cuenta criterios generales, manejados por los Colegios Profesionales respectivos y, no perfiles profesionales coherentes con la oferta institucional y con la demanda de los diferentes grupos sociales. En cuanto a los salarios, éstos son bajos, en las remuneraciones no se han considerado las retribuciones asociadas con resultados y, los sistemas de motivación e incentivos prácticamente no existen. En relación al marco legal-laboral, existen dos regímenes laborales, que dividen a los trabajadores en dos grandes gremios, cada uno de los cuales intenta lograr mejores beneficios, sobre todo económicos. Los criterios de evaluación del desempeño son insuficientes y no tienen relación con mecanismos de retribución. Por último, el manejo de los recursos humanos se realiza a través de unidades con bajo nivel de decisión.

Lo mencionado, conduce a que en los servicios de salud, se dé un débil manejo administrativo de los recursos humanos y, no una gestión acorde a las nuevas tendencias de desarrollo de las organizaciones, originándose además, dificultades en los procesos de trabajo⁶ y, problemas de ineficacia, ineficiencia e improductividad.

Frente a los diversos problemas que se han dado con la tradicional gestión normativa de los recursos humanos, las ciencias de la gestión, proponen una vía alternativa llamada gestión estratégica de valores; que hace referencia a:

“gestión de los valores para el cambio, impulsa la autorregulación individual y colectiva, la filosofía de la calidad, concibe a los recursos humanos como factor estratégico, sus conocimientos, habilidades y creatividad constituyen el fundamento de los mejores o peores resultados que obtenga la organización; por lo tanto la organización debe responder activamente a los requerimientos cuantitativos y cualitativos del personal”⁷.

La confluencia de tres estrategias sucintamente delineadas en los párrafos precedentes, consideradas como estrategias de “mercado”, son las que argumentan la pertinencia de la presente investigación, las mismas se aclaran, con más detalle a continuación:

1. Procesos de descentralización de los servicios de salud, entendidos como instrumentos de un nuevo rol estatal que promueve acciones sinérgicas entre el gobierno y la sociedad civil, para la aplicación exitosa de las políticas sociales en salud⁸. Se aprecia una tendencia, a la propagación de los procesos de descentralización hacia otros Gobiernos Locales Municipales y Provinciales del país. Tendencia que se legitima legalmente en la Constitución del país, y en Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y socialmente con la ganancia progresiva de un espacio de aceptación en la población en general y en los trabajadores de la salud. Estos últimos comienzan a mirar a la descentralización, no como una amenaza, sino como una lógica de gestión pública alternativa.

⁶ OPS, La Transformación de la gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe, 2001, p: 235.

⁷ LOSADA i MARRODÁN, ¿De burócratas a gerentes?, BID, 1999, p: 294-295.

⁸ II CONGRESO NACIONAL POR LA SALUD Y LA VIDA, MSP. CONASA, Guía de Análisis para los Talleres Regionales, 2004, p: 39 - 46.

2. La adopción de nuevas corrientes gerenciales y organizacionales, frente a la observación de las deficitarias características de la gestión de los servicios de salud públicos.

3. El reconocimiento de los recursos humanos, como eje central para llevar a cabo procesos de cambio y ajuste orientados a lograr la efectividad de los servicios de salud.

En el contexto señalado, es necesario tomar en cuenta además cuatro puntos importantes:

1. Se están abriendo en el país espacios de debate, para el análisis de múltiples componentes del tema de recursos humanos como por ejemplo, regímenes laborales, homologación salarial, etc. Así como también, se están desarrollando directrices nacionales para el abordaje y tratamiento de los grandes problemas de los recursos humanos de las organizaciones públicas, 2. El tema de los recursos humanos no ha sido un asunto prioritario y de debate dentro de la agenda de la reforma del sistema de salud ecuatoriano, 3. Existen en el país pocos estudios relacionados con la gestión de los mismos⁹, 4. Se conoce poco sobre las percepciones, visiones y deseos de los trabajadores de los servicios de salud.

En éste sentido, la presente investigación, reconociendo la complejidad del tema de los recursos humanos de los servicios de salud y, advirtiendo las limitaciones de encarar un solo subsistema de la gestión de los mismos, se propone abordar una realidad concreta, al investigar el subsistema de motivación e incentivos, en el grupo de trabajadores pertenecientes al contrato colectivo del Hospital descentralizado Asdrúbal de la Torre de Cotacachi.

La decisión de investigar la motivación e incentivos, parte de la percepción personal de que, es el subsistema más importante de la gestión de recursos humanos, que sustenta y nutre a los trabajadores y a las organizaciones.

⁹ En el país se han realizado algunas investigaciones enfocadas a la formación de los recursos humanos, a la oferta de trabajo y al mercado de trabajo en salud, en la literatura revisada no se han encontrado estudios sobre los subsistemas que tienen que ver con la productividad del trabajo como: la selección, contratación, motivación e incentivos y evaluación del desempeño. Las investigaciones revisadas corresponden a los autores Merino Cristina y Patiño Fausto durante el período 93-98 y, a la información disponible en el Observatorio de los recursos humanos de salud.

Desde el punto de vista académico, se aborda al subsistema de gestión de los recursos humanos, dentro de la categoría teórica -propuesta por la presente investigación-, referida a que los servicios de salud y sus trabajadores, desarrollan sus actividades, inmersos en una particular estructura organizacional y funcional, que tiene una mezcla particular (de exceso en algunos casos y de omisión en otros) de algunos elementos de la “imagen ideal de la burocracia” descrita por el sociólogo alemán Max Weber, a ésta categoría, se la denomina “burocracia híbrida”¹⁰¹¹. En la burocracia mencionada, se considera que existe una cultura organizacional con elementos de asistencialismo y de beneficencia, que no contribuyen a la cimentación y desarrollo de otros valores y principios, que deben guiar la respuesta de los trabajadores de la salud, frente al proceso social de salud-enfermedad.

En éste sentido, los aportes de ésta investigación se dan en la medida que:

1. Investiga el subsistema de motivación e incentivos de los recursos humanos, considerando dos teorías clásicas de la motivación, -basadas en las necesidades humanas- la teoría de Herzberg y la teoría de McClelland dentro de la actual estructura organizacional y funcional “burocrática híbrida” de los servicios de salud¹².
2. Abona a la comprensión del estado actual de un servicio de salud, desde el enfoque de la cultura organizacional y, propone un espacio de reflexión sobre el cambio organizacional de los servicios de salud en base a un cambio de valores, creencias y principios de los recursos humanos¹³.

¹⁰ WEBER, Max, Economía y Sociedad, esbozo de sociología comprensiva, 1977, p: 17-21.

¹¹ De Parsons a Marx a través de Weber, (sin año) p : 434-435. “la organización burocrática tiene especialización de su trabajo profesional, delimitación de competencias, reglamentos y relaciones de obediencia jerárquicamente articuladas”. Las organizaciones tienen un tipo de acción racional con arreglo a fines, (orientación de las acciones por el fin, se sopesa racionalmente los medios con los fines) existiendo una dependencia lineal entre la racionalidad de la organización y la racionalidad de la acción de sus miembros.

¹² Serie de Informes Técnicos, Gestión de Recursos Humanos para la Salud , OMS, 1999, p: 26.

¹³ <http://www.geocities.com/Athens/Crete/3108/CulOrg.html>.

Reconociendo el pequeño acercamiento al estudio de la cultura organizacional, como medio para entender el estado de motivación de los trabajadores, el presente trabajo constituirá además, una aportación a la necesidad de hacer visible la problemática del recurso humano en el país y, contribuirá a comprender el cambio indispensable que las organizaciones públicas deben asumir en la mira de responder a un nuevo entorno, de desarrollar una buena gestión, de responsabilizarse por los resultados, de responder a los mecanismos de control ciudadano y, de cumplir con valores y principios colectivos.

Dentro del contexto anotado, se formulan las siguientes preguntas claves, objetivo general y, objetivos específicos:

Preguntas Claves:

¿Cuál es el estado actual del subsistema de motivación e incentivos de los recursos humanos del Código del Trabajo, en el Hospital descentralizado Asdrúbal de la Torre de Cotacahi?

¿Cuáles son los nudos críticos del subsistema de motivación e incentivos de los recursos humanos del Código del Trabajo, en el Hospital descentralizado Asdrúbal de la Torre de Cotacahi?

¿Cuáles son las semejanzas y discrepancias entre el marco legal-laboral nacional vigente de los recursos humanos del Código del Trabajo, frente al marco legal Municipal y del Consejo Cantonal de Salud, en relación con el subsistema de motivación e incentivos?

¿Cuáles son los factores favorables y desfavorables para la adaptación de mecanismos de regulación local del subsistema de motivación e incentivos de los recursos humanos del Código del Trabajo, en el Hospital descentralizado Asdrúbal de la Torre de Cotacahi?

Objetivo General

Describir y analizar el estado actual del subsistema de motivación e incentivos, las semejanzas y discrepancias entre el marco legal-laboral nacional vigente frente al marco legal Municipal y del Consejo Cantonal de Salud, los nudos críticos y los factores favorables y desfavorables de los mecanismos de regulación local, que permitan sugerir recomendaciones para los trabajadores pertenecientes al Código del Trabajo, en el Hospital descentralizado Asdrúbal de la Torre de Cotacahi.

Objetivos Específicos

Describir el estado actual del subsistema de motivación e incentivos de los recursos humanos del Código del Trabajo, en el Hospital descentralizado Asdrúbal de la Torre de Cotacahi.

Identificar los nudos críticos del subsistema de motivación e incentivos de los recursos humanos del Código del Trabajo, en el Hospital descentralizado Asdrúbal de la Torre de Cotacahi.

Identificar las semejanzas y discrepancias entre el marco legal-laboral vigente nacional de los recursos humanos del Código del trabajo, frente al marco legal Municipal y del Consejo Cantonal de Salud, en relación al subsistema de motivación e incentivos.

Identificar los factores favorables y desfavorables para la adaptación de mecanismos de regulación local del subsistema de motivación e incentivos de los recursos humanos del Código del Trabajo, en el Hospital descentralizado Asdrúbal de la Torre de Cotacahi.

CAPÍTULO I

MARCO DE REFERENCIA

1.1. Reforma del sector salud

Los sistemas de salud, tanto de países desarrollados como de los países subdesarrollados se encuentran en procesos de reforma. Los procesos de reforma de los sistemas de salud se inscriben dentro de la reforma de los estados. Que en el caso de los países Latinoamericanos y en el nuestro en particular, responden por un lado, al intento de establecer nuevas regulaciones entre el Estado y la sociedad civil, ante la pérdida de legitimidad de los mismos frente a viejos y nuevos requerimientos de los grupos sociales y, por otro a recomendaciones que debe cumplir el país, para el mantenimiento del apoyo técnico y financiero de organismos internacionales financieros y de desarrollo.

La reforma puede definirse como un:

“proceso de cambios estructurales, intencionados, sostenidos, profundos y de largo plazo en los objetivos políticos y en las Instituciones, dirigidos por el gobierno nacional o local”

Los objetivos de la reforma de la salud en los diversos países comparten una base común de valores y principios. La reforma sanitaria Europea se ha centrado en medidas controladoras del costo de la asistencia sanitaria, sin perder de vista el imperativo moral de mantener la solidaridad y el carácter de bien social, interrelacionando los valores culturales de la sociedad, la realidad macroeconómica y las presiones demográficas y sociales.¹

¹ SALTMAN, Richard, Reforma Sanitaria en Europa, 1997, p: 3, 9-10. El autor se refiere que en el caso Europeo la reforma además de la contención de costos, es necesaria ante una fractura entre la estructura simbólica o sistema de valores dominante -percepciones, creencias y valores de la sociedad sobre la salud- y la estructura legal, administrativa y física (organización). Las relaciones entre estas dos estructuras determina como se asignan los recursos materiales y como se distribuyen el poder y la autoridad.

En los países Latinoamericanos la reforma sanitaria, se ha basado en principios como: equidad, universalidad, integralidad, eficiencia, y calidad. La diferencia en estos países radica en las estrategias aplicadas y en los objetivos a alcanzarse, los mismos que han sido diferentes, en respuesta a sus propias realidades, con resultados también heterogéneos.

En el Ecuador la reforma se ha presentado fundamentalmente como un esfuerzo del Consejo Nacional de Salud y del Ministerio de Salud Pública, impulsada por el Banco Mundial, sus objetivos son la conformación del Sistema Nacional de Salud, y la división de las funciones básicas del Sistema².

Una de las estrategias importantes de la reforma de los Sistemas de Salud, es la descentralización. La descentralización es un fenómeno global, que ha tomado más ímpetu en Latinoamérica en las dos últimas décadas. Se la ha incorporado con los argumentos de que, la centralización de las acciones ha producido una serie de efectos perversos como corrupción, desmotivación social, desigualdades sociales, e ineficacia e ineficiencia de la gestión pública.

En consecuencia la descentralización persigue mejorar la gestión pública y la gobernabilidad, mediante la distribución del poder y la toma de decisiones desde el gobierno central a los gobiernos seccionales. Lo cual mejoraría la percepción e identificación de las necesidades y problemas de la población, incluiría a nuevos actores en los procesos de formulación y puesta en práctica de las políticas públicas y, aplicaría efectivamente las mismas³.

² PROYECTO MODERSA BIRF, Posicionamiento del Ministerio de Salud Pública frente la Reforma de Salud, 2001, p: 28.

³ GUIMARAES, Luisa, Modalidades de descentralización del sector salud y sus contribuciones a la equidad: Elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo. Serie De Informe Técnicos No 76 OPS. 2001, p: 5.

1.2. Descentralización

El concepto de descentralización es claro, no obstante existen dos hechos que inciden en la dinámica del proceso y hacen que los eventos de descentralización sean una experiencia diferente. Uno de ellos es la interpretación, que esta en función de los intereses de los actores sociales y otro es la implantación, sujeta al momento histórico del espacio socio-territorial, donde confluyen distintos elementos sociales, económicos, políticos y culturales.

Los hechos mencionados determinan que en las definiciones de descentralización se resalten distintos atributos, para ejemplos de lo indicado, se exponen a continuación varios conceptos:

En el siguiente concepto, se especifica la intervención de la comunidad en la toma de las decisiones:

“Es la transferencia de poder y competencias del nivel central hacia los niveles periféricos del gobierno, cambiando el lugar donde las decisiones son tomadas y sometiéndolas al control de la comunidad”⁴.

En el concepto que se anota a continuación, se puntualiza la finalidad de la descentralización:

“La descentralización busca la distribución equilibrada y democrática del poder, la descentralización horizontal se refiere a la búsqueda de equilibrio entre los poderes ejecutivo legislativo y judicial, la descentralización vertical alude a los cambios en la correlación de poder entre distintos niveles, implica por lo tanto un cambio de interlocución social que posiciona a los actores locales, es parte de un proceso de democratización del estado”⁵.

⁴ IBID, GUIMARAES, Luisa, l p: 2.

⁵ CARRIÓN, Fernando, Procesos de descentralización en la Comunidad Andina, FLACSO 2003, p: 16.

La necesaria presencia de un grado de autonomía en la aplicación de la descentralización, se destaca en el siguiente concepto:

“Transferencia de competencias y recursos en el sector público, desde un nivel nacional a otro nivel subnacional que tiene un relativo grado de autonomía”⁶.

En el país la descentralización está consignada en los artículos 1, 35, 45, 124, 225 y 226 de la Constitución Política de la República, en la Ley Especial de Descentralización del Estado y Participación Social, en los artículos 3, 12 y 19 y en el Reglamento a la Ley de Descentralización del Estado y Participación Social, artículos: 2, 3, 4, 5, y 13. En la Ley de Descentralización se expresa que:

“La descentralización del Estado consiste en la transferencia definitiva de funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, de que son titulares las entidades de la Función Ejecutiva hacia los Gobiernos Seccionales Autónomos a efectos de distribuir los recursos y los servicios de acuerdo con las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales”⁷.

Los principios en que se sustenta la ley se manifiestan así:

“La Descentralización del Estado se sustentará en los principios de autonomía, progresividad, eficiencia, agilidad, coparticipación en la gestión pública y solidaridad social”⁸.

En ésta ley se expresa que la transferencia es definitiva, se indica el carácter autónomo de los gobiernos seccionales, se manifiesta el objetivo de distribuir los recursos y servicios con equidad y, de acuerdo a los principios enunciados, la lógica que justifica el proceso de descentralización es económica y política.

A pesar de que la descentralización es una estrategia claramente diferenciable, es importante analizar otros procesos como la desconcentración, delegación, devolución y

⁶ MILLS, Anne, Descentralización de los Sistemas de Salud, OMS, 1990, p: 16.

⁷ CONAM, Descentralización en el Ecuador, CD, 2001.

⁸ CONAM, Descentralización en el Ecuador, CD, 2001.

privatización, en razón de que la descentralización puede concomitantemente desarrollarse junto a éstos procesos y además en vista de que, varios estudios han mostrado que el término descentralización es polisémico, que se presta a confusiones y que es usado para objetivos políticos dispares y a veces conflictivos⁹.

El análisis de las estrategias mencionadas en el ámbito del sector de la salud del país, se exponen a continuación:

La desconcentración definida como:

“Transferencia de cierto grado de autoridad administrativa más que política a oficinas locales de ministerios del gobierno central”¹⁰.

Ha sido aplicada en el Ministerio de Salud Pública, a través de la Jefaturas Provinciales de Salud con la creación de las áreas de salud.

La devolución considerada como:

“Creación o el fortalecimiento de niveles subnacionales de gobierno (a menudo llamadas gobierno local o autoridades locales) que son sustancialmente independientes del nivel nacional con respecto a un conjunto definido de funciones, normalmente tienen una personalidad jurídica clara, frontera geográficas reconocidas, varias funciones asignadas y autoridad estatutaria para conseguir fondos e incurrir en gastos”¹¹.

⁹ LEYVA, René, Descentralización de los Servicios de Salud ¿Una Política de las Crisis del Fin de Siglo? phmovement.org/pubs/issuepapers/flores.

¹⁰ IBID, MILLS, Anne., p: 20- 25.

¹¹ IBID, MILLS, Anne., p: 20- 25.

Significa una reestructuración más intensa de la organización de los servicios de salud que la descentralización, enfrenta –entre otros- problemas económicos por los gastos fijos altos que tienen los servicios de salud, así como también dificultades en la jerarquía lógica regional y nacional de un Sistema Nacional de Salud y no ha sido un proceso formulado en el sector salud del país.

La delegación es:

“Transferencia de responsabilidad administrativa para ciertas funciones a organizaciones a menudo llamadas paraestatales, que se encuentran fuera de la estructura del gobierno central y sólo están indirectamente controladas por él”¹².

Corresponde al funcionamiento del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

La privatización de los servicios de salud supone:

“Transferencia de funciones gubernamentales a organizaciones benéficas o a empresas privadas, lucrativas o no lucrativas, con un grado variable de control gubernamental. Ideológicamente como lema expresa el ideal de un mercado libre, que entraña complejas consideraciones sobre la capacidad de los consumidores para pagar, la motivación de los proveedores de atención y las pautas de regulación gubernamental. La privatización puede contradecir objetivos gubernamentales como la equidad”¹³.

La privatización de los servicios de salud, va tomando cada vez más fuerza a través del crecimiento de los seguros de salud privados y de un debilitamiento de los servicios de salud públicos.

¹² IBID, MILLS, Anne., p: 20- 25.

¹³ IBID, MILLS, Anne., p: 20- 25.

A partir de los enfoques conceptuales, se pueden considerar tres discursos en la descentralización: una de ellos es la de los llamados localistas o regionalistas que plantean a la descentralización como una estrategia para el desarrollo endógeno, caracterizada por la participación de la población, la transparencia en las decisiones y la democratización de la sociedad. Otra corriente es la que considera a la descentralización como promotora de la democratización social desde las localidades. La tercera corriente coloca a la descentralización como un medio para una reestructuración capitalista al formar parte de la reforma del estado, posición que ha sido considerada por el Banco Mundial en sus propuestas para América Latina¹⁴.

La racionalidad de la descentralización puede ser vista desde la ideología neoliberal, neoestructural y neomarxista:

Desde el punto de vista neoliberal, la descentralización se da como un primer paso para la privatización de los servicios sociales estratégicos, al plantear que la desregulación estatal es necesaria por la incapacidad administrativa del Estado ante el aumento de las demandas distributivas de la sociedad, desde ésta lógica por lo tanto, el mercado es la mejor alternativa.

La teoría neoestructuralista considera que la descentralización pretende racionalizar la regulación estatal, buscando la optimización de la gestión y la reducción de los costos de los servicios públicos.

La teoría neomarxista, expresa que la descentralización intenta ofrecer a la sociedad nuevas posibilidades de participación en razón de que la modernización del Estado ha producido pérdidas de legitimidad y nuevas formas de articulación de intereses que, en parte, escapan del control del Estado¹⁵.

¹⁴ HAEFNER, Carlos, La Descentralización y la Planificación del Desarrollo Regional ¿Ejes de la Modernización de la Gestión Pública? Algunas Notas sobre su Discusión, <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/mad/03/paper01>.

¹⁵ IBID, HAEFNER, <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/mad/03/paper01>.

Los diferentes enfoques y teorías expuestas y las diversas experiencias de la misma en los países, significa que la descentralización debe ser concebida como un proceso dinámico y evolutivo entre dos puntos: descentralización – centralización, dirigido a encontrar el equilibrio entre el centro y la periferie del aparato estatal y el fortalecimiento institucional y estructural del mismo. En éste proceso es necesario visualizar las siguientes características:

- La complejidad del tema, lo que ocasiona que no exista un modelo único de descentralización, sino que éste se moldee en relación con las características sociales económicas, culturales y políticas del gobierno y del país en un determinado momento histórico.
- La puesta en juego de varios factores: intereses de los actores sociales involucrados, grados de autonomía de los agentes que descentralizan para que puedan actuar independientemente del poder central, capacidad de los entes involucrados, objetivos locales del proceso, etc.

Lo importante es por lo tanto, que teniendo como telón de fondo varias doctrinas, teorías, y procesos en marcha; el país, las localidades y sobre todo los actores sociales locales tengan muy en claro cuáles serán los objetivos, los mecanismos de aplicación y sus beneficios y, consecuentemente conciban a la descentralización no como una solución, sino como un proceso colectivo y complejo en constante ajuste.

1.2.1. Descentralización de la salud

Después de la segunda guerra mundial, se expanden las políticas sociales generalmente centralizadas conformando el “Estado de Bienestar”, cuyo objetivo era implantar medidas de carácter social masivas y eficaces.

Posteriormente en los años ochenta, aduciendo la ineficiencia del centralismo y fundamentalmente por restricciones financieras; se sustituye el carácter universal de las

políticas sociales por el de localización, de identificación territorial y de participación social¹⁶.

La Organización Panamericana de la Salud en la misma época, propone la implantación de los Sistemas Locales de Salud: SILOS, con el objetivo de acercar los Servicios de Salud a las necesidades locales. Simultáneamente los organismos financieros multilaterales como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial promueven la Modernización del Estado, dentro de la cual se plantea la descentralización como medio para reducir el papel del Estado nacional calificado de centralizador e ineficiente¹⁷.

La descentralización de la salud debe ser entendida como una estrategia política, que pretende alcanzar objetivos económicos y políticos. Es un proceso muy complejo en el que se modifican la distribución de poderes de los actores que intervienen en la provisión de los servicios y comprende transformaciones institucionales, financieras y de gestión microeconómica.

Entre los objetivos políticos se destacan: el reforzamiento del poder y la toma de decisiones en subniveles del gobierno, al mismo tiempo que se debilitan las posiciones de la burocracia central y de los sindicatos y se atomizan los conflictos, el aumento de la participación ciudadana y por lo tanto de la democratización, lo que conduce a la implementación de una gestión compartida de responsabilidades.

Los objetivos económicos de eficiencia, y calidad en la provisión de servicios de salud se basan en los siguientes supuestos: 1. La mejor información obtenida por los servicios de salud descentralizados sobre las condiciones y las necesidades locales de salud, conduce a aumentar su eficiencia técnica y social¹⁸. 2. El involucramiento de la

¹⁶ GUIMARAES, Luisa, Modalidades de descentralización en el Sector Salud y sus contribuciones a la equidad, OPS, 2001, p: 4.

¹⁷ IBID, GUIMARAES, Luisa, p: 5. El Estado centralista al tomar decisiones generales y no selectivas, produce inequidad, lo que además incrementa o mantiene las diferencias entre zonas o regiones. La toma de decisiones descentralizadas, por lo tanto llevan teóricamente a la eficacia y a la eficiencia de la gestión pública.

¹⁸ CEPAL, La descentralización de la educación y la salud, 1998, p: 18-20. La eficiencia puede ser técnica y social. La técnica se da cuando el proceso produce resultados con el uso más apropiado y la mejor combinación de recursos. La eficiencia social, se relaciona con los valores de los individuos o de la comunidad que se reflejan en la elección de diferentes combinaciones de insumos, para lograr una variedad de resultados; por lo tanto un gobierno descentralizado

comunidad subnacional, así como el control social local, pueden movilizar recursos, lograr que el manejo económico-financiero de los mismos tenga transparencia y eficiencia local y establecer mecanismos de control de la calidad en los servicios de salud.

Acogiendo el discurso localista y las razones económicas de eficiencia y calidad junto, con las mayores posibilidades de participación de los actores locales y una reformulación del liderazgo local y sectorial de la salud, la descentralización de los servicios de salud, apunta a mejorar la calidad en la prestación de los servicios, ampliar su cobertura, manejar eficaz y eficientemente los recursos, asegurar la equidad y solidaridad y aumentar la participación de la población en la toma de decisiones y en el control de las acciones.

Como todo proceso innovador existen ventajas y desventajas en su aplicación. Entre la ventajas de la descentralización de los servicios de salud se mencionan las siguientes: estimula el mejoramiento en la prestación de los servicios, involucra a la población en la toma de decisiones sobre necesidades y soluciones en asuntos prioritarios de salud, mejora la asignación de recursos estatales y locales según las necesidades de grupos vulnerables, estimula al personal local al generar mayor motivación, más dedicación y más productividad, fomenta la colaboración intersectorial, acelera la ejecución de programas de desarrollo y ayuda a la reducción de las inequidades en salud^{19 20}.

Entre las dificultades, se advierten los siguientes argumentos: crecimiento de poderes locales que interfieren en las políticas, mayores costos de transacción en relación a la necesidad de coordinación, fragmentación y duplicación de servicios, ausencia de la generación de economías de escala, limitaciones en las capacidades técnicas locales, niveles inadecuados de descentralización de la autoridad, dificultades para encontrar fuentes locales seguras de recursos, métodos limitados de control y de supervisión aplicados por los niveles superiores, variable capacidad de la sociedad civil de cosustanciarse con la descentralización. Un factor importante, intangible, difícil de

se supone tiene más posibilidades de conocer éstos valores, preferencias y necesidades y en consecuencia adecuar el abastecimiento de servicios de salud a la demanda.

¹⁹ MILLS, Anne, Descentralización de los Sistemas de Salud, OMS, 1990, p: 41.

²⁰ CARE, Proyecto Apolo, Descentralización de la teoría a la práctica, de la práctica a la teoría, 2001, p: 1.

medir, es referente a la autoridad, capacidades, y aptitudes que los trabajadores locales piensan que tienen para cambiar las circunstancias²¹.

1.2.2. Descentralización de la Salud en países Latinoamericanos

Algunos países Latinoamericanos, tienen un camino recorrido en el proceso de descentralización y cuentan con análisis evaluativos de ésta estrategia. Vamos a comentar algunos casos sobre todo resaltando la información de los recursos humanos dentro de estos procesos:

En México se realizó una descentralización gradualista, para permitir que los Estados se capacitaran antes de recibir las transferencias, se fortalecieron los servicios hasta un nivel que pudieran ser transferibles, éstos se cedieron en comodato a los gobiernos estatales y la tutela de los trabajadores se transfirió a los gobiernos estatales.

El alcance de la descentralización Mexicana en la década de los ochenta, se afectó por tres problemas: 1. La segmentación del sistema de salud, que obligó que la descentralización se circunscriba a los servicios de salud de la población que no estaba protegida por los varios sistemas de aseguramiento, 2. Por los diferentes regímenes laborales y 3. Por los esquemas de financiamiento diversos de los distintos gobiernos federales que no favoreció que los estados asuman costos crecientes en el financiamientos de los servicios²².

En un balance de resultados, se advirtió que después de un periodo de ajuste, en el cual disminuía la productividad, se lograba alcanzar un nivel 25% superior al que existía antes de la descentralización²³.

En la década de los 90 se inicia un proceso de descentralización que puede ser considerado de segunda generación, en éste proceso se mantiene la independencia de la

²¹ MILLS, Anne, Descentralización de los Sistemas de Salud, OMS, 1990, p: 27.

²² SOBERÓN-ACEVEDO, Guillermo, La descentralización de los servicios de salud de México en la década de los ochenta, Revista de Salud Publica Mexicana, 38, 1996, p: 371-378.

²³ IBID, SOBERÓN-ACEVEDO, Guillermo, p: 375.

agrupación gremial y el respeto a las leyes laborales federales y se continúa con un grado de autonomía relativamente limitado en el área de recursos humanos²⁴.

La descentralización en Bolivia, se llevó a cabo conjuntamente con un cambio en el Sistema Sanitario y con la introducción del seguro materno-infantil. La implementación de la descentralización fue rápida, abarcó todo el territorio y no fue gradual, una característica es que se han distribuido los papeles en el nivel intermedio y local, no en relación con los niveles de atención en salud, sino en relación con los insumos sobre los cuales los distintos niveles ejercen su responsabilidad de administración.

En éste sentido los departamentos administran los recurso humanos y los municipios se encargan de la gestión y operación de la infraestructura; por lo mencionado éste tipo de descentralización es por “factores”, que exige de mecanismos de coordinación vertical entre los niveles del gobierno. La Secretaría Nacional de Salud Pública controla el cumplimiento de la normativa y la comunidad se encarga de la identificación de la demanda y del control social a través de los comités de vigilancia. En el modelo Boliviano la gestión de personal y de los programas tienen autonomía parcial en el nivel intermedio²⁵.

En Colombia la salud es uno de los sectores que primero se descentralizó, a través de la ley 100 de 1990 y de la ley 60 de 1993. El modelo considera, altos niveles de autonomía a los departamentos y a los municipios en el aspecto financiero, en la organización de los servicios y en la gestión de los recursos humanos, salvo en despidos de personal, aspecto regido por la carrera administrativa, se han realizado avances importantes en el nivel de autonomía departamental y avances moderados en la autonomía municipal. Los menores avances están en la formación de un mercado de trabajo para el sector salud, debido a la ley de carrera administrativa que restringe la negociación, rigidiza los niveles salariales, dificulta la entrada y la remoción e impide el establecimiento de incentivos en perjuicio de los propios trabajadores²⁶.

²⁴Acuerdo Nacional para la descentralización de los Servicios de Salud, www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a250996.

²⁵ CEPAL, La descentralización de la educación y la salud, 1998, p: 72-73.

²⁶ IBID, CEPAL, p: 82.

El modelo de descentralización de Brasil se inicia en 1970, en sus inicios fue liderado por el personal del área médica principalmente del sector público. Desde 1993 se destaca el carácter municipalista del modelo, las competencias específicas del nivel municipal son la elaboración, administración y ejecución de acciones y servicios de salud local y el papel de los estados es la planificación regional de las políticas de salud. La función de contratación de personal lo realizan mayoritariamente los niveles subnacionales, a diferencia de los otros casos latinoamericanos en los que ésta competencia se tiende a mantener centralizada. Los gobiernos subnacionales incluidos los municipios pueden dictar sus propias leyes orgánicas y sobreponerse a las leyes ordinarias federales, y mantienen una importante dependencia de los recursos del nivel central²⁷.

De las experiencias Latinoamericanas se pueden anotar en extenso, lo referido en el artículo de la CEPAL 1998:

1. En la mayoría de los países la descentralización ha sido impulsada por el nivel central, los motivos principales han sido en el aspecto económico la búsqueda de una mejor eficiencia técnica en la provisión de los servicios de salud y, en el aspecto político han predominado las razones de distribución del poder político y las demandas de democratización.
2. En algunos países la descentralización ha sido por decretismo (caso de Bolivia y Chile), en otros por pactismo; los niveles subnacionales y el nivel central participan en una negociación y en un proceso gradual, en el que los gobiernos subnacionales deben cumplir determinados requisitos (caso de Colombia y México en la década de los 90) o bien se insertan en un esquema opcional o no obligatorio (caso de México en la primera década de descentralización y caso del Ecuador).
3. Hay heterogeneidad en cuanto a la autonomía entregada y a los niveles subnacionales involucrados en el proceso.

²⁷ IBID, CEPAL, p: 76.

4. En todos los países (excepto Brasil y Argentina) los recursos humanos, constituyen el área que se mantiene relativamente más centralizada, como consecuencia de regímenes de carrera administrativa del sector.
5. En el Ecuador, están confluyendo cambios nacionales en la gestión de los recursos humanos como es la nueva ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa. La tendencia es unificar a todos los trabajadores bajo un mismo régimen laboral e introducir en la ley las nuevas tendencias en la gestión, mejoras salariales para los trabajadores que menos ingresos perciben y lograr una manejo de los recursos humanos más equitativo.
6. En general la participación de la comunidad en los procesos de control, o definición de políticas de salud es deficiente, y por lo tanto es posible que no exista una mejoría en la eficiencia social (mayores intentos de participación se dan en Bolivia y Brasil)
7. Existe poca evidencia sobre la evolución de la eficiencia técnica de la provisión, medida a través de indicadores de costo-impacto.

Los aspectos que siguen problemáticos son: la escasa autonomía en algunas funciones, en particular en la gestión de los recursos humanos, el poco desarrollo de los marcos regulatorios para la asignación de los recursos y para la supervisión de los sistemas de provisión, modelos de provisión difíciles de coordinar y regular, falta de autonomía de las unidades productoras de servicios, sistemas de información inadecuados, esfuerzos de capacitación insuficientes para el nuevo modelo de provisión²⁸ y, las crisis de financiamiento del sistema público de salud.

En referencia a éste último punto, un hecho frecuente que ocurre en la mayor parte de los países en que se ha implantado la descentralización, es que se busca incrementar la participación financiera de los gobiernos regionales y locales y se estimula el desarrollo

²⁸ IBID, CEPAL, la descentralización de la educación y la salud, p: 103

de formas de pago directo por los servicios, o en su defecto se limitan las acciones sanitarias a determinadas intervenciones que pueden ser de bajo costo y alta cobertura²⁹.

1.2.3. Descentralización de la Salud en el Ecuador

La política nacional de descentralización del sistema nacional de salud del Ecuador, comienza a tomar forma paulatinamente desde hace aproximadamente unos 20 años a través de una serie de enunciados teóricos en los Planes de los Gobiernos. En el período de 1993 a 1996 en la Agenda de Desarrollo del entonces Presidente Durán Ballén, se enuncia a la descentralización como uno de los ejes de la política social, dentro del marco de la modernización del Estado.

En la misma época, el Ministerio de Salud Pública aplica las recomendaciones de Organismos Internacionales para la creación de los sistemas locales de salud, como una forma idónea para desconcentrar y descentralizar los servicios de salud, para lo cual se empeña en la creación y fortalecimiento de las áreas de salud. La idea es entonces desconcentrar progresivamente la áreas de salud, hasta llegar a la descentralización, aplicando un nuevo modelo de atención con una organización regionalizada con base local³⁰.

A partir de 1994, la reforma de la salud en el Ecuador en la que participan instancias centrales de gobierno a través del Consejo Nacional de Modernización, con el apoyo de Organismos Internacionales como: OPS, BID; proponen, pasar de un modelo eminentemente estatal a un modelo mixto con énfasis economicista.

Para el cometido señalado, se conforman comisiones biministeriales tanto del Ministerio de Salud Pública como del Ministerio de Bienestar Social, encargados de presentar una propuesta de reforma. En ésta propuesta el modelo de gestión, hace hincapié en la descentralización, autonomía y autogestión de los hospitales y de las áreas de salud.

²⁹IBID, Leyva Rene, Descentralización de los Servicios de Salud: ¿Una Política de las Crisis del Fin de Siglo?, phmovement.org/pubs/issuepapers/flores.

³⁰ CEPAR, Análisis y Promoción de Políticas de Salud, 1994, p: 90.

En 1995, en el debate de la reforma del sector salud, se hace presente con mayor intensidad la voz del Ministerio de Salud, mediante el Consejo Nacional de Salud, el que se conforma definitivamente en 1980. Dentro de uno de los justificativos que éste organismo plantea para la reforma, analiza la débil organización y gestión de los servicios y propone la necesidad de una descentralización y participación social efectiva³¹.

A partir de los diversos espacios y caminos iniciales para la descentralización descritos, la misma comienza a tomar más ímpetu cuando se escribe la nueva Constitución Política del País en 1998. Legalmente desde entonces, la descentralización de la salud se enmarca en: la Constitución Política del Ecuador Arts. 1, 35, 45, 124, 225, 226, en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Arts. 3, 4, 6, 9, 10, 133, 14, 15, 16, 17, 30, en el Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Art. 60, en la Ley Especial de Descentralización del Estado y Participación Social Arts. 2, 3, 4, 5, 13, en la Ley para la Reforma de las Finanzas Públicas Art. 55 y en el Pronunciamiento del Procurador General del Estado de Marzo del 2004.

La breve reseña histórica señalada revela, que la política nacional de descentralización de la salud ha sido decidida, a lo largo de unos veinte años aproximadamente y desde la centralidad del gobierno. En ésta política se han advertido, varios elementos como, poca participación de lo local, inobservancia de las particularidades: económicas, culturales, políticas y sociales de los diferentes espacios socio-territoriales y de las especificidades de la estructura simbólica de lo local y de lo regional. Situaciones que sin lugar a dudas produce limitaciones en las potencialidades del proceso, transformándose en una política nacional con –amplia base legal- pero probablemente con poca legitimidad social sobre todo en lo local.

Lo mencionado, se ha traducido en las dificultades que el proceso ha tenido para su real concreción, a lo que se suman circunstancias políticas del Ministerio de Salud y, de los gremios tanto de profesionales como de trabajadores de la salud, que se han opuesto a su aplicación.

³¹ IBID, CEPAR, p: 58.

Dentro de la lenta implantación nacional de la estrategia de la descentralización de la salud, ha surgido una experiencia local en el cantón Cotacachi de la provincia de Imbabura, de gran interés en función de que es el primer cantón que asume la descentralización de la salud.

1.2.4. Descentralización de la salud en el Cantón Cotacachi

El cantón Cotacachi, está ubicado en la parte sur occidental de la provincia de Imbabura. Es el cantón más extenso de los seis que conforman la provincia, con una superficie de 1809 Kilómetros cuadrados (20.6% del territorio total de la provincia). La población del Cantón es de 37.254 habitantes, el 80.24% de ésta población es rural y el 19.76% se encuentra en el área urbana.

Cotacachi es el cantón más pobre de la provincia de Imbabura. En general todas las parroquias tienen un índice de pobreza sobre el 70% y de indigencia sobre el 50%; las parroquias de García Moreno, Imantag, Plaza Gutierrez, Cuellaje y Vacas Galindo están con más del 90% de pobreza, estas parroquias representan el 50% de las parroquias del Cantón. La tasa de analfabetismo supera al referente provincial y nacional, con mayores porcentajes en las zonas rurales y en la población femenina. El 44% de las mujeres de 15 y más años del área rural son analfabetas.

La situación de salud revela varios problemas como, bajas coberturas de los servicios de salud, altas tasas de mortalidad infantil y prevalencia de enfermedades asociadas con la pobreza, limitado acceso de la población sobre todo rural a los servicios de salud, limitado financiamiento e ineficiencia en el uso y distribución de recursos, falta de calidad, equidad y calidez en la provisión de servicios, débil coordinación entre proveedores, ausencia de integración de la medicina occidental y tradicional y, poca participación comunitaria en la identificación y solución de problemas de salud debido especialmente a la falta de organización social³².

Frente a la baja calidad de vida y de salud de la población, el Gobierno local del Cantón, liderado por uno de los pocos Alcaldes indígenas que existen en el país, propone a partir de 1996, un espacio de participación social, fortalecimiento de la democracia

³² IBID, CEPAR, p: 106 -110.

participativa y de la planificación y acción colectiva en salud. La finalidad es alcanzar el desarrollo integral y sustentable del cantón.

En 1996, se crea el Comité Intersectorial de Salud, como instancia de debate, planificación, formulación y control de las políticas locales de salud. En 1997 el Consejo Municipal aprueba la ordenanza de “Cantón Saludable”. En 1998 se solicita al Ministerio de Salud Pública la descentralización de la salud. En el mismo año, se organiza la Secretaria Técnica para coordinar y gerenciar el Sistema Descentralizado de Salud del cantón. En el 2000, se suscribe entre el Comité Intersectorial de Salud y el Ministerio de Salud Pública el convenio de implantación del subproyecto de Sistema Descentralizado de salud para el cantón.

Mediante el Convenio de 17 de junio de 2003, se descentralizan las competencias y los recursos establecidos en el área de Salud No 3 de Cotacachi al Municipio de Santa Ana de Cotacachi, convirtiéndose en el primer Municipio que asume la descentralización de la salud. La misma que se efectúa con profundos tropiezos y lentitud en relación a varios factores, entre los cuales podemos señalar como los más relevantes los siguientes: dificultades locales para la asunción de la descentralización de la salud, impulso disminuido desde el Ministerio de Salud Pública, y oposición de los recursos humanos de los servicios de salud de Cotacachi.

1.2.5. Descentralización de los recursos humanos de la salud en el Cantón Cotacachi

El convenio de descentralización, en la cláusula 2.3. De los Recursos Humanos, establece que:

“El Ministerio de Salud Pública transfiere y garantiza la asignación a favor del Municipio de Cotacachi Gobierno Local, los recursos humanos, que laboran en el área de salud No 3, que destina actualmente para la cobertura de las

competencias señaladas, con sus correspondientes financiamientos, sea vía partidas presupuestarias o fondos para contratos de diversa índole, incluidos los contemplados en medicatura, enfermería y odontología rural, FONNIN, déficit de salud rural, devengantes de beca, postgradistas, autogestión, riesgo compartido, servicios profesionales, servicios ocasionales y cualesquier otro existente:” y 2.3.1:

“En consideración al principio de progresividad, se establece dos fases de transferencia del recurso humano:1) el que se encuentra bajo el régimen servicio civil y carrera administrativa, deberá ser traslado máximo hasta el mes de octubre del 2003 y 2) el de contratación colectiva hasta un año desde la fecha de firma del presente Convenio, esto es desde el 17 de junio del 2003”³³.

Se establece además que el Municipio de Cotacahi:

“respetará los plazos y términos para ejecutar los trasposos del recurso humano antes señalado, mantendrá informada de las acciones que se realicen durante este período de delegación al Ministerio de Salud Pública y respetará los regímenes y los derechos en que se encuentra el recurso humano de esta área de salud”, y que será el Ministerio de Salud Pública el que negocie la firma del noveno Contrato Colectivo de los trabajadores sindicalizados.

³³ ADENDUM, al Convenio de descentralización y transferencia de competencias y recursos del Área de salud No 3 de Cotacahi, entre el Ministerio de Salud Pública el Municipio de Cotacahi-Gobierno Local, 2003, p: 1-2.

El Convenio de Descentralización y el Adendum, establecen el respeto a los derechos y obligaciones de los trabajadores consignados en las leyes laborales nacionales, y que la transferencia de los trabajadores sindicalizados debe cumplirse hasta junio del año 2004. Por consiguiente el análisis del subsistema de motivación e incentivos se debe realizar, considerando los marcos regulatorios de la Constitución, del Código del trabajo y del octavo Contrato Colectivo vigente.

En la negociación del noveno Contrato Colectivo en la que va a intervenir el Ministerio de Salud Pública, sería deseable reflexionar sobre el estado de los recursos humanos sindicalizados en los procesos de descentralización.

Este espacio de análisis debe contribuir a redefinir sus formas de trabajo, sus relaciones laborales, “su papel ante las nuevas formas de organización del poder, su proyección ética para organizar respuestas dirigidas a la salud de la gente, su contribución al fortalecimiento de las estructuras públicas venidas a menos, su capacidad de interpretar las diversas formas de concebir la vida y la salud por parte de las comunidades locales y su potencialidad para llevar a cabo acciones de abogacía por la salud”³⁴.

1. 3. Los Recursos Humanos en las Organizaciones

1.3.1. Posición de los Recurso Humanos dentro del desarrollo histórico de las Organizaciones

Es importante tomar en cuenta, la posición y grado de valoración que han tenido los recursos humanos a lo largo de la historia de desarrollo de las organizaciones. El objetivo de comprender su estado actual y tener una visión contextualizada con los diversos componentes sociales, económicos, políticos y culturales, que han incidido en su formación y evolución.

³⁴ GRANDA, Edmundo, BRICEÑO, Mirta, Cambios Contextuales y sus impactos en los Recursos Humanos de Salud, Diplomado de Gerencia de Sistemas de Salud, (sin año), p: 6-7.

Haciendo un sucinto análisis, se puede decir que, la humanidad pasa desde los gremios artesanales estructurados en forma patriarcal, con actividades designadas por vínculos personales y por la tradición, con personas no intercambiables que desarrollaban una forma de vida y no un desempeño, hacia las organizaciones modernas.

En las organizaciones modernas, se comienza a considerar la racionalidad de las actividades, las mismas que se enmarcan en una estructura burocrática, a las que las personas se integran a través de papeles individualmente asignados, para perseguir el fin que tiene la organización. Dentro de la estructura burocrática es importante el creciente progreso técnico e influencia de los preceptos legales³⁵.

De manera similar, se imponen las nuevas teorías sobre la administración que estaban empeñadas en demostrar que los trabajadores operan con regularidades de validez general o universal, dentro de estas teorías sobresale la de Taylor. En ésta teoría a través de un estudio de los tiempos y de los movimientos para descubrir la “mejor forma de realizar el trabajo”, se establecen una serie de recomendaciones dirigidas al incremento científico y matemático del rendimiento de la fuerza de trabajo, para lograr un incremento de la producción de la organización³⁶.

En el Taylorismo, la principal unidad de análisis es “el individuo en su puesto de trabajo” y no la organización en su conjunto, se concibe al trabajador como un instrumento de la producción, como una máquina, dejando de lado las variables psicológicas y sociológicas del comportamiento organizacional; situación que responde al contexto general de cambio que se producen en las estructuras del capitalismo a fines del siglo XIX.

³⁵ MAINTZ, Renate, Sociología de la organización, (sin año), p: 26-27.

³⁶ TAYLOR, Frederick, Principios de la Administración científica, (sin año), p: 10: “El interés es el de asegurar la máxima prosperidad para el patrón, junto con la máxima prosperidad para cada uno de los empleados” objetivo que puede ser considerado racional, y humanitario, más aún cuando Taylor considera que los verdaderos intereses entre empleados y patronos no tienen que ser antagónicos, sin embargo Taylor reduce las causas del problema de rendimiento a una “holgazanería natural de los trabajadores” y a un bajo rendimiento sistémico y natural tanto de los trabajadores como de los administradores, otro elemento importante a mencionar es que Taylor afirma como principio general de que en “las artes mecánicas la ciencia que sirve de base a cada acto de cada trabajador es tan complicada y alcanza a tanto que el operario es incapaz de entender plenamente dicha ciencia sin la guía y ayuda de los que están trabajando con él o por encima de él, ya sea por su falta de instrucción o por su capacidad mental insuficiente”; principio que descalifica las potencialidades del trabajador como sujeto pensante, y actuante y con capacidad de aprendizaje permanente.

En la misma época, los aportes de Max Weber con el “tipo ideal de burocracia moderna”, describe la imagen o la estructura a que aspira una organización. Esta teoría, responde a la disposición que para entonces desarrollaron los estados, tanto de medios administrativos, financieros y materiales, situación que facilitó el desarrollo del tipo estructural burocrático de la administración.

Max Weber atribuye a la burocracia moderna las siguientes características predominantes: forma en que se reclutan los funcionarios (selección con arreglo a su capacidad profesional), provisión de cargos mediante contrato y basada en la capacidad profesional, paga fija, actividad esencialmente profesional del funcionario, la separación de los funcionarios de los medios administrativos y la posibilidad de ascenso por el rendimiento o por el tiempo del servicio, la escala de cargos que forma un sistema de jerarquización de control y de fiscalización, la competencia de los cargos, el establecimiento de obligaciones específicas, las facultades de mando y las sanciones permitidas para cada empleo, y que las actividades administrativas se ejerzan según un sistema de reglas impersonales y fijas³⁷.

Los aportes de Max Weber, colocan al individuo-trabajador y a las organizaciones dentro de una “jaula de hierro”, efecto perverso que el mismo Weber imaginó como una consecuencia social potencial negativa, producida por la aplicación rígida o distorsionada de los principios de la burocracia³⁸.

Las organizaciones y los recursos humanos, por lo tanto responden a variadas y complejas dimensiones sociales, que establecen las características de los procesos productivos, en los cuales los trabajadores han sido visualizados y por lo tanto tratados de manera diferente. Estos paradigmas de las organizaciones y de sus trabajadores, han sido descritos como escuelas, cada una de las cuales corresponde a una etapa determinada y tienen como referentes teorías específicas.

³⁷ IBID, MAINTZ, Renate, p: 21.

³⁸ “Capitalismo triunfante que se sustenta en bases mecánicas..... Especialistas desprovistos de espíritu, sensualistas desprovistos de corazón; estos ineptos imaginan que han alcanzado una civilización nunca antes obtenido” CASTELLS, citando a Weber, La Era de la Información, 1996, Vol I, p: 227.

1.3.2. Las Escuelas y Teorías de las Organizaciones

Históricamente se han dado las siguientes escuelas:

La escuela clásica o la de la teoría universalista, intenta identificar en las organizaciones semejanzas en materia de estructura y proceso, considerando que existen un limitado número de principios universales, que pueden ser utilizados con un carácter normativo para la acción gerencial.

Dentro de ésta escuela se encuentra la de Relaciones Humanas³⁹, que explica el comportamiento de los trabajadores no tanto por las características de su personalidad individual adquiridas socialmente en el pasado y fuera de la empresa, sino en las características de la organización social constituida por la propia empresa. La contribución de ésta escuela es que desde entonces el trabajador ya no es considerado como un “ente aislado” sino apreciado en calidad de miembro de un grupo.

Las subescuelas de la escuela de Relaciones Humanas son: la Ortodoxa de Chicago y la Interaccionista⁴⁰. La Ortodoxa, trató de explorar las relaciones de la productividad con aspectos del comportamiento organizacional como la motivación, la moral, el estado de ánimo, la cohesión del grupo. El resultado fue el descubrimiento del impacto de la vida del grupo sobre el comportamiento del trabajador individual, observando que el trabajo no siempre se conducía con arreglo a las normas de la dirección y conforme a la lógica del *homo economicus*.

³⁹ MOUZELIS, Nicos, Organización y burocracia, 1991, p: 105-111: Escuela intelectual altamente diversificada y combatiente que incorpora autores que contemplan la organización desde puntos de vista diferentes. Se basa en el trabajo de psicólogos industriales y de la psicología experimental, que modifican el modelo Tayloriano en cuanto toman en cuenta los aspectos físicos y psicológicos del trabajador para tratar de examinar empíricamente el comportamiento humano en los marcos organizacionales.

⁴⁰ IBID, MOUZELIS, Nicos, p: 119: El marco conceptual de éstas escuelas es que el comportamiento organizacional puede ser contemplado como un sistema social, es decir un todo de partes interdependientes y, utilizan como instrumento la diferenciación entre organización formal e informal. La organización informal se refiere a los valores y pautas de comportamiento no derivados de las reglas formales, sino emergidos naturalmente de la interacción del grupo de trabajo, la organización formal se refiere a las reglas oficiales y al comportamiento por ellas establecidas. Dentro de ésta escuela un autor Warner y sus discípulos, analizan no solo las variables internas organizacionales sino también el efecto de variables externas como religión, etnia, clase social en el comportamiento organizacional.

Esta teoría arguye también, que la lógica de sentimientos y las normas del grupo son diferentes e incluso opuestas a la lógica de la dirección y, que la tendencia de la dirección a no tomar en cuenta la organización informal producía una ruptura de comunicación de la cúspide y la base de la jerarquía. Una de las sugerencias de la escuela Ortodoxa es que la dirección debe tomar en cuenta a la organización informal, cuyas normas deben estar en armonía con los fines de la organización.

La subescuela interaccionista, centra su atención más en lo que los trabajadores hacen y en la manera de establecer contactos entre sí o interacciones. Considera como una meta el cambio de las actitudes de los trabajadores mediante el cambio de la estructura tecnológica e interaccional de la organización y mediante el estudio del comportamiento interaccional de cada personalidad individual. El fin es situar al trabajador en la posición más adecuada de acuerdo a sus condiciones.

La escuela de Relaciones Humanas y sus subescuelas, dan al trabajador una única importancia exclusiva, sin considerar la organización en su conjunto como una totalidad e ignoran las relaciones de poder e intereses como base inevitable del conflicto social organizacional.

Posteriormente hay una nueva mirada de las organizaciones. Estas son analizadas desde y hacia un entorno, surgiendo el planteamiento de las estrategias organizacionales en las que hay que conciliar las fuerzas de estabilidad y cambio.

Desde éste enfoque, lo medular es aprender a reconocer tres tiempos interconectados y sobrepuestos: 1. el período de estabilidad de la organización, (cuando deben surgir las estrategias emergentes a ponerse en práctica en los períodos revolutivos) 2. El tiempo de los cambios evolutivos (o cambios que están dentro de la dirección propuesta por la estrategia) y 3. el período de disturbios o cambios revolutivos, momento en que la organización se reestructura en su estrategia para adaptarse al medio ambiente. Este tipo de planteamiento estratégico de las organizaciones se centra en el saber personal y sentido del director y no en un saber Institucional.

El planteamiento estratégico se ve modificado por el surgimiento de los nuevos retos productivos capitalistas, el avance tecnológico e informacional, entrando

necesariamente las organizaciones y su entorno a una nueva corriente de pensamiento y de acción.

En estas nuevas formas organizacionales la meta es brindar flexibilidad, para hacer frente a la incertidumbre causada por el rápido ritmo de cambio en el entorno económico, institucional y tecnológico respondiendo así al nuevo modelo de economía informacional y global⁴¹.

Dentro de los cambios organizacionales de la nueva economía informacional se encuentran: 1. la producción flexible, el toyotismo o sistema de gestión ideado para reducir la incertidumbre, caracterizado por la mano de obra multifuncional, el justo a tiempo, el control de la calidad total, y la interacción entre el conocimiento explícito y el conocimiento tácito de los trabajadores como fuente de innovación para generar empresas creadoras de conocimiento lo que conlleva a una profunda transformación de la relación entre la dirección y los trabajadores, 2. el cambio de la estructura organizacional desde burocracia vertical a la gran empresa horizontal (con siete tendencias: organización en torno al proceso no a la tarea, jerarquía plana, gestión en equipo, medida de los resultados por la satisfacción del cliente, recompensas basadas en los resultados del equipo, maximización de los contactos con los proveedores y clientes, información, formación y retención de los trabajadores en todos los niveles), proyectos empresariales representados por una red.

Sin embargo, es posible suponer que el poder alcanzado por la empresa red, determine efectos perversos. Estos se visualizan, por la imposición sobre la voluntad de las empresas, sobre la identidad del yo de los trabajadores, ya que valora y adhiere a su estructura sólo aquello que juzga productivo y excluye lo que no añade valor a la

⁴¹ CASTELLS, Manuel, La Era de la Información, Economía, Sociedad y Cultura, Vol I, 1996, p: 93- 120- 223 al 227: “ La productividad y competitividad de los agentes de ésta economía depende fundamentalmente de su capacidad para generar, procesar y aplicar con eficacia la información basada en el conocimiento y, la producción, el consumo y la circulación están organizados a escala global, de ésta manera la productividad se genera y la competitividad se ejerce por medio de una red global de interacción” “ El espíritu del informacionalismo a manera de símil con el espíritu del capitalismo de Weber, tiene los elementos históricos de: redes empresariales, herramientas tecnológicas, competencia global, estados desarrollistas, ethos empresarial de la acumulación, atractivo renovado del consumismo, como formas culturales impulsoras en las organizaciones del informacionalismo; para construir una cultura de lo efímero, multifacética y virtual, una cultura de la “destrucción creativa”.

interminable carrera de la producción y del consumismo. Lo expuesto puede ser considerado como una jaula cibernética para el ser humano.

Luego de esta breve reseña histórica, es posible estimar que los servicios de salud del país pueden ser definidos como un modelo burocrático híbrido, en razón de que podemos distinguir en éstos, pocos elementos del tipo ideal de la burocracia de Weber⁴², conjuntamente con manifestaciones de los efectos perversos percibidos por el autor; por ejemplo se observan los elementos que a continuación se detallan:

- Los sistemas de normas, referidos a los derechos, deberes y obligaciones de los trabajadores, se aplican como fines de los diferentes grupos de trabajadores y no como medios de la organización.
- En la burocracia Weberiana, se resalta la importancia de la existencia y del cumplimiento de reglas y reglamentos formales que regulan las acciones de los trabajadores. En los servicios de salud, las mismas están muy dispersas, no son conocidas o simplemente no existen. Sin embargo, se observa intentos permanentes de hacer acorde los sucesos reales, con los previstos en las normas y reglamentos a través de una fidelidad a la ley y al reglamento y a su interpretación. La consecuencia es la rigidez de los servicios, que no les permite actuar estratégicamente, peor flexiblemente frente a los cambios del entorno.
- Predominio del trabajo individual con enfoque a las tareas y actividades más que a los resultados. A lo que se añade la frecuente falta de autonomía en las decisiones, falta de coordinación e incluso de comunicación entre los diferentes departamentos funcionales. En éste punto, se aplica en exceso la especialización del puesto de la burocracia Weberiana.

⁴² IBID, Serie de Informes Técnicos, Gestión de Recursos Humanos para la Salud , OMS, 1999, p: 26:

Muchos organismos de la función pública se basan en las características de un modelo "ideal" de burocracia y, los servicios de salud especialmente en los niveles secundario y terciario están en general organizados como burocracias.

- Predominio de una estructura jerárquica, piramidal, medicalizada, ya que generalmente el médico es el decidor de los procesos⁴³. Se aprecia también una marcada división del trabajo. La jerarquía de autoridad de la burocracia Weberiana se aplica, concentrando la autoridad en un solo grupo de trabajadores de la salud: los médicos, lo que conduce a una alteración de la línea de autoridad de la clásica estructura organizacional jerárquica.
- Los otros elementos descritos en el “tipo ideal de la burocracia”, que permitirían una mejor estructura organizacional no se han desarrollado, tal es el caso de la provisión de cargos basada en la capacidad profesional, las posibilidades de ascensos por el rendimiento, la competencia de los cargos, etc.
- A su vez se han fortalecido al mismo tiempo que se han desvirtuado, algunas características de la burocracia Weberiana, como: provisión de cargos por medios de contratos vitalicios, las posibilidades de ascenso por el tiempo de servicio, actividades administrativas ejercidas según un sistema de reglas impersonales y fijas, etc.; situaciones que no ayudan a la efectividad de las organizaciones y perjudican a los servicios de salud.

Dentro de éste modelo burocrático híbrido, los recursos humanos han actuado como “entes individuales”, formando aislados grupos informales y formales. Uno de los grupos formales es el de los trabajadores sindicalizados. En éstos ha repercutido, o éstos han potenciado, los componentes de la estructura burocrática híbrida señalada, sin lograr armonizar con los fines de los servicios de salud.

En éste sentido, es posible apreciar que los servicios de salud se desenvuelven en un ámbito cultural-organizacional particular, y sus recursos humanos⁴⁴ están sometidos a una desvirtuada racionalidad instrumental, dentro de un híbrido burocratismo.

⁴³ MERINO, Cristina, El mercado de trabajo Médicos y Enfermeras, Quito, 1994-95, p: 295-30.

⁴⁴ TOURAINE, Alain, Crítica a la Modernidad, 1998, p: 63: El individuo: entendido como la unidad donde se mezclan la vida, la experiencia el pensamiento y la conciencia, el sujeto: entendido como el individuo que tiene control sobre lo vivido para darle sentido personal, el individuo deviene en sujeto al arrancar al sí mismo y oponerse a la lógica de dominación social en nombre de una lógica de la libertad, de la libre producción de sí. El actor se inserta en relaciones sociales transformándolas, modifica el entorno material y social, transforma la división del trabajo, los modos de decisión, las relaciones de dominación y las orientaciones culturales. Sujeto y actor son nociones inseparables.

Reducidos a ser un recurso más de la producción, situación que probablemente no ha contribuido a la emergencia de sujetos-actores y de identidades colectivas en salud^{45 46}.

1. 4. Recursos Humanos de la Salud

1.4.1. Definiciones

El término recursos humanos en salud se refiere, a las personas que laboran activa o potencialmente en el sector salud como “empleados fijos o de nombramiento regular, contratadas como terceros, subcontratadas o sujetas a la compra ocasional de servicios personales”⁴⁷. El término puede considerarse sinónimo de fuerza de trabajo.

Los dos vocablos hacen referencia a la misma realidad, pero pueden ser utilizados de manera específica al relacionarlos con algunas variables conexas. Por ejemplo al mencionar, selección, perfiles profesionales, nivel de salario profesional etc., que son temáticas de la administración, el término usualmente usado es el de recursos humanos. Al mencionar los tópicos de desempleo, volumen del empleo, categoría ocupacional, nos referimos a variables sociales, y económicas, en éste caso se prefiere el término de fuerza de trabajo⁴⁸.

En el término de recursos humanos en salud, se pueden distinguir varias definiciones como, trabajador de la salud, profesionales de la salud, y personal de salud. Los

⁴⁵ TETELBOIN, Carolina, Actores Sociales ¿Una herramienta para el análisis de las políticas públicas en América Latina?, p: 238-240: “Actores-sujetos, entendidos como los portadores de la acción colectiva que apelan en su discurso o en su comportamiento a principios de estructuración o cambio de la sociedad, en los que el polo particularista referido a las características socioculturales de su categoría social y a las características organizacionales o institucionales de su medio, debe combinarse con su polo socio-político orientado por su posición de manutención, modificación o cambio del sistema social”.

⁴⁶ IBID, TOURAINE, Alain, p: 86: Movimiento social comprendido como el “esfuerzo de un actor colectivo, para apoderarse de los valores, de las orientaciones culturales de una sociedad; que se opone a las acciones de un adversario al que le unen relaciones de poder, el movimiento social es a la vez un conflicto social y un proyecto cultural, los movimientos sociales hacen surgir una nueva generación de problemas y conflictos a la vez sociales y culturales; ya no se trata de enfrentarse por la dirección de los medios de producción sino sobre las finalidades de éstas producciones culturales que son la educación, los cuidados médicos y la información de masas”.

⁴⁷ IBID OPS, La Transformación de la gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe, p: 225.

⁴⁸ BORRELL, Rosa, LOZANO, Wilfredo, Desarrollo de Recursos Humanos en Salud: La experiencia Dominicana, OPS/ OMS, (sin año) p: 61.

trabajadores de la salud son las personas que se “insertan directa o indirectamente en la prestación de servicios de salud, a lo interno de establecimientos de salud o en actividades de salud pudiendo tener o no, formación específica para el desempeño de funciones atinentes al sector”⁴⁹. En éste grupo se encuentran por ejemplo el personal administrativo (contabilidad, finanzas, asistentes administrativos) o los asesores (abogados, economistas, ingenieros comerciales etc.)

Los profesionales de la salud son “ todos aquellos que estando o no ocupados en el sector salud, (pudiendo estar desempleados en busca de trabajo) tienen formación profesional específica, o capacidad práctica o académica para el desempeño de actividades ligadas directamente al cuidado o a las acciones de salud”.

Dentro de éste grupo, se encuentran por lo tanto las personas con formación en salud, que trabajan en diferentes organizaciones o subsistemas de las mismas relacionadas con la salud, por ejemplo en la provisión de servicios de salud, en la investigación, en la academia, en la industria farmacéutica, en la planificación y la administración pública y aquellas personas que teniendo formación en salud, trabajan en sectores no relacionados con la salud cumpliendo tareas o funciones diferentes a las sanitarias.

Los profesionales de la salud son: médicos, odontólogos, enfermeras, obstetricas, ingenieros sanitarios, nutricionistas, trabajadores sociales, técnicos de laboratorio, y de radiodiagnóstico. No se consideran dentro de éste grupo a auxiliares (cocina, mantenimiento, limpieza, conserjería)⁵⁰. Finalmente, el término personal de salud, se refiere a la categoría que reúne a las personas “con formación específica práctica o académica que trabaja exclusivamente en los servicios o actividades de salud”⁵¹.

Como se observa, ésta división de los recursos humanos relaciona el vínculo o la ausencia de relación funcional con el sector salud, los conocimientos y habilidades específicos o no específicos para el sector y otros elementos que caracterizan a las personas. En el presente trabajo se va a utilizar el término de recursos humanos y/o

⁴⁹ IBID, MERINO, Cristina, El mercado de trabajo Médicos y Enfermeras, Quito, 1994-95, p: 45-46.

⁵⁰ IBID. p: 46.

⁵¹ IBID. p: 47.

trabajadores de la salud indistintamente, en consideración de las variables que van a ser analizadas.

1.4.2. Situación de los Recursos Humanos de la Salud, en las Reformas de los Sistemas de Salud

A la inherente complejidad del tema de los recursos humanos, actualmente se adicionan situaciones como: tendencias actuales de la reforma en salud, transformaciones de las organizaciones dentro de procesos globales mundiales: competitividad, mayor productividad, nuevos paradigmas organizacionales y, exigencias internas nacionales macroeconómicas (procesos de ajuste estructural); las que –entre otras- obligan a que se exploren nuevos desafíos en la gestión de los recursos humanos, sin que aún se hayan solucionado anteriores debilidades o desequilibrios concernientes a los mismos y a la estructura organizacional de los servicios de salud.

La nueva visión de los recursos humanos, exige además considerar las particularidades de las condiciones laborales, de los riesgos laborales, del nivel de competencia, de los niveles de cohesión de los trabajadores de la salud para fortalecer la salud de las colectividades, de los grados de legitimidad social y de poder político que los recursos humanos deben emplear, para enfrentar los nuevos desafíos que impone una sociedad global⁵².

Dentro de la temática de la presente investigación, a nivel de la región Latinoamericana los problemas de los recursos humanos, que aún se mantienen en grado diverso son:

- En la región en general, no se ha monitoreado la dinámica de los recursos humanos, para tener suficiente información que permita la toma de decisiones, en los distintos procesos de cambio, excepto en Cuba, Chile y Colombia.
- Problemas permanentes con el financiamiento, ya que al depender los trabajadores de la salud del financiamiento público, repercute en ellos

⁵² IBID, GRANDA, Edmundo, BRICEÑO, Mirta, p: 6.

directamente la restricción del gasto social en salud, situación que se ha dado como una constante en varios países, entre ellos el Ecuador⁵³.

- Procesos de descentralización que tienen un impacto muy fuerte alrededor de los recursos humanos, tanto en los regímenes de contratación, en los aspectos de sindicalización y negociación colectiva, en las necesidades de conocimientos o de nuevas competencias que deben desarrollar los trabajadores de la salud, ante los cambios en la concepción e instrumentación de la gestión⁵⁴.
- Reformas de los Sistemas de Salud, que plantean otras tendencias de gestión como: externalización, compra de servicios, contratos de gestión, mayor autonomía, autogestión con los consecuentes cambios en los requerimientos de del personal.
- Cambios en los modelos de atención, más dirigidos hacia la visualización de la salud, la atención general (médico generalista, médico familiar, etc.) y el ahorro, necesidades que presionan importantemente sobre las entidades de formación y capacitación de personal de salud, con miras a lograr respuestas más adecuadas a los requerimientos.
- Cambios en el financiamiento, se analizan nuevas modalidades de pago, privatizaciones, apertura de mercados con las consecuentes nuevas formas de contratación y pago del personal, cambios de composición del empleo en función a productividad, modificaciones en la duración de la jornada⁵⁵.
- Recursos humanos, con regulaciones legales-laborales nacionales, que pueden limitar las posibilidades regulatorias locales.
- Reducidas formas de evaluación del desempeño y de retribuciones en forma de estímulos o incentivos.

En lo concerniente a los servicios de salud, éstos presentan ciertas características que se han revelado como limitantes o como problemas que han dificultado un avance del sector:

- Es un sector altamente institucionalizado, desde el punto de vista de su organización formal y del nivel del personal técnico.

⁵³ PADILLA, Mónica, Nuevas Tendencias en la Gestión de Recursos Humanos en Sistemas de Salud en procesos de Reforma, Correo poblacional y de Gerencia en Salud, 2001, p: 3.

⁵⁴ OPS, Serie desarrollo de recursos humanos, 1997, p: 15-17.

⁵⁵ IBID, GRANDA, Edmundo, BRICEÑO, Mirta, p: 5.

- Presenta un elevado grado de intervencionismo estatal, el Estado es el que regula, financia, y provee los servicios de salud públicos.
- En los servicios de salud existe una marcada división del trabajo, y formas de coordinación diversas, predominando la supervisión estricta, y la normalización de las habilidades.
- La estructura organizacional de los servicios de salud es jerárquica, la comunicación formal está dirigida casi exclusivamente por los médicos y la comunicación informal establece una serie de constelaciones de trabajo, muchas de ellas determinantes en el juego de intereses grupales.
- Reducción de la demanda de trabajo en los servicios de salud públicos, en relación con la disminución progresiva del gasto social, que significa una relativa sobreoferta del recurso humano, con una disminución del valor del trabajo y un aumento del subempleo, desempleo, el pluriempleo.
- Hegemonía de la función de los médicos en los servicios de salud, debido a la priorización de los aspectos médico-asistenciales y curativos hospitalarios.
- Las actividades demandan un gasto importante de energía física y mental necesarias para el desarrollo de tareas de alta atención y concentración en turnos o jornadas de trabajo especiales.
- Creciente o persistente desmotivación del personal.

Frente a todos los problemas enunciados, actualmente se reconoce el innegable papel que deben tener los recursos humanos en los servicios de salud, más aún si consideramos que éstos son sobre todo “un conjunto de personas que sirve a personas”, (o servicios de mano de obra intensivos de acuerdo a los economistas, u organizaciones de proceso humano según los sociólogos) cuya producción depende de la contribución técnica, del comportamiento de los trabajadores, de procesos de profesionalización, del contexto de la organización, de los recursos disponibles y de factores culturales modeladores del comportamiento de los trabajadores⁵⁶.

⁵⁶ IBID, BRITO, Pedro, et al, Gestión de Recursos Humanos en laS Reformas Sectoriales de Salud: Cambios y Oportunidades, OPS, 1996, p: 4.

1.4.3. Recursos Humanos pertenecientes al Código del Trabajo en el Ecuador

Los recursos humanos pertenecientes al régimen laboral del código del trabajo a nivel del país alcanza 14.851 personas, quienes están organizados en el sindicato nacional del Ministerio de Salud Pública y están amparados en el régimen laboral del Código del Trabajo. Los problemas en éste grupo, han sido en parte enumerados en los párrafos anteriores.

Las investigaciones sobre la dinámica de los recursos humanos en el país son escasas, desarrolladas por iniciativa personal sobre diferentes temas, algunas han sido abordadas por estudiantes de enfermería y de salud pública para la obtención de sus títulos; y se han focalizado en los médicos y en las enfermeras, sin embargo en los últimos años, los espacios de debate han crecido, a través de intervenciones del CONASA y de la OPS.

Dentro de las pocas investigaciones encontradas podemos señalar las siguientes:

El trabajo de investigación de la década de lo 80 y 90 realizado por la Dra. Cristina Merino sobre la distribución de los trabajadores de salud en el país nos indica: “que las tasas de auxiliares de enfermería tienen un aparente descenso. En relación a la pertenencia de los trabajadores al sector público o privado, en las dos décadas del estudio se observa que en todas las categorías de profesionales, técnicos y auxiliares existe una disminución porcentual del número de profesionales del sector público y el aumento del sector privado. Este movimiento es menor en enfermeras, obstétricas y auxiliares de enfermería”⁵⁷.

En 1999, el Ministerio de Salud, señala a través de un documento de trabajo que “la selección de los trabajadores está regulada sin tomar en cuenta a las instituciones empleadoras, resalta la persistencia de un marco legal rígido en la contratación y remuneración pública que se traduce en un salario bajo sin posibilidades de

⁵⁷ MERINO, Cristina, Formación y Distribución del Personal de Salud en dos décadas 81-2000 en el Ecuador, Observatorio de recursos humanos.

modificación, en la tendencia a disminuir la jornada de trabajo y, en el bajo rendimiento y ausentismo de los trabajadores”⁵⁸.

La tesis de Maestría de Salud Pública de la PUCE de la Lcda. Narciza Tituaña, presentada en el año en curso, sobre la gestión de los recursos humanos en el área de salud No 1 de Imbabura, es un importante acercamiento al problema de la permanencia y de la polivalencia de los recursos humanos en los servicios de salud en la provincia de Imbabura, la conclusión del trabajo es que los servicios del área 1 presentan baja producción y rendimiento, y no cumplen con las actividades encomendadas, la ausencia de los médicos influencia en la credibilidad de los usuarios y el tipo de atención es biologicista e intramural, destaca la ausencia de trabajo en equipo, de la delegación de funciones, y de motivación en los trabajadores; recomienda un cambio en los aspectos actitudinales, cognoscitivos, compartamentales y preceptuales de los actores internos.

Como se indica, estudios específicos sobre las condiciones de trabajo de los trabajadores sindicalizados no han sido encontrados en la revisión bibliográfica, lo que refleja un vacío de conocimiento que en general hay en el país sobre los recursos humanos y/o puede indicar el hecho del poco acercamiento que se ha dado a los trabajadores sindicalizados.

Sin embargo, es posible observar que los trabajadores del sindicato nacional del Ministerio de Salud Pública, comparten situaciones comunes a la gran mayoría de los trabajadores públicos del país, entre las cuales están: las exigencias y los conflictos laborales centrados en beneficios económicos gremiales, condiciones estables del empleo como derecho adquirido y aún heredado, valoración del trabajo por antigüedad y no por producción, situación del empleo vitalicio por regla, protección del trabajador sin evaluar su desempeño, control de los niveles salariales desde la centralidad pública y sin relación con la productividad⁵⁹; condiciones que no son beneficiosas para la consecución de buenos resultados en la atención sanitaria y que se hacen evidentes

⁵⁸ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Política de desarrollo de recursos humanos para el sector salud, 1999-2002, p: 4-6.

⁵⁹ IBID, OPS, La Transformación de la gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe, 2001, p: 227.

cuando se llevan a cabo mediciones de indicadores de procesos de las organizaciones de salud, los cuales muestran baja productividad y calidad de los servicios.

1.4.4. La Sindicalización

“El sindicato es una organización permanente de trabajadores asalariados para la representación y defensa de los intereses económicos y sociales, frente a los del empresario y sus organizaciones y, eventualmente frente a los de cualquier otro sujeto privado o público”⁶⁰.

En el país se garantiza el derecho a la sindicalización de acuerdo al numeral nueve, artículo 35 de la sección segunda “Del Trabajo” de la Constitución, al artículo 447 del capítulo I, título V del Código del Trabajo y, en concordancia con todas las cartas de derechos humanos y con uno de los principios básicos de la Organización Internacional del Trabajo⁶¹. Existen dos grande tipos de sindicatos: los sindicatos de empresa y los sindicatos de oficios o de actividad al que corresponde el sindicato de trabajadores de la salud.

El sindicato de trabajadores de la salud tiene una estructura de agregación de federación o de segundo grado. Al 2002, los trabajadores afiliados a la Organización Sindical Única Nacional de Trabajadores del Ministerio de Salud Pública OSUNTRAMSA eran 14.071.

Los trabajadores sindicalizados tienen las siguientes denominaciones: auxiliares de: odontología, enfermería, de Hospital Psiquiátrico, mantenimiento, alimentación, nutrición, autopsia, laboratorio, farmacia, de Centro Infantil, empleado sanitario, administrativo de salud, de mecánica, de rehabilitación, técnico de mantenimiento, chofer y choferes especiales, jornalero, fotógrafo, mecánico, motorista de lancha, guardianes, inspector sanitario, operador de equipos médicos.

El número de afiliados/ agremiados es de: 14071/14851 es decir la proporción es de: 0.94 o hay casi un afiliado por un agremiado. En consecuencia un 95% de los

⁶⁰ NOVICK, Marta, et al, Relaciones Laborales en el Sector Salud, Observatorio de Recursos Humanos de Salud, OPS, 2000, p: 106.

⁶¹ OIT, La Declaración de los Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo, 2001, p:14.

trabajadores del código del trabajo pertenecen a OSUTRAMSA y el 5% no se ha asociado pero están cubiertos por los beneficios de la sindicalización y del contrato colectivo.

Para comprender los objetivos del sindicalismo citamos en extenso a JONAS, Rainer 1978, que considera que un sindicalismo avanzado debe ejercer cinco funciones: social, económica, cultural-educativa, política e institucional–organizadora. La función social trata de establecer un orden social adaptado a los cambios de la organización, para lograr que los intereses y aspiraciones de los trabajadores se cumplan y se traduzcan en el mejoramiento de las condiciones de trabajo.

La función económica se centra en el afán de garantizar la participación de los trabajadores en el crecimiento económico de las organizaciones, es decir de participar tanto en las utilidades como en la propiedad de la misma.

La función cultural-educativa pone énfasis en la calificación profesional de los trabajadores y en la concienciación de un espíritu sindicalista y cívico. La función política, considera la posición de los sindicatos frente a los problemas nacionales, para lo cual debe trabajar en conceptos y modelos alternativos de la legislación laboral y social. En la función institucional-organizadora los sindicatos deben protagonizar y defender estructuras democráticas dentro y fuera de su propia organización.

Como se ha detallado los sindicatos, actúan para proteger y promover los intereses colectivos de los afiliados, influyendo en muchas de las actividades de la organización. En un análisis del efecto de la sindicalización en la gestión de los recursos humanos asociados, se puede apreciar que el área más obvia y amplia de influencia, son los salarios y las condiciones de trabajo.

En consecuencia el efecto de la sindicalización en el subsistema de motivación e incentivos es notorio, al respecto, se ha observado que el esfuerzo o impulso motivador disminuye, cuando se determinan reglas de antigüedad, procedimientos para los despidos, criterios para ascensos que sobreprotegen a los trabajadores y no estimulan el esfuerzo; situaciones que precisamente son apoyadas por el Sindicato.

La repercusión de los sindicatos es también importante en el desempeño, en general el nivel del desempeño de los trabajadores se afectará por las restricciones que los sindicatos impongan sobre la cantidad de trabajo producido, los tiempos del trabajo y la clase de actividad que se permite desarrollar a un trabajador determinado, condiciones que también son impuestas por los Sindicatos.

En éste punto, se debe tomar en cuenta que el desempeño es igual al producto de motivación por habilidades desarrolladas, se ha indicado anteriormente que la motivación no es impulsada por los sindicatos y también es claro que las habilidades tampoco, en consecuencia, el desempeño de los trabajadores disminuye.

De ésta forma, el impacto de los sindicatos en la productividad es significativa. Sin embargo a la explicación anterior es necesario agregar una serie de variables organizacionales y del entorno, por ejemplo: las relaciones sindicato-administración, si éstas son buenas, la productividad mejorará.

Una pregunta interesante es si los trabajadores sindicalizados, están más satisfechos en sus puestos que sus compañeros no sindicalizados, en forma general se puede decir que los sindicatos incrementan la satisfacción con el pago, pero afectan en forma negativa la satisfacción con el trabajo mismo, (porque se percibe que se reduce el alcance del puesto) la satisfacción con sus compañeros y la supervisión (por una percepción menos favorable del comportamiento de los supervisores) y la satisfacción con los ascensos (por la menor importancia que se da a los mismos).

Como se ha señalado el sindicato modifica las condiciones laborales a través de un claro papel como grupo sectorial de presión, para conseguir el convenio colectivo de trabajo, el que desde una perspectiva sociológica se concibe como un “mecanismo de relaciones de poder entre organizaciones sociales que lleva a una reglamentación paritaria, y reconoce a los empleadores potestades inherentes al ejercicio del poder en la empresa, pero también confiere derechos a los trabajadores que operan como límites a esas facultades de dirección y organización”⁶².

⁶² IBID, NOVICK, Marta, et al, p: 112.

La negociación colectiva en el caso del sindicato de la salud se lleva a cabo con el Estado el que es empleador y patrón, situación particular que se ha denominado: “relaciones colectivas de trabajo en el sector público”; es probable en éste sentido que el proceso de descentralización de la salud que se está iniciando en el país conlleve a que el personal del sector público de salud dependa también de estatutos de ámbitos municipales, provinciales o superpuestos en algunas dimensiones con los del ámbito nacional.

La negociación del contrato o convenio colectivo de los trabajadores de la salud es una negociación centralizada en la medida de que, el sindicato negocia para la totalidad de los integrantes. En general en los convenios se negocian cinco núcleos temáticos: 1. Las relaciones de intercambio entre el trabajo y el salario, es decir qué cantidad de trabajo y qué cantidad de salario, 2. La organización del trabajo y las condiciones de trabajo, 3. Relaciones colectivas de trabajo, que incluye los mecanismos de representación sindical y los de solución de conflictos colectivos, 4. Temas ligados a la inversión y reconversión tecnológica, 5. Situación social de los trabajadores, referida a los beneficios no salariales o prestaciones específicas como planes médicos, guarderías, previsión social etc. Estos cinco núcleos temáticos serán tomados como referencia para el análisis del último convenio colectivo de los trabajadores sindicalizados.

1.4.5. El Contrato Colectivo

El octavo contrato colectivo de trabajo entre el Ministerio de Salud Pública y el Comité central único de los trabajadores del Ministerio de Salud Pública, se suscribió el 17 de Diciembre del 2002.

Las cláusulas pertinentes a la presente investigación se detallan a continuación:

- “Cláusula cuarta: Estabilidad. Las multas que imponga la parte empleadora a los trabajadores no podrán exceder del 10% de la remuneración diaria.
- Cláusula octava: Cada mes se pagará el equivalente al 50% del salario básico de cada trabajador por concepto de bonificación por responsabilidad.
- Cláusula Décima Cuarta: En caso de jubilación de un trabajador por parte del IESS, el Ministerio de Salud Pública, entregará una bonificación equivalente a

treinta meses de remuneraciones al momento de separarse del trabajo, entiéndase por remuneración todo lo que el trabajador percibe mensualmente.

- Cláusula Vigésima Séptima: Toda jornada de trabajo que exceda de ocho horas diarias, cinco días a la semana y veinte días al mes se considerará como trabajo en horas suplementarias o tiempo extraordinario, según el caso será pagado con los correspondientes recargos legales, se pagará con el correspondiente recargo legal del 25% de la remuneración las jornadas nocturnas, también se pagará con el recargo del 10% el trabajo en días festivos y de descanso obligatorio. En el caso de las auxiliares de enfermería que laboran en horarios rotativos se dará cumplimiento a lo que determina la Ley, esto es seis horas diurnas con dos días de descanso obligatorio cada cinco días y doce horas nocturnas pasando dos noches es decir ciento veinte horas al mes, de conformidad con el Acuerdo Ministerial No 3534, publicado en el Registro Oficial No 937 del dos de Mayo de 1996.
- Cláusula Cuadragésima Primera: Atención a los usuarios: El Ministerio de Salud Pública, y los trabajadores conjuntamente propenderán al mejoramiento de la atención que prestan en todos los sectores que lo necesitan.
- Cláusula Vigésima Novena: Permiso para Estudios y Becas: El Ministerio de Salud Pública concederá tres horas diarias de permiso con remuneración más beneficios a los trabajadores que estudien a nivel primario, secundario, carreras técnicas, Institutos o superior. El Ministerio de Salud Pública, concederá permiso con remuneración y más beneficios a los trabajadores que soliciten seguir cursos de Auxiliares para Enfermería, Odontología, Radiología, Medicina Nuclear y todas las carreras técnicas y que se sujeten a los requerimientos establecidos en las Universidades del país. El Ministerio de Salud Pública pagará viáticos o subsistencias según el caso, así como también Inscripciones o Matrículas. El Ministerio de Salud Pública, concederá así mismo permiso con remuneración y más beneficios a los Auxiliares de Enfermería, Odontología, Radiología, Medicina Nuclear, Técnicos Auxiliares de Mantenimiento y Auxiliares Administrativos de Salud, para que asistan a los cursos organizados por las Universidades del país, SECAP, o los Institutos Nacionales de Capacitación.

- Cláusula Trigésima: Cursos y permisos: El Ministerio de Salud Pública, organizará en el ámbito nacional cursos de adiestramiento para sus trabajadores en las diferentes ramas y especialidades, así mismo gestionará a través del CONESUP cursos de formación de Auxiliares de Enfermería, siendo estos de carácter obligatorio para los seleccionados por OSUNTRAMSA o sus Federaciones provinciales, con el fin de lograr la mayor eficiencia posible en el desempeño de sus funciones. de la misma manera, los trabajadores que hayan sido seleccionados para realizar cursos de perfeccionamiento en el exterior tendrán derecho a su remuneración completa y más beneficios por el tiempo que dure el adiestramiento.
- Cláusula Cuadragésima Cuarta: Vacantes: Las vacantes que se produjeran serán llenadas de inmediato con la aprobación del Ministerio de Salud Pública; tanto para llenar las vacantes, cuanto para el ascenso se contará con el aval de OSUNTRAMSA y sus organizaciones sindicales filiales en las respectivas unidades operativas. Los ascensos serán automáticos y preferentemente se considera la antigüedad y la capacitación obtenida en cursos realizados en la rama por la Institución. Los auxiliares de Radiología una vez que cumplan cinco años de labores ascenderán al puesto de Técnicos de Radiología, igual trato se operará con los auxiliares de Mantenimiento. En caso de incapacidad absoluta debido a accidentes de trabajo, enfermedad o muerte natural o por jubilación, previo los ascensos correspondientes la vacante se llenará de preferencia con un hijo o hija del trabajador cesante, la cónyuge o conviviente del trabajador con quien mantenga unión libre y monogámica, de acuerdo a su capacidad”⁶³.

En el último Contrato Colectivo, los principales y más grandes núcleos temáticos tratados en razón de la cantidad de cláusulas son:

El núcleo temático uno, referente al intercambio entre trabajo y salario en el que se incluyen varias cláusulas sobre: aumento de remuneraciones, subsidio familiar, subsidio por antigüedad, bonificación por responsabilidad, subsidio educacional, bonificación por aniversario, bonificación por años de servicio, bono por comisariato, bonificación por el día del trabajador por la canasta navideña, por el alto costo de la vida y

⁶³ OCTAVO Contrato Colectivo, Ministerio de Salud Pública, 2002, p: 1-23.

bonificación complementaria, duración de la jornada laboral, el régimen de vacaciones etc.

El núcleo temático quinto, que alude a la situación social de los trabajadores es también muy amplio, se contemplan cláusulas como locales sindicales, carteleras sindicales, trabajador social, guarderías, atención médica, vivienda, enfermedades, convenio con el Ministerio de vivienda, aportes al IESS, prestaciones por fallecimiento o incapacidad absoluta, etc.

El segundo núcleo, referente a la organización del trabajo contempla cláusulas de estabilidad, prendas de protección, vacantes, para capacitación hay varias cláusulas de cursos y permisos y permisos para estudios y becas, las condiciones de trabajo se toman en cuenta en pocas cláusulas como la de horario de invierno y jornada única, y riesgos profesionales.

El tercer núcleo referente a los mecanismos de representación sindical y los de solución de conflictos colectivos carece de cláusulas al igual que el núcleo cuarto (que en general no es muy común en el sector salud) que se relaciona con la inversión y reconversión tecnológica.

En razón de los objetivos de la sindicalización y, tomando en cuenta la lectura del convenio colectivo, es posible decir que en el octavo contrato colectivo predominan las cláusulas en defensa de los intereses económicos y sociales de los trabajadores.

La presencia de los intereses sociales de los usuarios y de las colectividades goza de una sola cláusula la Cuadragésima Primera: que trata sobre la atención a los usuarios, en la que se menciona que conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública los trabajadores propenderán al mejoramiento de la atención que prestan en todos los sectores que lo necesitan; comprometiéndose de alguna manera a trabajar mejor.

No existen cláusulas que permitan operar la potestad de gestión de los directivos y que permitan visualizar los derechos de los usuarios.

En relación al tema de investigación y en base a la teoría de Herzberg, podemos anotar que una gran mayoría de las cláusulas del Contrato Colectivo contemplan beneficios

económicos que pueden ser considerados como factores de satisfacción no de motivación; las cláusulas vigésima novena y trigésima referentes a la capacitación de los trabajadores especifican algunos elementos motivadores, al consignar tanto el aspecto de capacitación como también incentivos económicos que el trabajador percibiría si se capacita, la cláusula cuadragésima cuarta menciona la posibilidad de ascensos, pero al mismo tiempo limita los mismos a los auxiliares de radiología y a los auxiliares de mantenimiento.

El análisis del contrato colectivo permite concluir que éste, no contempla un subsistema integral de motivación e incentivos, que propenda al mejoramiento del trabajador y de la organización.

1.5. Gestión de los Recursos Humanos

1.5.1. Definición

El término de gestión de los recursos humanos, puede considerarse como una filosofía del manejo del personal, que tiene como objetivo contribuir con la formación de organizaciones efectivas, consolidando una cultura organizacional de compromiso, de mejoramiento de las competencias, y de compatibilización de las expectativas de la organización y de los trabajadores.

En relación a lo expuesto, una aproximación de conceptualización, desde el punto de vista de la gestión empresarial, aplicable a las organizaciones públicas es:

“La gestión del recurso humano comprende un conjunto de decisiones y acciones que afectan la relación entre una organización y sus empleados, y pretende adecuar la actuación de los empleados a la misión y a las estrategias de la organización”⁶⁴.

La gestión de los recursos humanos, contempla cuatro dimensiones: la descentralización de la gestión de los recursos humanos y el cambio de las funciones del departamento de

⁶⁴ IBID, LOSADA i MADORRAN, Carlos, ¿De Burócratas a Gerentes?, BID, 1999, p: 291-292.

personal, la planificación en función de la estrategia organizacional, la flexibilización del recurso humano en relación a las necesidades de los servicios y el aumento de la productividad y el compromiso de los trabajadores mediante una serie de prácticas como selección, motivación, evaluación, e incentivos.

1.5.2. Gestión de los Recursos Humanos en el Ministerio de Salud Pública

La gestión de los recursos humanos del Ministerio de Salud Pública en el país está bajo la dirección de 98 analistas de recursos humanos, cuya función no ha sido importante dentro de la dirección de los servicios de salud, sus actividades en general están dispersas y carecen de prioridad, por ejemplo: las decisiones en materia de personal están centralizadas, la capacitación del personal en general está a cargo de alguna otra unidad administrativa, las decisiones que atañen al trabajo (organización, supervisión etc.) están de hecho, a cargo de los responsables de servicios clínicos y quirúrgicos sin mediación de planificación o de política de personal.

A los problemas mencionados, se añade el proceso de descentralización. La descentralización de los servicios de salud supone dentro de la gestión de los recursos humanos, mayor libertad de decisión y de acción para la resolución de los problemas en función de las necesidades locales de los servicios y de la misión del Sistema Local descentralizado de salud y, supone además la ventaja teórica del control comunitario en la administración de los recursos humanos.

A la par de las ventajas señaladas, en los procesos de descentralización, existen una serie de situaciones que deben resolverse en la gestión de los recursos humanos a nivel local; en cuanto al subsistema de motivación e incentivos se debe valorar el estado de motivación actual, se deben redefinir los criterios para promover la adaptación de los trabajadores a los cambios de la descentralización, se deben estudiar los sistemas y modalidades apropiados para incentivar a los trabajadores a mejorar su desempeño, (revisar los elementos de insatisfacción, y promover los elementos motivadores) se debe utilizar la relación más directa y estrecha con el sindicato local para la negociación colectiva o para la prevención y administración de conflictos laborales.

En consecuencia la gestión descentralizada de los recursos humanos se torna estratégica, dependiente directamente de los niveles directivos altos del Sistema Local de Salud y del control ciudadano, exige capacidades institucionales a nivel local, delimitación clara de los elementos descentralizados y centralizados en su gestión, disponibilidad legal de la aplicación de mecanismos regulatorios locales y, una comprensión y manejo integral de sus diferentes dimensiones, componentes o subsistemas.

1.6. Comportamiento Organizacional

El comportamiento de las personas es complejo y depende de:

1. Factores internos, definidos como el conjunto de conocimientos que tienen las personas sobre sí mismos y sobre el medio que les rodea⁶⁵, los mismos que son generados por los procesos mentales o cognitivos del individuo. Este conjunto de factores son entre otros: elementos derivados de su personalidad, capacidad de aprendizaje, de motivación, percepción del ambiente externo e interno, actitudes, emociones, valores, etc.
2. Factores externos derivados de las características organizacionales, como los sistemas de recompensas y castigos, factores sociales, políticas, cohesión grupal existente⁶⁶.

Históricamente señalamos a continuación en extenso, la reseña que Robbins (1996) anota:

Los primeros aportes sobre el comportamiento organizacional se encuentran en las ideas de la división del trabajo de Adam Smith y Charles Babbage, éste último amplió las ventajas de la división del trabajo claramente enunciadas por Smith.

En 1789 el inglés Robert Owen, con un enfoque de bienestar para los recursos humanos, sostenía que el dinero gastado para mejorar la mano de obra, así como la preocupación

⁶⁵ CHIAVENATO, Adalberto, Administración de Recursos Humanos, 2000, p: 69.

⁶⁶ KRIEGER, Mario, Sociología de las Organizaciones, una introducción al comportamiento organizacional, 2001, p: 89.

por los empleados, eran las mejores inversiones que podían hacer los administradores de negocios.

Entre 1900 y 1930, aparecen las teorías clásicas generales de la administración. Los representantes de éste tiempo que revolucionaron el conocimiento son: Frederick Taylor con la teoría de la Administración Científica, Henry Farol que describe los principios de la teoría Administrativa y el sociólogo Max Weber que desarrolla una teoría de estructuras de autoridad y visualiza la administración y el comportamiento organizacional desde una perspectiva estructural. Weber definió un “tipo ideal de organización, a la que llamó burocracia, que no existía -ni existe en realidad- sino que representa una reconstrucción selectiva del mundo real.

La estructura burocrática ideal de Weber, es un sistema caracterizado por la división del trabajo, una jerarquía claramente definida, reglas y reglamentos detallados y relaciones impersonales⁶⁷.

Los tres últimos autores, dejaron de lado la importancia de los Recursos Humanos en la organización.

Alrededor de los años 30 dos autores: Mary Parker Follett y Chester Barnard promueven la teoría del hombre social, en la que las organizaciones son visualizadas desde la perspectiva del comportamiento de individuos y grupos. Barnard veía a las organizaciones, como sistemas sociales que requieren de la cooperación humana y, a los recursos humanos como personas que tienen relaciones sociales interactuantes. Según Barnard, el principal papel de los administradores era el de comunicar y estimular a sus

⁶⁷ ROBBINS, Stephen, Comportamiento Organizacional Teoría y Práctica, 1996, p: apéndice A7. “Los rasgos de la estructura burocrática ideal de Weber son:

1. Especialización del puesto: Los puestos se desagregan en tareas simples, rutinarias y bien definidas.
2. Jerarquía de la autoridad: La oficinas y puestos se organizan en una jerarquía, en que cada escalón es controlado y supervisado por un superior.
3. Selección formal: Todos los miembros organizacionales han de seleccionarse sobre la base de sus calificaciones técnicas, y demostradas por su capacitación, educación o exámenes formales.
4. Reglas y Reglamentos formales: Para asegurar la uniformidad y regular las acciones de los empleados, los administradores deben apoyarse fuertemente en las reglas formales de la organización.
5. Impersonalidad: La reglas y controles se aplicarán de manera uniforme, evitando implicarse con las personalidades y las preferencias personales de los empleados.
6. Orientación de la carrera: Los administradores son funcionarios profesionales más que propietarios de las unidades que manejan. Trabajan por un sueldo fijo y pretenden desarrollar una carrera dentro de la organización”.

subordinados a realizar altos niveles de esfuerzo. Follett y sus ideas humanistas, han influido en la forma como se ve hoy día la motivación, el liderazgo el poder y la autoridad.

Posteriormente se encuentra la época conductista, a la que le anteceden dos eventos:

1. Con el crecimiento del sindicalismo a principios del siglo XX, aparecen los “secretarios de bienestar”, encargados de las mejoras en las condiciones laborales, pueden ser considerados como los antecesores de los directores de personal o de los administradores de recursos humanos.
2. Nace la Psicología industrial con Hugo Munsterberg. Una de sus propuestas era estudiar el comportamiento humano a fin de entender cuáles son las técnicas más eficaces para motivar a los trabajadores. Los aportes de ésta disciplina, han sido importantes para el desarrollo de las técnicas actuales sobre el diseño del trabajo y la motivación.

Entre los años 30 y 50, la época conductista con el movimiento de las relaciones humanas, madura la visión de las organizaciones desde el lado de la gente. Se extiende, en la época de la gran depresión y de la aparición de la Ley Wagner en los Estados Unidos en 1935, ésta ley reconocía a los sindicatos como representantes autorizados de los trabajadores, capacitados para negociar colectivamente con los patrones a favor de los intereses de sus miembros, circunstancia que obligó a los administradores a buscar mejores relaciones con su fuerza de trabajo.

El movimiento de relaciones humanas considera que la clave para una mayor productividad de las organizaciones es el incremento en la satisfacción de los empleados. En ésta línea, tres autores son especialmente importantes: Dale Carnegie, Abraham Maslow y Douglas McGregor.

Otro de los representantes de la ciencia conductista es: Herzberg cuyas investigaciones han tenido un impacto muy grande para entender, qué es lo que desean los trabajadores

en sus puestos, muchas de las tendencias actuales para mejorar la calidad de la vida de trabajo se basan en las investigaciones de Frederick Herzberg.

Richard Hackman y Greg Oldham en los años 70 dan una explicación de la forma como los factores de los puestos influyen en la motivación y satisfacción de los empleados, describieron las condiciones centrales del puesto (variedad en las habilidades, identidad en la tarea, significado de la tarea, autonomía y retroalimentación) que han servido como guías en el diseño de los puestos.

Actualmente se considera que el comportamiento organizacional, debe ser manejado dentro de un marco de contingencia, es decir no hay una “única forma mejor” para el manejo de los recursos humanos. La teoría de la contingencia, trata de identificar cuáles son las variables relevantes para la comprensión de diversos fenómenos del comportamiento y, de refinar las teorías existentes⁶⁸.

El breve recorrido histórico, indica por un lado el cambio de perspectiva desde uno centrado en una productividad en sí -dejando de lado el papel de los recursos humanos- hacia otra perspectiva en la que el centro de la organización es el ser humano y, por otro lado reseña, el cambio de los modelos de organización que se van gestando en respuesta a una serie de condicionantes sociales, económicas, culturales y políticas que determinan a su vez un modelo imperante de economía y de producción.

1.7. Motivación e Incentivos

Casi todo el comportamiento consciente de las personas es motivado o causado. La complejidad del comportamiento, puede ser explicado por las siguientes características fundamentales:

- Es causado por determinados estímulos internos y externos, llamados: impulsos, deseos, tendencias o necesidades⁶⁹,

⁶⁸IBID, ROBBINS, Stephen, 1996, p: A-1- A-14.

⁶⁹ IBID, CHIAVENATO, Adalberto, Administración de Recursos Humanos. 2000. p: 69.

- No es casual ni aleatorio: está dirigido a una finalidad y objetivos, para lo cual la persona gasta energías,
- Las personas desean poder, status y rechazan el aislamiento social y las amenazas a su autoestima,
- Como las personas son diferentes, las necesidades varían de individuo a individuo y producen diversos patrones de comportamiento. De igual manera, los valores sociales y la capacidad individual para alcanzar los objetivos también son diferentes, a lo que se añade la variación en el tiempo de las necesidades, valores sociales y capacidades de los trabajadores.

Los elementos enunciados sobre el comportamiento y muchos otros más, determinan que la motivación de las personas en el trabajo, se torne en un subsistema complejo, que exige el conocimiento y la contribución de varias disciplinas como psicología, psicología industrial, sociología de las organizaciones, etc.

Al respecto, es importante conocer algunos conceptos que se manejan en el subsistema de motivación e incentivos:

La motivación, podemos enfocarla de una manera simplista, a partir de las necesidades y urgencias de las personas, las mismas que crean tensiones. Las tensiones son modificadas por las condiciones propias (metas e incentivos) y por el ambiente (oportunidades) que en conjunto establecen un nivel de esfuerzo y un comportamiento específico para alcanzar una determinada recompensa o resultado⁷⁰.

La motivación en consecuencia, se define como la voluntad de llevar a cabo esfuerzos grandes y de calidad para alcanzar las metas de la organización, el esfuerzo se da en la medida que satisface alguna necesidad individual. Para alcanzar las metas organizacionales, las necesidades de los trabajadores deben ser compatibles y consistentes con las metas de la organización⁷¹.

Los motivadores son las recompensas o incentivos identificados que agudizan el impulso de satisfacer deseos, o son los medios a través de los cuales es posible conciliar

⁷⁰ KEITH, David,: Comportamiento Humano en el trabajo, Comportamiento organizacional, 1991, p: 116.

⁷¹ www.educaterra.com/mgp/hojas/articulos/detallearticulo.jsp?articulo=2412&idapr=22_521.

necesidades opuestas o destacar una necesidad para darle prioridad sobre otras. Los motivadores, por lo tanto influyen sobre la conducta de una persona y son los factores decisivos de lo que hace ésta.

Adicionalmente, es básico tomar en cuenta la diferencia entre motivación y satisfacción: la motivación se relaciona con el impulso y el esfuerzo por satisfacer un deseo o una meta, la satisfacción se refiere puntualmente, al placer que se experimenta cuando se satisface un deseo. La satisfacción laboral se define: “Como el conjunto de actitudes que los trabajadores tienen hacia su trabajo y hacia el medio ambiente laboral. Actitud es la serie compleja de creencias, sentimientos y tendencias en el comportamiento de una persona, respecto a otra persona, cosa o situación”; por lo tanto en las organizaciones es posible que una persona tenga una alta satisfacción en el empleo, pero un bajo nivel de motivación o viceversa⁷²⁷³.

El subsistema de motivación e incentivos, se preocupa por conocer cuáles son las motivaciones, los motivadores, y el proceso continuo de satisfacción de necesidades complejas y contradictorias que tienen los trabajadores.

En las organizaciones, para una global comprensión del subsistema de motivación e incentivos se deben tomar en cuenta algunos elementos:

1. La identificación de los impulsos y necesidades de los trabajadores y, la canalización de su comportamiento hacia un mejor desempeño del trabajo, es una de las actividades más importantes de los directivos.
2. Existen factores individuales e influencias culturales, que actúan sobre la intensidad y la dirección de las acciones de los trabajadores, para alcanzar las recompensas y la satisfacción de sus necesidades.
3. La motivación entraña también la interacción del trabajador con la situación, lo que explica por qué algunas personas se desempeñan bien en un contexto y no en otro.

⁷² IBID, KRIEGER, Mario, p: 92.

⁷³ ALEAGA, Janice, Diagnóstico de la satisfacción en el empleo según la teoría motivacional de F. Herzberg, p: 10.

4. La motivación tiene que diferenciarse y aplicarse de manera diferente según las categorías de trabajadores o de profesionales y aún más, sería mejor considerar la particular situación de cada uno de los trabajadores, por ejemplo algunos trabajadores pueden necesitar reforzamiento de los factores higiénicos, otros de los factores motivadores y otros es posible que necesiten la llamada motivación trascendental en la que se incluye el bien que se puede hacer a la sociedad⁷⁴

Los elementos señalados en los párrafos anteriores, así como los diversos elementos que determinan el comportamiento de los trabajadores, modifican el esquema simplista que inicialmente se presentó sobre la motivación. Al respecto se han construido varias teorías:

1.8. Teorías Clásicas de la Motivación

Las teorías clásicas sobre motivación analizaron las necesidades humanas y, consideraron que su satisfacción desempeñaba un papel muy importante para tener trabajadores satisfechos y productivos, ya que de acuerdo a las teorías de las necesidades, una persona está motivada cuando todavía no ha alcanzado ciertos grados de satisfacción en su vida, por lo que una necesidad satisfecha no es motivadora.

La lógica básica de cualquier teoría de las necesidades indica que una privación o necesidad, origina un impulso o una tensión para satisfacer la necesidad, lo que conduce a acciones o a la adopción de una conducta dirigida hacia una meta, si se logra satisfacer la necesidad original disminuye el impulso.

Las teorías clasificaron a las necesidades en primarias: son las necesidades físicas básicas y en secundarias: son las necesidades sociales y psicológicas. Las primarias son universales para todas las personas, pero pueden variar su intensidad y están condicionadas por la práctica social. Las secundarias son entre otras: la autoestima, la

⁷⁴ SEPÚLVEDA Rosario, Esto ya no me motiva, www.educaterra.com/mgp/hojas/articulos/detallearticulo.jsp?articulo=2412&idapr=22_52 1.

sensación de deber, la autoafirmación, el altruismo, la rivalidad, la pertenencia a grupos, la necesidad de recibir afecto. Estas últimas al ser parte del mundo afectivo de los trabajadores, se afectan siempre por cualquier decisión de los directivos.

Algunas características importantes a tomar en cuenta de las necesidades secundarias son que: varían en el tiempo, con las circunstancias, confluyen varias de ellas produciendo una combinación de fuerzas en la motivación de los trabajadores, algunas necesidades permanecen ocultas a los directivos, permanecen ocultas al reconocimiento consciente, están fuertemente condicionadas por la experiencia, son sentimientos ambiguos e influyen en el comportamiento.

Hay tres teorías básicas sobre la motivación: la teoría de la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow, la teoría X y Y de Douglas McGregor, y la de motivación e higiene de Frederick Herzberg.

1.8.1. Teoría de Maslow

La teoría de la jerarquía de necesidades de Maslow, considera que la motivación humana tiene una jerarquía de cinco necesidades: fisiológicas, seguridad, pertenencia, estima y autorrealización. Maslow propone que los trabajadores impulsarán la satisfacción de cualquier necesidad que sea predominante o poderosa en un momento dado. Considera que es necesario satisfacer primero las necesidades que se encuentran en una escala inferior, antes de pasar a otra escala superior⁷⁵.

La conclusión práctica de ésta teoría es que los trabajadores primero necesitan un salario suficiente para alimentar y proteger a sus familias satisfactoriamente, así como un ambiente laboral seguro, luego se debe satisfacer sus necesidades de seguridad: seguridad en el empleo, ausencia de coacciones y trato arbitrario y existencia de reglamentos definidos con claridad, posteriormente los gerentes podrán ofrecer

⁷⁵ www.gestiopolis.com/recursos2/documentos/fulldocs/rrhh/motlaboral

incentivos diseñados para dar a los empleados autoestima, sentimientos de pertenencia u oportunidades de crecimiento⁷⁶.

En la teoría de Maslow es pertinente considerar, elementos culturales que influyan a través de valores y principios específicos, en la escala de necesidades propuesta. Por ejemplo, ciertos grupos es posible que se preocupen por las necesidades sociales o de autoestima, antes que por las necesidades de seguridad⁷⁷.

1.8.2. Teoría de Herzberg

Frederick Herzberg en los años cincuenta, a través de un estudio de las actitudes laborales en 200 ingenieros y contadores determinó los factores de satisfacción e insatisfacción laboral, los cuales son causados por dos series independientes de factores⁷⁸. La teoría de los dos factores de la motivación de Frederick Herzberg, analiza la presencia en los trabajadores de factores de satisfacción y de insatisfacción laboral; factores que son independientes entre sí y están presentes al mismo tiempo en una sola persona.

Los factores de insatisfacción o higiénicos son los factores que las empresas han utilizado tradicionalmente para lograr la motivación de los empleados, incluyen los sueldos y salarios, las condiciones físicas y ambientales del trabajo, los beneficios sociales, el tipo de supervisión recibida, las relaciones con el supervisor, la competencia técnica del supervisor, el clima de las relaciones entre los directivos y los trabajadores, los reglamentos internos, la estabilidad en el cargo, las relaciones con los colegas y la política de la organización, es decir todos los relacionados con la organización del trabajo y con las relaciones entre el trabajador y la empresa; de éstos factores, el más importante es la política de la organización (que en opinión de muchos es una causa primordial de la ineficiencia e ineficacia). Las calificaciones positivas para estos factores o cuando estos factores son óptimos, no conducen a la satisfacción en el trabajo per se, sino sólo a la ausencia de insatisfacción en el ambiente, ya que poseen una

⁷⁶ KRIEGER, Mario, Sociología de las Organizaciones, 2001, p: 99.

⁷⁷ STONER, J, Administración, 1996, p: 492. Hofstede realiza un estudio de las diferencias de la motivación y las prácticas empresariales en diversas culturas en 1973 y, considera que la categorización de las necesidades, no es un patrón universal, sino que en las necesidades influyen poderosos elementos culturales.

⁷⁸ IBID, STONER, J, p: 495.

capacidad muy limitada para influir en el comportamiento de los trabajadores y no logran elevar la satisfacción de manera sustancial y duradera⁷⁹.

Los factores satisfactorios o motivadores son aquellos capaces de estimular al trabajador a ejecutar una tarea, se basan en la relación directa del trabajador con la tarea; incluyen la libertad de decidir cómo realizar el trabajo o autonomía, el reconocimiento por el trabajo realizado, la delegación de responsabilidades, utilización plena de habilidades personales, formulación de objetivos y evaluación relacionada con éstos, simplificación del cargo llevada a cargo por quien lo desempeña, ampliación o enriquecimiento del cargo horizontal o verticalmente y el ascenso; es decir todos guardan relación con el contenido del trabajo y las recompensas por el desempeño del mismo⁸⁰. En consecuencia, las organizaciones debe intentar enriquecer las tareas y actividades, las que deben traducirse en los objetivos estratégicos planificados creando de esta forma, oportunidades para que los trabajadores se sientan competentes, capaces de lograr resultados y objetivos y de recibir reconocimiento por ello.

En síntesis la teoría de los dos factores afirma que:

- La satisfacción en el cargo, está en función del contenido o de la presencia de actividades desafiantes y estimulantes que tiene el trabajo. Estos son los llamados factores motivadores.
- La insatisfacción del cargo depende del ambiente, de la supervisión, de los colegas y del contexto general del cargo. Estos son los llamados factores higiénicos.

Herzberg llegó a la conclusión de que los factores responsables de la satisfacción están desligados y son diferentes de los factores responsables de la insatisfacción⁸¹; la expresión de éste concepto plantea un problema de semántica, ya que normalmente creemos que satisfacción e insatisfacción son conceptos opuestos, pero como hemos anotado en el comportamiento de los trabajadores están presentes dos conjuntos de necesidades: 1. Un conjunto de necesidades instintivas para evitar el sufrimiento y las molestias que ocasiona el entorno circundante o el entorno del puesto de trabajo,

⁷⁹ IBID, KRIEGER, Mario, p: 100.

⁸⁰ IBID, BRITO, Pedro, Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud Cambios y Oportunidades, OPS, p: 69.

⁸¹ IBID, STONER, J, p: 77.

además de todas las necesidades biológicas básicas y, 2. Conjunto de necesidades que responden a una característica exclusiva del hombre: la capacidad de realización y de experimentar a través de ésta, una sensación de crecimiento psicológico. Los estímulos de las necesidades de crecimiento están constituidos por aquellas tareas que lo producen, es el contenido del puesto del trabajo⁸².

En relación con los factores que sirven de base para la teoría de Herzberg, se cita en extenso a Khon, (1993) quien hace las siguientes consideraciones referidas a la utilización de los incentivos económicos –que son utilizados y entendidos frecuentemente- cómo los únicos factores motivadores en las organizaciones⁸³:

- Los incentivos económicos promueven cambios de comportamiento solo cuando están presentes, por lo tanto tienen un efecto temporal.
- El salario no es un motivador, pagar más no deriva en mejores resultados en el trabajo.
- Los premios económicos ignoran razones. En vez de aclarar problemas y desarrollar soluciones conjuntas, estimula la competitividad entre los trabajadores y disminuye la responsabilidad de la Dirección o de la Gerencia.
- Premiar desanima a asumir riesgos, hiperdirecciona las acciones y limita las soluciones creativas.
- Premiar reduce el interés, cada vez más las personas necesitan premios para trabajar adecuadamente y, cada vez más trabajos tendrían que ser premiados para que se realicen en forma adecuada.
- Premiar perjudica las relaciones en el trabajo, porque estimula la competición tanto entre los empleados de un mismo nivel, como entre empleado y supervisor.

Frente a diversos mitos sobre la motivación y a fracasos sobre la utilización exclusiva de premios económicos, Herzberg considera que no hay racionalizar el trabajo sino “enriquecerlo” (job enrichment) para conseguir el crecimiento psicológico del trabajador⁸⁴.

⁸² HERZBERG, Frederick, Una vez más ¿Cómo motivar a los trabajadores?, 1966, p: 5.

⁸³ IBID, BRITO, Pedro, p: 68.

⁸⁴IBID, HERZBERG, Frederick, p: 7. Los principios de enriquecimiento vertical del trabajo comprenden: “eliminación de algunos controles manteniendo la responsabilidad, motivador

El enriquecimiento del trabajo no es un proyecto a realizar una sola vez, sino debe ser una función permanente, tomando en cuenta además que no todos los trabajos necesitan, ni pueden ser enriquecidos.

1.8.3. Factores Motivadores

La creación de un ambiente motivado y de alto rendimiento es una función importante de las organizaciones y de sus Directivos. Al respecto se comenta en extenso a Cagigal, (sin año) quien recomienda utilizar como factores motivadores⁸⁵:

1. El reconocimiento

El reconocimiento por el desempeño y por la calidad del trabajo realizado es uno de los refuerzos motivadores más eficaces. Es muy importante que, para que actúe como motivador: 1. Sea justo y merecido y no lastime el orgullo de otros trabajadores, 2. Se reconozca preferentemente al equipo de trabajo antes que a personas individualmente, 3. Sea público y, 4. De preferencia se acompañe de un reconocimiento económico.

2. Enriquecimiento de los puestos de trabajo

Un trabajo interesante es uno de los motivadores más importantes para las personas, particularmente en situaciones de estabilidad económica. Trabajos rutinarios producen frustración, baja calidad, ausentismo y rotación de puestos. El enriquecimiento hace referencia a la delegación de responsabilidades, pero sobre todo a la mayor libertad de decisión, control y participación en la evaluación entre los trabajadores y, a los cambios creativos que impulsen los mismos trabajadores. Sin embargo hay que considerar que

implicado: responsabilidad y realización personal; aumento de la responsabilidad individual por el propio trabajo, motivador implicado: responsabilidad y reconocimiento; asignación a la persona de una unidad natural y completa de trabajo, motivador implicado: responsabilidad y realización personal; concesión al trabajador de una mayor autoridad en su actividad, motivador implicado: responsabilidad, realización y reconocimiento; confección de informes periódicos a disposición inmediata del propio trabajador, no del jefe, motivador implicado: reconocimiento interno; introducción de tareas nuevas y más difíciles, no realizadas previamente, motivador implicado: crecimiento y aprendizaje; asignación de tareas específicas a especializadas, permitiéndoles a los trabajadores convertirse en expertos, motivador implicado: responsabilidad, crecimiento y promoción”

⁸⁵ CAGIGAL, José, Gerencia Educativa nuevas tendencias, (sin año) p: 27.

habrá personas que prefieran una tarea sencilla sin responsabilidad que una compleja con mayor responsabilidad. El concepto más actual de enriquecer el puesto es el de facultar o dar poder.

4. La participación.

Cubre necesidades de estima y afiliación. Un proceso participativo suele exigir mayor trabajo y tiempo de los trabajadores. En consecuencia para que la participación no desaliente a las personas es adecuado, reconocer monetariamente el tiempo y las mejoras que logren los equipos de trabajo.

4. Incentivos monetarios

El dinero es incentivo cuando la remuneración no es uniforme y, la misma se establece de una manera equitativa, siguiendo normas claras y conocidas por todos los trabajadores. Se pueden aplicar comisiones, bonificaciones especiales, premios en dinero en acciones y, reparto de beneficios. Hay que recordar que es un factor motivador que produce efectos temporales y, que necesita ser reforzado por otros factores que tienen efectos a más largo plazo.

1.9. Teorías Contemporáneas de la Motivación

Las teorías contemporáneas son: la teoría de las necesidades de McClelland, la teoría de la existencia, relaciones y crecimiento (ERC), la teoría de la evaluación cognoscitiva, la teoría de la fijación de metas, la teoría del reforzamiento, la teoría de la equidad, y la teoría de las expectativas.

1.9.1. Teoría de McClelland

David McClelland, destaca que hay tres impulsos dominantes para la motivación los que reflejan elementos de la cultura en que crecieron las personas, son el logro o realización, la afiliación y el poder⁸⁶.

El logro es el impulso que hace que los trabajadores superen los retos y obstáculos a fin de alcanzar metas. Este impulso es importante por sí mismo, y no por las recompensas que lo acompañan. La necesidad de realización o logro se manifiesta en los trabajadores en el impulso de sobresalir, de tener éxito, de hacer mejor las tareas, les atraen las actividades en las que pueden tener la responsabilidad personal de solucionar los problemas, y las metas que representan desafíos intermedios, ya que les gusta sentir el éxito por lo tanto prosperan en trabajos que son desafiantes, gratificantes, estimulantes y complejos.

Los trabajadores orientados hacia el logro, trabajan más duro cuando perciben que recibirán reconocimiento personal, cuando reciben retroalimentación sobre su desempeño anterior y cuando hay un riesgo moderado de fracasar. Por otro lado, los trabajadores con poca necesidad de logro prefieren situaciones con estabilidad, seguridad y pronosticabilidad, responden mejor a la consideración que a la supervisión impersonal de gran presión y, se dirigen a sus compañeros de trabajo para encontrar satisfacción social. Los gerentes, que poseen altos niveles de éste impulso, tienden a confiar en sus subordinados, fijan metas superiores, comparten y reciben ideas abiertamente.

Un dato importante es que las evidencias señalan que, es posible capacitar exitosamente a los empleados para estimular su necesidad de realización o logro, mediante la creación de un ambiente de trabajo propicio, para lo cual se puede conceder a los trabajadores cierto grado de independencia, se puede aumentar su responsabilidad y autonomía, haciendo gradualmente que las tareas sean más desafiantes, así como también se debe recompensar el buen desempeño⁸⁷.

⁸⁶ IBID, KRIEGER, Mario, p: 102.

⁸⁷ IBID, STONER, J, p: 495

La afiliación es el impulso por relacionarse con las personas en un medio social y, determina los deseos de las personas de contar con relaciones interpersonales cercanas y amigables. Los trabajadores orientados por afiliación trabajan mejor cuando los felicitan por sus actitudes favorables y su cooperación, reciben satisfacciones internas al estar rodeados de amigos y, desean libertad en el trabajo para desarrollar relaciones de amistad.

La necesidad de poder hace que los trabajadores se preocupen más por el prestigio y la influencia, que por un desempeño eficaz. El poder es un impulso por influir en las personas y cambiar las situaciones, los trabajadores así encaminados están dispuestos a crear un impacto en sus organizaciones, a correr riesgos, ya que en ellos el miedo al fracaso y la erosión del poder particular, puede ser un motivador importante. Las personas motivadas por el poder son excelentes gerentes, siempre y cuando el impulso esté orientado a la organización y no a su situación personal.

Otro impulso que se añade a la lista de McClelland, es el impulso de competencia se refiere al ímpetu por realizar un trabajo de gran calidad, la motivación por competencia hace que los trabajadores busquen dominar su trabajo, desarrollar habilidades para la solución de problemas, se esmeran en ser innovadores y aprenden de sus experiencias. Los gerentes motivados por la competencia esperan también un trabajo de calidad de sus subalternos y pueden pasar por alto la importancia de las relaciones humanas en el trabajo al mostrarse impacientes con las personas que no responden a sus expectativas⁸⁸

Según McClelland el predominio de una de las tres necesidades influye para que los trabajadores se desempeñen mejor en un cargo que en otro. El conocer los impulsos de los trabajadores y, el predominio de uno o de varios de ellos en las actividades, es importante ya que puede orientar a los Directivos a comprender el comportamiento en el trabajo de sus subalternos, por ejemplo los trabajadores con mucha necesidad de logro tienden a encontrar gran motivación en situaciones de trabajo desafiantes y competitivas, y las personas con poca necesidad de logro se suelen desempeñar mal en el mismo tipo de situaciones⁸⁹.

⁸⁸ IBID, KEITH, David, 1991, p: 117-119

⁸⁹ IBID, STONER, J, p: 494

1.9.2. Teoría de la Existencia, Relaciones y Crecimiento (ERC)

La teoría ERC es una remodelación de la teoría de Maslow. Clayton Alderfer plantea que hay tres grupos de necesidades primarias: existencia, relaciones y crecimiento.

En el grupo de existencia se encuentran las necesidades básicas de la existencia material, en el de relaciones las necesidades de mantener relaciones interpersonales importantes, así como también los deseos sociales y de status y, en el grupo de crecimiento están los deseos de desarrollo personal.

La teoría explica que puede estar en operación más de una necesidad al mismo tiempo y, si se reprime o se frustra una necesidad de nivel superior, se incrementa el deseo de satisfacer una necesidad de nivel inferior, (a pesar de que ya estaba satisfecha). Lo que significa que la teoría admite una dimensión de frustración-regresión, y el hecho de que los trabajadores pueden subir y bajar por la pirámide de las necesidades, de tiempo en tiempo y de circunstancia en circunstancia; por ejemplo la incapacidad de satisfacer una necesidad de interacción social puede incrementar el deseo de tener más dinero o mejores condiciones de trabajo⁹⁰.

1.9.3. Teoría de la Evaluación Cognoscitiva

La teoría de la evaluación cognoscitiva dice que la asignación de recompensas extrínsecas a un comportamiento que ha recibido recompensas intrínsecas tiende a reducir el nivel general de motivación. Esta teoría nos habla de las consecuencias de las formas de pago a los trabajadores. La teoría supone lo contrario a la propuesta de los teóricos de la motivación los que tradicionalmente, de manera general, indican que las motivaciones intrínsecas, como los logros, la responsabilidad y la capacidad, son independientes de los motivadores extrínsecos, como un buen sueldo, ascensos, buenas relaciones con el jefe y condiciones agradables de trabajo, es decir el estímulo de un elemento no afectaría al otro.

⁹⁰ IBID, ROBBINS, Stephen, Comportamiento Organizacional Teoría y Práctica, 1996, p: 218-219

Supone entonces que, cuando se otorgan recompensas extrínsecas a alguna persona por desarrollar una actividad interesante, se hace que decline el interés intrínseco en la misma tarea, por lo tanto se puede pensar que el pago de un trabajador no debiera depender de su desempeño con el fin de evitar la reducción de la motivación intrínseca.

La teoría está en discusión, los hechos señalan que aún cuando un puesto sea interesante en sí mismo, todavía es poderoso el pago extrínseco y que en los trabajos con tareas aburridas las recompensas extrínsecas parecen aumentar la motivación intrínseca⁹¹.

1.9.4. Teoría de la Fijación de Metas

Según ésta teoría la fijación de metas le indica a un trabajador lo que es necesario hacer y cuánto esfuerzo será necesario desarrollar, en otras palabras las metas específicas y las metas difíciles (si son aceptadas) mejoran el desempeño y, la retroalimentación conduce a un mayor desempeño que la no retroalimentación. En cuanto a la retroalimentación, se ha comprobado que la generada por el mismo trabajador es un motivador más poderosos que la externa.

La teoría menciona que en la relación metas-desempeño tres factores tienen influencia: el compromiso con la meta, la autoeficacia adecuada y la cultura nacional. El compromiso con la meta se da cuando el trabajador ha participado en la fijación de las metas o cuando éstas se hacen públicas. La autoeficacia se refiere a la confianza del trabajador en sus habilidades para desarrollar una tarea, si hay mayor autoeficacia los trabajadores procurarán con ahínco dominar las metas difíciles. La cultura nacional es un elemento que parece influir en el comportamiento de los trabajadores para buscar o no buscar metas desafiantes y para considerar importantes o no la retroalimentación y el desempeño. Finalmente es necesario indicar que ninguna evidencia apoya la idea de que las metas específicas y difíciles estén asociadas con un incremento en la satisfacción del puesto⁹².

⁹¹ IBID, ROBBINS, Stephen, p: 222-223

⁹² IBID, ROBBINS, Stephen, p: 224-225

1.9.5. Teoría del Reforzamiento

El enfoque de ésta teoría es conductista, considera que el refuerzo condiciona el comportamiento, es decir el comportamiento es ocasionado por el ambiente, deja a un lado el estado interior del trabajador como los sentimientos, expectativas etc. Si bien son importantes los refuerzos, éstos no pueden explicar por sí solos la motivación de los trabajadores.

1.9.6. Teoría de la Equidad

Subraya que el desempeño y satisfacción de los trabajadores, están determinadas por las ideas que tiene el trabajador respecto a la equidad o justicia de las recompensas y castigos que existen en la organización. En consecuencia se basa en que los trabajadores perciben lo que se obtiene de un puesto (resultados: recompensas laborales, remuneración o ascenso) en relación con lo que se aporta (insumos: esfuerzo o habilidad) y comparan su relación resultados-insumos con la relación resultados-insumos de otros trabajadores en la misma situación⁹³.

La teoría dice que las personas se sienten motivadas cuando experimentan satisfacción con lo que reciben por el esfuerzo, en proporción con el esfuerzo que realizan. Cuando los trabajadores perciben una desigualdad, aparece una tensión que es la base para la motivación, ya que la gente se afana en conseguir la equidad, en éstas circunstancias hay seis alternativas: cambiar de insumos o no invertir tanto esfuerzo, cambiar sus resultados (en el caso de los trabajadores que se les paga a destajo, pueden incrementar sus ingresos produciendo una mayor cantidad de unidades de menor calidad), distorsionar las percepciones de ellos mismos, distorsionar las percepciones de otros trabajadores, escoger un punto diferente de referencia, salirse del campo o renunciar al puesto.

Según la teoría, los trabajadores no sólo se preocupan por la cantidad de recompensas que reciben por sus esfuerzos, sino también las comparan con las recompensas que

⁹³ IBID, www.gestiopolis.com/recursos2/documentos/fulldocs/rrhh/motlaboral

reciben otros trabajadores. El pago desigual puede producir cuatro posibilidades: 1. Si el pago es por tiempo, los trabajadores sobrepagados producen más que los trabajadores pagados justamente, 2. Si el pago es por cantidad de producción, los trabajadores sobrepagados producen menos unidades, pero de mayor calidad, que los trabajadores pagados justamente, 3. Si el pago es por tiempo, los trabajadores subpagados obtienen una cantidad de producción menor, o de menor calidad, 4. Si el pago es por cantidad de producción, los trabajadores subpagados producen un gran número de unidades de baja calidad, en comparación con los trabajadores pagados equitativamente⁹⁴.

1.9.7. Teoría de las Expectativas

Esta teoría de Víctor Vroom es una teoría muy aceptada, considera que un trabajador se motiva para ejercer un alto nivel de esfuerzo cuando cree que ese esfuerzo llevará a una buena evaluación de su desempeño la que originará recompensas organizacionales como bonificaciones, incrementos de salario o un ascenso, que satisfacen las metas personales del trabajador.

La teoría indica que la clave es comprender las metas de un trabajador y los vínculos entre el esfuerzo y el desempeño, entre el desempeño y la recompensa y entre la recompensa y la satisfacción de las metas individuales. Esta clave es a la vez, una limitación de la teoría ya que pocos trabajadores perciben claramente los vínculos mencionados, la teoría es un modelo de contingencia ya que aclara que no hay un patrón universal que explique las motivaciones de todas las personas⁹⁵.

Un punto básico que hay que entender de las teorías expuestas es que la mayoría fueron desarrolladas en los Estados Unidos, por lo tanto probablemente describen la cultura norteamericana. En ésta cultura se supone que en la necesidad de realización, predominan dos características culturales: disposición para aceptar un grado moderado de riesgo y una preocupación por el desempeño. Se ha observado que las teorías si pueden tener una consistencia transcultural, dos estudios sugieren cierta universalidad

⁹⁴ IBID, ROBBINS, Stephen, p: 226-230

⁹⁵ IBID, ROBBINS, Stephen, p: 230-233

en cuanto a la importancia de los factores intrínsecos en la teoría de la motivación – higiene⁹⁶.

Las diferentes teorías, forman un verdadero laberinto y unas explican con mejor fuerza predictiva que otras, las diversas variables relacionadas con los puestos de trabajo como productividad, ausentismo, rotación y satisfacción.

- Dentro de todas las teorías de las necesidades la de McClelland, probablemente explica mejor la relación logro-productividad, y la de Maslow, la de motivación-higiene y la ERC ayudan a la explicación y predicción de la satisfacción en el puesto.
- La teoría de la fijación de metas es una de las más poderosas, para explicar la productividad, sin embargo no ayuda a entender el ausentismo, la rotación y la satisfacción.
- La teoría de la equidad es más fuerte para predecir el comportamiento de ausencia y rotación y es débil al predecir la productividad de los empleados.
- La teoría de las expectativas ofrece una explicación poderosa de la productividad de los empleados, su ausentismo y rotación, pero se requiere que exista en la organización un adecuado subsistema de evaluación del desempeño.

Lo expuesto, nos permite reflexionar que la motivación y sus factores no existen en el vacío, ya que existe una interacción entre motivación, cultura organizacional, y estilo de liderazgo. Por otro lado es necesario comprender, que no existen generalizaciones simples sobre la conducta humana en las organizaciones. Al respecto, es oportuno considerar el contrato psicológico que menciona Schein.

1.10. Contrato Psicológico de Schein

⁹⁶ IBID, ROBBINS, Stephen, p: 233

Schein menciona que las dos condiciones básicas para el establecimiento de un contrato psicológico, (que es en esencia el objetivo del subsistema de motivación e incentivos) reflejan las bases legítimas de pertenencia y cooperación que pueden tener los trabajadores de una organización⁹⁷.

Los supuestos de las bases de pertenencia y cooperación son:

1. supuestos racionales-económicos
2. supuestos sociales
3. supuestos de autoactualización y autorealización

Los supuestos racionales económicos, se derivan de la doctrina de que la naturaleza humana es racional-económica. Sostienen que las personas actúan para aumentar su propio interés, que a los trabajadores los motiva esencialmente el incentivo económico y por lo tanto se orientan hacia las tareas que les aseguren mayor ganancia económica. El incentivo económico incrementa, en ésta perspectiva, la cooperación y colaboración de los trabajadores con la organización

Los supuestos sociales consideran que para un trabajador ser aceptado y tener buenas relaciones con sus compañeros de trabajo, tiene más importancia, que el incentivo económico que la organización pueda ofrecerle. Los estudios han mostrado además que, las asociaciones informales que se encuentran en casi toda organización afectan profundamente la motivación, el nivel de producción y la calidad de trabajo que cada persona realiza, por lo tanto:

1. Las necesidades sociales son el principal motivador de la conducta humana, y las relaciones interpersonales son las que dan origen al sentido de identidad.

⁹⁷IBID, KRIEGER, Mario, Sociología de las Organizaciones, una introducción al comportamiento organizacional, 2001, p: 93. Schein indica, que “para que la gente trabaje eficientemente, genere compromiso, lealtad y entusiasmo por la organización y sus objetivos, y se sienta satisfecha de su trabajo depende en gran parte de dos condiciones. 1. La medida en que se compaginen las expectativas del individuo en relación con lo que la organización pueda darle y lo que el pueda dar a la organización a cambio, y las expectativas que la organización tiene de lo que pueda dar y de lo que puede recibir a cambio y, 2. La naturaleza de lo que en realidad se intercambia (suponiendo que exista un acuerdo)”.

2. Como resultado de la incorporación de la tarea en equipo, el significado del trabajo tiene que buscarse en las relaciones sociales que se dan en el grupo de tareas. Los empleados responden ahora a las fuerzas sociales de los grupos que se conforman, que a los incentivos y controles de las organizaciones.
3. Por lo tanto, los incentivos deben orientarse más al equipo que a la persona.

El supuesto de autoactualización y autorrealización dice que las motivaciones humanas caen en una jerarquía de categorías. Este supuesto pone énfasis en las necesidades de más alto nivel jerárquico, como por ejemplo, la necesidad que tiene la persona de tener autonomía, de enfrentarse a un desafío, de crecer y de utilizar todo su talento y capacidad, se supone que en todo el mundo ésta tendencia es innata, pero que solo se hace evidente cuando se pueden satisfacer las necesidades de más bajo orden jerárquico, como las sociales o las de seguridad. Existe evidencia también de que la tendencia de autoactualización es un aspecto importante, tal vez crucial, de la conducta gerencial y profesional. No está claro, sin embargo, qué tan importante es éste factor para el empleado de más bajo nivel jerárquico.

En consecuencia, visualizando la complejidad del comportamiento humano y la importancia en éste en la motivación; las organizaciones deben preocuparse por mantener buenos niveles de motivación y ser creativos con el uso de los motivadores para asegurar la participación de todos sus trabajadores, de tal manera que se logre mejorar la productividad y la creatividad a largo plazo.

La presente investigación toma para el estudio de la motivación en los trabajadores del contrato colectivo, la teoría de Herzberg y la teoría de McClelland. La decisión de utilizar éstas teorías, se basa en la percepción de una mayor posibilidad de observar, reconocer, identificar e interpretar las dos teorías a través de los instrumentos metodológicos a emplear.

Se indagarán los aspectos higiénicos y, los aspectos motivacionales de la teoría de Herzberg, así como los factores de la teoría de McClelland (logro, poder y afiliación). En los aspectos higiénicos, probablemente pone mayor énfasis el Contrato Colectivo de

los trabajadores sindicalizados, para obtener mejores condiciones laborales para los trabajadores. Los factores motivacionales de Herzberg y los factores de la teoría de McClelland, serán analizados partiendo del supuesto de que son componentes que no han sido mirados en toda su extensión y potencialidad para generar motivación, ni por el sindicato, ni por el Hospital, el que funciona dentro de un esquema burocrático híbrido.

Desde el enfoque del contrato psicológico de Schein, es importante plantear que en el caso de los trabajadores sindicalizados, el contrato psicológico se centra más en los supuestos racionales-económicos de los trabajadores. Los supuestos sociales muy posiblemente se han desvirtuado a través de la sindicalización (definida como una agrupación utilitaria-normativa. Utilitaria, al usar mecanismos racionales-legales, así por ejemplo uso de recompensas económicas. Normativa, al usar el sentido de pertenencia de grupo, el status) y, a través de una cultura organizacional burocrática, ritualista y refractaria a la innovación. Los supuestos de autoactualización y autorrealización es posible que no hayan desarrollado lo suficiente, en razón del bajo nivel jerárquico de los trabajadores del contrato colectivo dentro de la estructura organizativa del Hospital y/o en función del poco impulso que éstos aspectos han tenido dentro de la cultura organizacional.

1.11. Cultura Organizacional

La cultura organizacional se define como un sistema de significados, creencias, valores, y principios compartidos por la mayoría de los miembros de la organización, que proveen un sentido de identidad a los trabajadores, facilitan que el compromiso de los miembros no se circunscriba a sus intereses individuales y, modela las actitudes y el comportamiento de los empleados al perfeccionar un conjunto de supuestos, conocimientos y reglas implícitas⁹⁸. Puede ser considerada como un activo intangible, como una corriente de energía que empuja hacia una forma de actuar⁹⁹.

La mayoría de las grandes organizaciones tiene una cultura dominante y numerosos subconjuntos de subculturas. Si la cultura organizacional es fuerte y apoya altas normas

⁹⁸ IBID, ROBBINS, Stephen, p: 681.

⁹⁹ CAGIGAL, José, Gerencia de la Calidad, (sin año), p: 3.

éticas, forjará cohesión, lealtad y compromiso organizacional y tendrá una gran influencia sobre el comportamiento ético de sus administradores y trabajadores. Si la cultura es débil, es muy posible que los administradores confíen en las normas de las subculturas (vinculturas dentro de una organización que generalmente se definen por las designaciones de departamentos y por la separación geográfica) para dirigir su comportamiento. En la generación y moldeamiento de la cultura organizacional, es importante el comportamiento y el pensamiento de los directivos o de los trabajadores que ocupan niveles de decisión superiores, los cuales se filtran hacia toda la organización induciendo o reforzando pautas de comportamiento y creando una visión compartida. La visión compartida es de tal envergadura, que puede movilizar a la organización y a sus recursos humanos en procesos de cambio¹⁰⁰.

La cultura que se encuentra incorporada en la tecnología organizacional y su interrelación con las personas se llama sistema sociotécnico; la que está en los modos de interactuar internalizados entre las personas y en sus valores compartidos e ideologías predominantes (creencias, ritos, expresiones artísticas, ética, prácticas religiosas, mitos) se llama sistema sociológico.

Cada persona ingresa a una organización con una experiencia previa, fruto de su proceso de socialización y en especial de sus experiencias organizacionales anteriores; pero la cultura organizacional se estructurará sobre la base de las interacciones particulares que se establezcan, por ésta razón los grupos y equipos en las organizaciones son una de las principales fuentes de cultura, al afrontar en forma cotidiana problemas, concebir soluciones, crear vínculos afectivos, generar elementos simbólicos, como mitos, rituales, historias, leyendas y un lenguaje especializado, en definitiva al escribir su propia historia¹⁰¹¹⁰².

Schein considera que la superación de las personas dentro de las organizaciones, que los problemas de adaptación externa e integración interna que los trabajadores viven cotidianamente; determinan una forma de percibir, pensar y sentir que si son lo

¹⁰⁰ <http://www.monografias.com/trabajos6/nute/nute.shtml>.

¹⁰¹ <http://www.avantel.net/~rjaguado/cultura.html>.

¹⁰² <http://www.geocities.com/Athens/Crete/3108/CulOrg.html>.

suficientemente válidos se internalizan en la organización y, pueden ser enseñadas a los nuevos miembros¹⁰³.

Los indicadores y manifestaciones culturales según éste autor están conformados por las siguientes manifestaciones: 1. Clima organizacional (el contrato psicológico, los estilos de autoridad y liderazgo, organización de las tareas, estilos de trabajo en grupo y en equipos, sistemas de recompensas, manejo del conflicto), 2. Valores organizacionales, presunciones básicas, normas, interacciones, símbolos, subculturas, el medio físico donde se desarrollan las actividades, y la relación que se establece con el entorno organizacional¹⁰⁴.

1.11.1. El Clima Organizacional

El clima organizacional es la manifestación más visible de la cultura, al respecto se cita extensamente a Schein (2001), quien destaca que el clima organizacional puede ser estudiado -entre otros- a través de:¹⁰⁵

1. El Contrato psicológico que determina las expectativas mutuas entre individuo y organización, suele renegociarse periódicamente produciéndose intercambios de valores que reflejan la transformación de la cultura organizacional. El buen trato, el desarrollo de la autoestima y el fomento a la autorrealización, el grado en que los trabajadores son instados a asumir innovaciones y riesgos, su orientación o no al cliente interno y a los usuarios, el que se los sujete a normas o se favorezcan las iniciativas, se privilegien procedimientos u objetivos, se valoren los fines del sistema o estratégicos; son algunas de las formas en que se define el contrato psicológico y se pautan culturas organizacionales. Dichas culturas incidirán en el grado de productividad, eficiencia y creatividad de la organización, originando una cultura participativa e innovadora abierta al cambio o una organización burocrática, ritualista, conservadora y refractaria a la innovación.

¹⁰³ IBID, KRIEGER, Mario, p: 329.

¹⁰⁴ IBID, KRIEGER, Mario, Sociología de las organizaciones una introducción al comportamiento organizacional, 2001, p: 331

¹⁰⁵ IBID, KRIEGER, Mario, Sociología de las Organizaciones, 2001, p: 480-482.

2. El sistema de remuneraciones, recompensa e incentivos, en éste punto se considera que si a los miembros de una organización se los remunera igual, obtengan o no ciertos logros, tenderán a mantener una cultura burocrática y limitarán su cooperación a dicho nivel salarial sin desarrollar mayor iniciativa, si se los remunera o recompensa por los logros, desarrollarán una cultura gerencial y se orientarán a desarrollar iniciativas y a obtener resultados. Los trabajadores valorarán la equidad en el sistema de recompensa y se establecerá una cultura del esfuerzo. Si predomina la arbitrariedad, el amiguismo se establecerá una cultura del favoritismo.

3. Desarrollo de carrera y competencia, si se establece una carrera y se fomenta y remunera el desarrollo de competencias, las personas estarán más motivadas a capacitarse y progresa en la organización y se establecerá una cultura del aprendizaje organizacional.

1.11.2. Valores, Principios, Normas y Símbolos Organizacionales

Otro aspecto muy importante de la cultura organizacional es el conjunto de valores y principios organizacionales, entre los valores están la moral, justicia, confianza. Los principios éticos (y también los no éticos) de las organizaciones se refieren entre otros a la justicia, la libertad, la bondad, la dignidad humana, la solidaridad, etc.

Las normas éticas se están convirtiendo en parte de las políticas formales y de las culturas informales de muchas organizaciones. Los valores éticos establecen normas en cuanto a lo que es bueno o malo en la conducta y en la toma de decisiones¹⁰⁶.

Entre las normas de la cultura organizacional, se puede mencionar aquellas que interesa a la presente investigación como: 1. las normas formales que pautan conductas, 2. las normas consuetudinarias por ejemplo, normas sobre cuánto se debe trabajar, cómo se debe colaborar, cómo son las relaciones dentro y fuera de la organización entre sus miembros, etc. 3. las normas respecto a las prácticas sindicales, por ejemplo se alienta o se desalienta la sindicalización.

¹⁰⁶ DAFT, Richard, Teoría y Diseño Organizacional, 1998, p: 378.

Los símbolos de las organizaciones son -entre muchos otros- los ritos, rituales y ceremonias tales como: los trabajadores aprenden cómo deben conducirse actuando con la menor ambigüedad posible, celebraciones de incorporación a la organización, de abandono de la organización, lemas, mitos, historias, etc.

En muchas organizaciones las divisiones funcionales, la estratificación social, las agrupaciones por fidelidad etc. originan una serie de subculturas profesionales, que dificultan las comunicaciones entre unos y otros y que pueden derivar en contraculturas en oposición a los valores formales de la organización. A veces las subculturas tienen visiones estratégicas distintas lo que dificulta la conducción de la organización hacia fines estratégicos comunes. A la cabeza de las contraculturas de las organizaciones están las promovidas por los sindicatos, en razón de que su existencia se deriva del hecho de que los intereses de los trabajadores y los de la organización no coinciden. La filosofía, valores y normas de los sindicatos ejercen un importante impacto en el mosaico de culturas, subculturas y contraculturas de una organización.

Muchos de los efectos de la cultura ayudan a las organizaciones, pero pueden convertirse en una barrera cuando los valores compartidos no van de acuerdo con cambios que pueden necesitar las organizaciones sobre todo si se emprende un proceso de desarrollo organizacional, es decir un cambio profundo, de largo plazo, y centrado en los recursos humanos¹⁰⁷.

Cambiar la cultura organizacional es un proceso muy complejo y de largo plazo, debido por un lado, al arraigo que tienen todos los elementos de la misma en el comportamiento de los trabajadores y, por otro lado, a la connotación que el cambio tiene en los trabajadores, quienes pueden considerarlo como una amenaza potencial para el autointerés de los miembros.

El cambio cultural puede realizarse si se presentan algunas condiciones como: una situación de crisis o de shock que socava el statu quo y cuestiona la aplicabilidad de la cultura actual, la presencia de nuevos líderes en los niveles altos administrativos que

¹⁰⁷ FLACSO, MÓDULO DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE ORGANIZACIONES LOCALES, Proceso para la implementación del modelo de desarrollo organizacional programático, 2004, p: 37.

proporcionen valores clave alternativos, así también es posible impulsar el cambio, si la organización es joven y pequeña y, si la cultura es débil¹⁰⁸.

1.12. Fundamentación Legal

El proceso de descentralización, las políticas nacionales sobre los recursos humanos en salud y, los derechos y obligaciones de los recursos humanos se han consignado tanto en la Constitución Política y Ley de Descentralización, en la Ley del Sistema Nacional de Salud y en el Código de Trabajo y en los reglamentos de los trabajadores dependientes del Ministerio de Salud Pública, sujetos al Código del Trabajo. Los diferentes artículos que se refieren al tema de investigación se detallan a continuación:

1.12.1. Del Proceso de Descentralización y de la Descentralización de la Salud

La descentralización se enmarca Constitucionalmente dentro del artículo 1¹⁰⁹, además de los artículos 124, 224, 225, 226, 228, 231, 233, y 234. En el registro oficial No 169 de Octubre de 1997 se publica la Ley de descentralización y participación social.

En la Constitución Política de 1998, se inscriben -entre otros- los artículos 42, 45, sobre la salud,¹¹⁰ y, en el 2003 se aprueba la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en la que en el capítulo I artículo 4 se señala a la descentralización, como uno de los principios que rigen el Sistema y en el capítulo V, artículos 21, 22, 23, 24, se

¹⁰⁸ IBID, KRIEGER, Mario, p: 328-338, 480-481

¹⁰⁹ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, CD Legislación Ecuatoriana, 2003, El artículo 1: "El Ecuador es un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico. Su gobierno es republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada".

¹¹⁰El artículo 42: "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción..... el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia".

El artículo 45: señala que el "Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa". MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CONSEJO NACIONAL DE SALUD, Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, 2002, p: 43

determinan la conformación y el funcionamiento de los Consejos Provinciales y Cantonales de Salud¹¹¹.

En relación a los recursos humanos el capítulo VI, artículo 26 señala que el “Consejo Nacional de Salud propondrá a las entidades formadoras la política y el plan Nacional para el desarrollo integral de los recursos humanos en salud,..... en el ámbito público, desarrollará la carrera sanitaria considerando los aspectos de calidad del empleo, régimen laboral y salarial, productividad del trabajo, calidad de los servicios y gobernabilidad, gestión de personal e incentivos basados en evaluación del desempeño, ubicación geográfica y manejo de riesgo. El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con las facultades de Ciencias Médicas y de la Salud, el CONESUP y los gremios profesionales, impulsará los procesos de certificación y recertificación para la actualización del ejercicio profesional en salud”¹¹².

Las leyes aludidas, se complementan para establecer la descentralización de la salud. En la ley del Sistema Nacional de Salud, se menciona la gestión de personal e incentivos que se aplicarán en función de varios factores, por lo tanto la Ley hace mención al subsistema de motivación e incentivos de manera general. Lo importante es que una ley orgánica contempla la gestión de recursos humanos, gestión que debe tomar forma a través del reglamento respectivo, reglamento que está al momento, en proceso de estructuración en el Consejo Nacional de Salud.

1.12.2. Del Contrato Colectivo

La Constitución, en la sección segunda del trabajo, artículo 35 numeral 12, hace referencia a “garantizar especialmente la contratación colectiva; en consecuencia, el pacto colectivo legalmente celebrado no podrá ser modificado, desconocido o menoscabado en forma unilateral.”

¹¹¹ El artículo 24 trata sobre las funciones de los Consejos Cantonales de Salud, el numeral 5 hace referencia a: “Promover la participación, control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios”, y el numeral 2: “Formular y evaluar el plan integral de salud en el cantón”. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, 2002, p: 55

¹¹² IBID, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CONSEJO NACIONAL DE SALUD, p: 55-56

Ya han sido revisadas y comentadas las diferentes cláusulas del octavo contrato colectivo en el numeral 1.4.5 del capítulo I, de la presente investigación.

1.12.3. Del reglamento de los trabajadores dependientes del Ministerio de Salud Pública, sujetos al Código del Trabajo

Artículo 9: “Los jefes departamentales, los Directores de Hospitales, los Directores Provinciales de Salud, El Director del Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Inquieta Pérez, y el Director del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, son los responsables de la buena marcha de los mismos; los “TRABAJADORES” de cada sección están subordinados a sus correspondientes jefes quienes supervisarán el cumplimiento de sus obligaciones y el acatamiento de las órdenes que les fuere impartidas”.

Es probablemente el único artículo que se refiere al mejoramiento de las organizaciones de salud, lo que implica trabajadores efectivos y por lo tanto muy probablemente trabajadores motivados. Los artículos restantes del reglamento del Ministerio de Salud hacen referencia a otros puntos contemplados en el Código del Trabajo y, no tienen pertinencia con la presente investigación.

1.12.4. De la Constitución

“Sección Segunda, “Del Trabajo” artículo 35 numeral 3:

“El Estado garantizará la intangibilidad de los derechos reconocidos a los trabajadores, y adoptará las medidas para su ampliación y mejoramiento.”

Numeral 4. “Los derechos del trabajador son irrenunciables. Será nula toda estipulación que implique su renuncia, disminución o alteración. Las acciones para reclamarlos prescribirán en el tiempo señalado por la ley, contado desde la terminación de la relación laboral.”

Sección siete “De los Deberes y Responsabilidades”, artículo 97 numeral 6: “Trabajar con eficiencia”, numeral 13: Asumir las funciones públicas como un servicio a la colectividad, y rendir cuentas a la sociedad y a la autoridad, conforme a la ley.

En el Título XI “De la organización territorial y descentralización, Capítulo 3, De los gobiernos seccionales autónomos, artículo 228:.....”los gobiernos provincial y cantonal gozarán de plena autonomía y, en uso de su facultad legislativa podrán dictar ordenanzas, crear, modificar y suprimir tasas y contribuciones especiales de mejoras.””¹¹³

Es muy importante el artículo Constitucional sobre la eficiencia, aspecto que hace mención a una obligación del trabajador, condición que no es contemplada en otras leyes como el Código del Trabajo por ejemplo. Otra ley Constitucional que se integra a uno de los objetivos de la descentralización y de la descentralización de la salud se refiere a la responsabilidad de la rendición de cuentas de los funcionarios públicos.

El punto es cómo? se puede mejorar la eficiencia de los trabajadores, en un servicio de salud público descentralizado; situación que exige por un lado respetar los derechos adquiridos de los trabajadores y por otro lado aplicar la facultad de los gobiernos locales de dictaminar ordenanzas, a través de las cuales se puede establecer una gestión estratégica de los recursos humanos de los Servicios de Salud descentralizados que cuente además con la posibilidad de acompañamiento o monitoreo social.

1.12.5. Del Código del Trabajo

“Capítulo IV “De las obligaciones del empleador y del trabajador art. 42, obligaciones del empleador, numeral 8: “proporcionar oportunamente a los trabajadores los útiles, instrumentos y materiales necesarios para la ejecución del trabajo, en condiciones adecuadas para que éste sea realizado”

Numeral 27: “Conceder permiso o declarar en comisión de servicio hasta por un año y con derecho a remuneración hasta por seis meses al trabajador que, teniendo más de cinco años de actividad laboral y no menos de dos años de trabajo en la misma empresa, obtuviere beca para estudios en el extranjero, en materia relacionada con la actividad laboral que ejercita, o para especializarse en establecimientos oficiales del país, siempre

¹¹³ IBID, CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, CD, 2003

que la empresa cuente con quince o más trabajadores y el número de becarios no exceda del dos por ciento del total de ellos.....”

Numeral 12: “Sujetarse al reglamento interno legalmente aprobado”

Numeral 29: Suministrar cada año, en forma completamente gratuita, por lo menos un vestido adecuado para el trabajo a quienes presten sus servicios;

Capítulo IV, “De las obligaciones del empleador y del trabajador, art. 45, Obligaciones del trabajador, numeral a):“Ejecutar el trabajo en los términos del contrato, con la intensidad, cuidado y esmero apropiados, en la forma, tiempo y lugar convenidos”

Numeral e): “Cumplir las disposiciones del reglamento interno expedido en forma legal”

Título V, Capítulo I, art. 448, Protección del Estado: “Las asociaciones de trabajadores de toda clase están bajo la protección del Estado, siempre que persigan cualquiera de los siguientes fines:

1.- La capacitación profesional; 2.- La cultura y educación de carácter general o aplicada a la correspondiente rama del trabajo; 3.-El apoyo mutuo mediante la formación de cooperativas o cajas de ahorro; y, 4.-Los demás que entrañen el mejoramiento económico o social de los trabajadores y la defensa de los intereses de su clase.

Capítulo VI, “De los salarios, de los sueldos, de las utilidades y de las bonificaciones y remuneraciones adicionales,art. 79 (Reformado por el Art. 169 del Decreto Ley 2000-1, R.O. 144-S, 18-VIII-2000) Igualdad de remuneración: “A trabajo igual corresponde igual remuneración, sin distinción del sexo, raza, nacionalidad o religión; mas la polifuncionalidad, la especialización y práctica en la ejecución del trabajo se tendrán en cuenta para los efectos de la remuneración.” “Para el caso del trabajo polifuncional, el empleador deberá pagar una remuneración superior a la que corresponde a la más alta de las diversas actividades que desempeñe el trabajador polifuncional”.

Art. 243 Contenido del contrato colectivo.- En el contrato colectivo se fijarán:

- 1.- Las horas de trabajo;
- 2.- El monto de las remuneraciones;
- 3.- La intensidad y calidad del trabajo;

- 4.- Los descansos y vacaciones;
- 5.- El subsidio familiar; y,
- 6.- Las demás condiciones que estipulen las partes”¹¹⁴.

La lectura del Código del Trabajo del país revela, que prácticamente todos los artículos contemplan la protección del trabajador, los mismos que son indudablemente derechos laborales y, podrían ser considerados como factores insatisfactorios, de acuerdo a la teoría de la motivación de Herzberg. Inclusive los artículos sobre la sindicalización y el Contrato Colectivo hacen mención mayoritariamente a los derechos de los trabajadores, (respondiendo al objetivo tradicional de la sindicalización, que supone una confrontación entre trabajadores y empleadores, con la consiguiente necesidad de “proteger a los trabajadores”).

Es curioso que no se mencione en forma explícita la obligación de los trabajadores para lograr organizaciones efectivas. Hay la impresión de que el Código establece, una ruptura entre el individuo-comunidad y organización-colectividad, aislando al trabajador en una burbuja de derechos y homogenizando en unidades monetarias a todos los trabajadores.

No hay artículos específicos sobre el subsistema de motivación e incentivos. Probablemente el numeral en el que, tanto los empleadores como los trabajadores deben sujetarse al reglamento interno, sirva de base para la implementación de los diferentes subsistemas de una gestión estratégica de los recursos humanos aparte de la condición de autonomía Municipal, que le confiere al Gobierno Local la potestad jurídica de emitir leyes locales.

1.13. El Cantón Cotacachi

1.13.1.Contexto Cantonal

¹¹⁴ CÓDIGO DEL TRABAJO, CD Legislación Ecuatoriana, 2003.

“El cantón Cotacachi está ubicado en la hoya de Imbabura, en la parte sur occidental de la provincia, es el cantón más extenso de los seis que conforman la provincia de Imbabura con una superficie de 1809 Kilómetros cuadrados (20.6 % del territorio total de la provincia).

La topografía del Cantón es muy variada, con alturas desde los 4939 metros hasta los 1600 metros sobre el nivel del mar, los límites del Cantón son: al norte el cantón Urcuquí y la provincia de Esmeraldas, al sur el Cantón Otavalo y la provincia de Pichincha, al este el Cantón Antonio Ante y al occidente las provincias de Esmeraldas y Pichincha. (Anexo 1)

En la zona rural, la población se organiza en comunidades del pueblo quichua, en la zona de Intag viven fundamentalmente colonos que han migrado desde otros cantones o provincias, así como también el pueblo negro y el quichua.

En la zona urbana del Cantón vive el pueblo mestizo y en menor proporción el pueblo quichua.

El Cantón se divide en dos zonas en razón de su topografía y clima, la zona Andina ubicada en las faldas del volcán Cotacachi con las parroquias urbanas de San Francisco y el Sagrario y las parroquias rurales de Imantag y Quiroga, se encuentran en ésta zona 46 comunidades indígenas y campesinas.

La zona subtropical o de Intag está ubicada en las estribaciones occidentales de la cordillera de los Andes hasta el límite con las provincias de Esmeraldas y Pichincha, le corresponden las parroquias de Apuela, García Moreno, Peñaherrera, Cuellaje, Vacas Galindo y Plaza Gutiérrez.

1.13.2.Aspectos Demográficos

La población del Cantón es de 37.254 habitantes, el 80.24% de ésta población es rural y el 19.76% se encuentra en el área urbana, el porcentaje de hombres y mujeres es de 50.58% y de 49.42% respectivamente.

El grupo de edad mayoritario es el de 15 a 49 años con 18.020 personas (49.8%), le sigue en magnitud el grupo de 5 a 14 años con 8.165 personas (22.6%), el grupo de 50 y

más años con 5.507 (15.2%), el de uno a cuatro años con 3.385 (9.4%) y el grupo de menores de un año con 1.103 (3.1%).

Las parroquias que tienen mayor población son las de Quiroga, García Moreno e Imantag y las que tienen menor población son las de Vacas Galindo y Plaza Gutiérrez. En relación al idioma, el 12.6% de la población habla el quichua, el 69.9% habla el español y el 17.3% habla quichua y español”.¹¹⁵

1.13.3.Aspectos Económicos

La población económicamente activa representa aproximadamente el 45%. En cuanto a las actividades económicas, a la producción agrícola le corresponde el 46.8%, a la manufacturera y artesanal el 20.3%, la actividad turística y hotelera ocupa el tercer lugar; el sector servicios tiene el 16.4% y los quehaceres domésticos el 16.5%.

En los últimos años se ha impulsado la producción agroindustrial destinada a la exportación de productos no tradicionales como flores, frutas y espárragos. La producción interna en el cantón abastece únicamente al mercado interno. El comercio y el turismo son importantes en el caso urbano del cantón.

Cotacachi como parte del sector rural ocupa el 94.4% del índice de pobreza, y es el cantón más pobre de la provincia de Imbabura, el indicador de pobreza crítica para Cotacachi comparado con el resto de áreas de salud del país se sitúa en el número 5, es decir es un cantón con alto nivel de pobreza.

El promedio de ingreso per cápita cantonal es de 75 dólares y el 80% de la población está por debajo de éste promedio. En general todas las parroquias tienen un índice de pobreza sobre el 70% y de indigencia sobre el 50%; las parroquias de García Moreno, Imantag, Plaza Gutiérrez, Cuellaje y Vacas Galindo están con más del 90% de pobreza, estas parroquias representan el 50% de las parroquias del Cantón.

¹¹⁵ PLAN CANTONAL DE SALUD, Subproyecto del Sistema Descentralizado de Salud de Cotacachi, 2002, p: 26 – 34.

En la zona urbana de Cotacahi la tasa de desempleo y subocupación es del 44%, en el área rural del 49.3%, en la zona Andina del 47.5% y, en la zona de Intag del 49.6%.

1.13.4. Aspectos Educativos

La tasa de analfabetismo supera al referente provincial y nacional, con mayores porcentajes en las zonas rurales y en la población femenina. El 44% de las mujeres de 15 y más años del área rural son analfabetas. Imantag, Plaza Gutiérrez y Apuela representan los porcentajes más elevados de analfabetismo con el 29.3%, 28.2% y 20.5% respectivamente. Se observa además un bajo nivel de escolaridad y varios problemas de calidad en la educación.

1.13.5. Servicios de Salud

En la provincia de Imbabura existen cuatro áreas de salud, el área número tres correspondía al cantón Cotacahi antes del proceso de descentralización.

Existen dos niveles de atención, al primer nivel corresponden los subcentros de salud de Apuela, García Moreno, Imantag, Peñaherrera, Quiroga y Cuellaje y puestos de salud de Plaza Gutiérrez y Vacas Galindo, en el segundo nivel se encuentra el Hospital Asdrúbal de la Torre de la ciudad de Cotacahi.

El Ministerio de Salud Pública tiene 9 servicios sanitarios (un Hospital cantonal, seis subcentros de salud y dos puestos de salud) con una cobertura estimada del 60%, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social tiene 5 servicios sanitarios (Un dispensario central y cuatro dispensarios del seguro social campesino) con una cobertura del 20%, las ONG trabajan con promotores no se conoce la cobertura, a nivel privado existen 18 centros de consulta privada y la medicina tradicional tiene 127 proveedores para atención de partos domiciliarios con una cobertura del 2.8%.

El 52.5% de las personas del sector urbano de Cotacahi, señala que no tiene un seguro de salud, en el área rural el 68.9% carece de un seguro de salud. De las personas aseguradas, la mayor parte está cubierta por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad social.

El Hospital Cantonal Asdrúbal de la Torre tiene una infraestructura de un Hospital de segundo nivel, dispone de los servicios finales de emergencia, consulta externa, hospitalización, (16 camas para hospitalización: 4 camas para ginecología y obstetricia, 4 para pediatría, 4 para cirugía y 4 para medicina interna de hombres) odontología; de servicios de apoyo como: radiología (Rx y ecosonografía), laboratorio clínico, servicio social, farmacia, estadística y archivo, conserjería y mantenimiento, cocina, lavandería y costura, y saneamiento ambiental; área administrativa (secretaría, recaudación, contabilidad, administración, recursos humanos)

El Recurso Humano del Hospital Asdrúbal de la Torre pertenece a los dos regímenes laborales vigentes en el país: la ley de servicio civil y carrera administrativa y el código del trabajo. Algunas características de los recursos humanos se anexan. (Anexo 2).

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. Diseño de estudio

Es un estudio descriptivo, con combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas.

2.1.1. Estrategia de estudio

El estudio descriptivo, incluye un análisis del contexto y su relación con el objeto de estudio. Involucra cuatro unidades de observación: i) trabajadores del contrato colectivo del Hospital descentralizado Asdrúbal de la Torre, ii) Directivos del Hospital Asdrúbal de la Torre, iii) Secretaria General del Sindicato local de trabajadores, iiiii) Miembros de Comité Intersectorial de Salud.

2.2. Técnicas de observación

2.2.1. Técnicas cualitativas

Fuentes secundarias:

- Análisis de documentos, reportes escritos de eventos (talleres, seminarios), documentos administrativos, propuestas o proyectos, reportes de avances de proyectos leyes, normas, manuales, estudios originales y evaluaciones, relacionados con la descentralización de servicios de salud, gestión de los recursos humanos y la gestión de los recursos humanos en salud; para tener una visión general y actual tanto a nivel latinoamericano como a nivel del país, sobre las temáticas señaladas.

Fuentes primarias:

- Entrevistas: i) entrevistas a profundidad a informantes calificados, ii) conversaciones informales, iii) entrevistas semiestructuradas a informantes calificados. Las entrevistas están dirigidas a conocer el estado actual de la motivación e incentivos y los nudos críticos, las posibilidades de implantación de mecanismos de regulación local para el mejoramiento del subsistema de motivación e incentivos, las percepciones de los directivos y de los trabajadores del contrato colectivo sobre la cultura organizacional, sobre las prácticas sindicales y el contrato colectivo y, sobre la leyes laborales que protegen a los trabajadores.

2.2.2. Técnicas cuantitativas

Fuentes primarias:

Encuesta aplicada a los trabajadores del contrato colectivo. La encuesta atañe a la percepción de los trabajadores del contrato colectivo sobre el estado de motivación actual. Se aplica a 27 de los 29 trabajadores sindicalizados del Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi. La encuesta se lleva a cabo cara a cara, lo que mejora la interacción entre el entrevistado y el entrevistador y facilita el diálogo en las preguntas abiertas.

Consta de 19 preguntas, algunas de ellas tienen varios literales, con el propósito de mejorar la aproximación a los factores de insatisfacción o factores higiénicos y a los factores motivadores planteados en la teoría motivacional de los dos factores de Herzberg¹.

La encuesta está dividida en tres partes, la primera parte de la pregunta 1 a la 8 se refiere a los factores higiénicos, de la 9 a la 17 se indagan los factores motivadores y las preguntas 18 y 19 son preguntas abiertas orientadas a averiguar la percepción de los trabajadores sobre el estado de satisfacción actual en el Hospital (Anexo 3).

¹ La encuesta ha sido elaborada en base a la utilizada en la tesis: Diagnóstico de la satisfacción en el empleo según la teoría motivacional de F.Herzberg, con atención especial al factor de relaciones interpersonales, de la escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de la autora ALEAGA, Janice.

2.3. Población y muestra

La población corresponde a los veinte y nueve trabajadores del contrato colectivo del Hospital Asdrúbal De la Torre. La muestra es de 27 personas, dos trabajadores no participan en el estudio debido a que se encuentran de vacaciones.

La población y la muestra se deciden fundamentalmente en función del papel desempeñado por los trabajadores del contrato colectivo dentro del proceso de descentralización de la salud en Cotacachi. El grupo de trabajadores sindicalizados del Hospital, es uno de los grupos organizados más importantes tanto por el número, como por los mecanismos de presión e intereses, -apoyados a nivel nacional por el Sindicato de Trabajadores de la Salud - , así como también por su clara posición opuesta al proceso de descentralización.

2.3.1. Unidades de análisis

En términos de unidades de observación y de fuentes de recolección de datos, el estudio involucra individuos y organizaciones.

Los individuos son los trabajadores sindicalizados del Hospital, y los directivos tanto del Hospital como del Consejo Intersectorial de Salud. Las organizaciones son:

- Instituciones públicas: Hospital descentralizado Asdrúbal de la Torre.
- Gobierno Local de Cotacachi, en la instancia del Consejo Intersectorial de Salud.

2.4. Consideraciones éticas

El propósito del estudio, es contar con información que ayude a la comprensión del estado actual de la motivación de los trabajadores del contrato colectivo. Motivación reflexionada a partir de dos teorías de la motivación. La información será valiosa, en la medida que contribuya a generar una propuesta alternativa de gestión de los recursos humanos en un Hospital descentralizado.

El análisis de la situación actual y de los nudos críticos, involucró experiencias y opiniones, cuya divulgación probablemente tenga efectos en los informantes, por tal razón la información obtenida se manejó con las reservas necesarias, respetando el deseo de anonimato requerido por algunos de los entrevistados y encuestados. De igual manera, se informó a todos los participantes sobre los objetivos de la investigación, y se obtuvo su previo consentimiento para la realización de las entrevistas y de la encuesta.

2.5. Operacionalización de Variables

Las variables estudiadas son: 1. Subsistema de Motivación e incentivos, 2. Nudos críticos de la Motivación e incentivos, 3. Marco legal Laboral Nacional vigente de los Trabajadores del Contrato Colectivo, 4. Marco Legal Laboral Municipal de los Trabajadores del Contrato Colectivo, 5. Factores favorables de los mecanismos de regulación local del subsistema de motivación e incentivos, 6. Factores desfavorables de los mecanismos de regulación local del subsistema de motivación e incentivos.

La operacionalización de las variables se presenta en los seis cuadros siguientes:

CUADRO 1

VARIABLES, COMPONENTES, FUENTES DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS

Definición de la variable: **Motivación e Incentivos**

Nivel de voluntad que impulsa un comportamiento específico de los trabajadores para llevar a cabo esfuerzos grandes y de calidad con el objeto de alcanzar las metas de la organización y recompensas o resultados personales.

Motivación e Incentivos	Componentes	Preguntas a Realizar	Fuente de Información	Instrumentos de Medición	Análisis
	1. Existe el subsistema de Motivación e Incentivos en la gestión de los RH del Hospital	1.1. Existen artículos específicos? 1.2. Existen artículos indirectos? 1.3. Existen o han existido mecanismos que simulen factores de motivación: reconocimientos escritos, diplomas, medallas, premios etc.?	Archivos y Documentos: 1.1. Documentos de: RH del Hospital 1.2. Octavo Contrato Colectivo 1.3. Código del Trabajo	Revisión de Documentos	Análisis de contenidos de Documentos
	2. La influencia del Contrato Colectivo en la Motivación	2.1.Cuál es la dimensión de los factores higiénicos? 2.2.Cuál es la dimensión de los factores motivacionales? 2.3. Cual es la dimensión de los factores de logro, afiliación , poder y competencia?	2.1. Documento del Contrato Colectivo 2.2.. Informantes Clave: Representantes de los trabajadores sindicalizados	2.1. Revisión de Documentos 2.2. Entrevista	2.1. Análisis de contenidos de Documentos 2.2. Análisis de contenidos
	3. Percepción de los trabajadores sobre la motivación	Encuesta sobre motivación	3.1 Trabajadores del Contrato Colectivo	3.1. Encuesta	3.1. Procesamiento de la encuesta
	4. In fluencia de la cultura organizacional en la Motivación	4.1. Cuáles son las normas sobre motivación en el Hospital 4.2. Cuáles son los valores del Hospital 4.3. Cuáles son los principios del Hospital 4.4. Cuál es el contrato psicológico en el Hospital?	4.1. Trabajadores del Contrato Colectivo 4.2. Informantes Clave: Directora de Hospital	4.1. Entrevista 4.2. Entrevista	4.1. Análisis de contenidos 4.2. Análisis de contenidos

CUADRO 2

Definición de la Variable: **Nudos Críticos de la Motivación e incentivos**

Son los factores de los trabajadores, del Hospital o del entorno que dificultan el desarrollo del subsistema de Motivación e incentivos

Nudos Críticos de la Motivación e incentivos	Componentes	Preguntas a Realizar	Fuente de Información	Instrumentos de Medición	Análisis
	1. Estado del Contrato Psicológico, en relación a los trabajadores	1.1. Las expectativas de los trabajadores, respecto a lo que el Hospital puede darle 1.2. Las expectativas de los trabajadores sobre lo que los ellos pueden dar al Hospital a cambio de lo que reciben	1. Trabajadores del Contrato Colectivo	1. Entrevista	Análisis de contenidos

	2.Estado del Contrato Psicológico, en relación al Hospital	2.1.Las expectativas del Hospital, respecto a lo que los trabajadores pueden dar 2.2. Las expectativas sobre lo que el Hospital pueda dar a los trabajadores a cambio de su esfuerzo (salario, bonos etc.)	2.Representante del Consejo Cantonal de Salud ó Directora del Hospital	2.Entrevista	Análisis de contenidos
	3.Estructura Organizativa del Hospital	3.1. Cuál es el rol de la oficina de RH 3.2. Cuál es el papel del Director del Hospital al respecto 3.3. Las normas dificultan? 3.4.Es un problema de recursos económicos? 3.5. La cultura organizacional dificulta?	3.Jefe de Recursos Humanos	3.Entrevista	Análisis de contenidos
	4. Influencia del Ministerio de Salud, de la Dirección Provincial de Salud	4.1Los recursos económicos escasos, han dificultado? 4.2.El mantenimiento de estructuras burocráticas jerárquicas he	4.Jefe de Recursos Humanos	4.Entrevista	Análisis de contenidos

CUADRO 3

Definición de la Variable: **Marco Legal Laboral Nacional Vigente de los Trabajadores del Contrato Colectivo**

Conjunto de leyes sobre los derechos y deberes de los trabajadores del Contrato Colectivo

Marco legal-laboral Nacional	Componentes	Preguntas a Realizar	Fuente de Información	Instrumentos de Medición	Análisis
	1.Leyes laborales de la Constitución	1.1.Cuál es el contenido de las leyes sobre el subsistema de motivación e incentivos?	1.1.Documentos	Revisión de Documentos	Análisis de Documentos
	2.Código del Trabajo	2.1. Qué indican los artículos referentes al subsistema de motivación e incentivos?	2.1. Documentos	Revisión de Documentos	Análisis de Documentos
	3. Contrato Colectivo	3.1 Qué indica sobre el subsistema de motivación e incentivos?	3.1. Documentos	Revisión de Documentos	Análisis de Documentos

CUADRO 4

Definición de la Variable: **Marco Legal Laboral Municipal de los Trabajadores del Contrato Colectivo**

Conjunto de leyes sobre los derechos y deberes de los trabajadores del Contrato Colectivo

Marco legal-laboral del gobierno local	Componentes	Preguntas a Realizar	Fuente de Información	Instrumentos de Medición	Análisis
	1.Leyes laborales sobre el subsistema de motivación e incentivos	1.1.Cuál es el contenido de las leyes sobre el subsistema	1.1.Documentos	Revisión de Documentos	Análisis de Documentos
	2.Coincidencias con las Leyes Nacionales	2.1 En qué consisten la semejanzas?	2.1. Documentos	2.1.Revisión de Documentos	Análisis de Documentos
	3. Discrepancias con las Leyes Nacionales	3.1. En qué consisten las discrepancias?	3.1. Documentos	3.1.Revisión de Documentos	Análisis de Documentos

CUADRO 5

Definición de la Variable: **Factores favorables de los mecanismos de regulación local de los dos subsistemas**

Elementos que ayudan a que se funcione la regulación local del subsistema de motivación e incentivos

Factores favorables de la regulación local	Componentes	Preguntas a Realizar	Fuente de Información	Instrumentos de Medición	Análisis
	1. Funciones de Consejo Cantonal de Salud	1.1. Cuáles mecanismos para la regulación ha establecido el Consejo Cantonal de Salud? 1.2.Cuál es el mecanismo de rendición de cuentas del Hospital? 1.3. Cómo va a ser el control ciudadano?	1.Miembros del Consejo Cantonal de Salud	1.Entrevista	Análisis de Contenidos
	2. Funciones de la Asamblea Cantonal	2.1. La Asamblea Cantonal cómo va incidir en los deberes y derechos de los trabajadores en relación al subsistema de motivación e incentivos?	2. Miembros de la Asamblea Cantonal	2.Entrevista	Análisis de Contenidos

CUADRO 6

Definición de la Variable: **Factores desfavorables de los mecanismos de regulación local del subsistema de motivación e incentivos**

Elementos que dificultarían el funcionamiento de la regulación local del subsistema de motivación e incentivos

Factores des favorables de la regulación local	Componentes	Preguntas a Realizar	Fuente de Información	Instrumentos de Medición	Análisis
	1. Funciones del Consejo Cantonal de Salud	1.1. Qué factores, legales, administrativos, del Consejo Cantonal de Salud impedirían un control del subsistema 1.2. Cómo se canalizarían las opiniones de los ciudadanos? 1.3. Cómo se procesaría la evaluación sobre los trabajadores, proporcionada por los ciudadanos?	1. Miembros del Consejo Cantonal de Salud	1. Entrevista	Análisis de Contenidos
	2. Funciones de la Asamblea Cantonal	2.1. Qué factores, legales, administrativos,	2. Miembros de la Asamblea Cantonal	2. Entrevista	Análisis de Contenidos

		de la Asamblea Cantonal de Salud impedirían un control del subsistema?			
--	--	--	--	--	--

2.6. Técnicas e Instrumentos

La validez y confiabilidad de la encuesta como instrumento cuantitativo se realiza mediante la aplicación de la encuesta en un grupo de prueba. La prueba piloto se lleva a cabo en los trabajadores del contrato colectivo del Hospital de Yaruquí. Hospital cantonal que tiene un nivel de complejidad y una estructura organizacional similar al Hospital de Cotacahi

Además se consideró, que muy probablemente el subsistema de motivación e incentivos tiene un desarrollo similar en los dos Hospitales, en razón de que las actividades y funciones de los departamentos de Recursos Humanos en los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública responden generalmente a los mismos lineamientos tradicionales y, que además los trabajadores del contrato colectivo a nivel nacional comparten condiciones de trabajo similares.

La prueba piloto permitió determinar que la encuesta debe ser realizada cara a cara, para identificar los comportamientos verbales estereotipados o para disminuir los malentendidos semánticos. Además del usual análisis estadístico, en la interpretación se utilizó un enfoque inductivo: a partir de la formulación de proposiciones teóricas, se trató de dar sentido al tema estudiado, sin imponer expectativas preexistentes o teorías preformuladas.

La encuesta investigó la percepción de los trabajadores del contrato colectivo en relación al estado de motivación actual, corresponde al componente tres de la variable motivación e incentivos: “Percepción de los trabajadores sobre la motivación”.

Se aplicó a 27 de los 29 trabajadores sindicalizados del Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacahi y, se llevó a cabo cara a cara lo que mejoró la interacción entre el entrevistado y el entrevistador y facilitó el diálogo en las preguntas abiertas.

La encuesta consta de 19 preguntas, algunas de ellas tienen varios literales con el propósito de aproximarnos a los factores de insatisfacción o factores higiénicos y a los factores motivadores planteados en la teoría motivacional de los dos factores de

Herzberg¹. Las preguntas abiertas se han introducido para que el encuestado manifieste sus percepciones sobre determinados temas.

La encuesta está dividida en tres partes, la primera parte de la pregunta 1 a la 8 se refiere a los factores higiénicos, de la 9 a la 17 se indagan los factores motivadores y las preguntas 18 y 19 son preguntas abiertas que están dirigidas a conocer el estado de satisfacción de los trabajadores en el Hospital. (Anexo 3)

En relación con la validez y confiabilidad de la metodología e instrumentos cualitativos, se considera que éstas condiciones se dan en la presente investigación, al observar autenticidad y concordancia entre la estructura narrativa proporcionada por los informantes y, la forma como se presentan los hechos de manera cotidiana en la realidad.

Por otro lado es importante indicar que la validez y confiabilidad de los instrumentos se relacionan también, con el empleo apropiado de la técnica y con la buena calidad del rapport establecido con los entrevistados, así como con la legitimidad informal lograda en el trabajo de campo, al convencer a los informantes de la importancia de la investigación como lo valioso de su participación.

¹ La encuesta ha sido elaborada en base a la encuesta utilizada en la tesis: Diagnóstico de la satisfacción en el empleo según la teoría motivacional de F.Herzberg, con atención especial al factor de relaciones interpersonales, de la escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de la autora ALEAGA, Janice.

CAPÍTULO III

Análisis de los Resultados

3.1. Estado actual del Subsistema de Motivación e Incentivos

A los trabajadores del contrato colectivo, para efectos de la presente investigación se los ha categorizado en cinco grupos: 1. Trabajadores de operativización de gestión en servicios hospitalarios, en el que se encuentran las auxiliares de enfermería y odontología. 2. Trabajadores de los servicios técnicos complementarios como los auxiliares de laboratorio, farmacia y la técnica de radiología. 3. Trabajadores de vigilancia sanitaria local o inspectores sanitarios, 4. Trabajadores de servicios de apoyo: lavandería, ropería, costura y cocina, 5. Trabajadores de servicios generales: conserjería, mantenimiento y movilización y transporte.

Los tres primeros grupos corresponden dentro de la nueva estructuración por procesos, (puesta en marcha por el Ministerio de Salud Pública) al proceso de valor agregado y son los trabajadores que tienen un contacto directo con los usuarios, los dos últimos grupos corresponden al proceso de apoyo del proceso habilitante y, son los trabajadores que mantienen un contacto indirecto con los usuarios.

En consecuencia, la agrupación se da, respondiendo al nivel de contacto directo ó indirecto con los usuarios, a la similitud de actividades y funciones y, a una agrupación natural (agrupaciones informales, que desarrollan una cotidianidad particular, al compartir un espacio físico, actividades y responsabilidades similares). Estableciendo una relación entre la categorización señalada y el cargo o la denominación de los trabajadores según el octavo contrato colectivo, se observa que los trabajadores sindicalizados están en su mayoría en contacto directo con el paciente: el 66.6%, en contacto indirecto 33.3% y, en el mayor porcentaje corresponden al proceso de valor agregado, lo que significa que los trabajadores sindicalizados, se encuentran dentro de

las actividades del proceso que define el grado de satisfacción de los usuarios y la calidad del servicio.

Tabla 1

Categorización de los Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004.

n<27>

Categorización	Frecuencia	Porcentaje
Atención directa al paciente (Auxiliares de enfermería y odontología)	12	44.4%
Atención indirecta al paciente (Trabajadores de cocina, lavandería, ropería y costura)	5	18.5%
Atención indirecta al paciente (Trabajadores de conserjería, mantenimiento y transporte)	4	14.8%
Atención directa al usuario (Trabajadores de saneamiento ambiental)	3	11.1%
Atención directa al paciente (Auxiliares de laboratorio, farmacia y técnica de radiología)	3	11.1%
Total	27	100.0%

En cuanto al tiempo laborado por lo trabajadores en el Hospital y al lapso de tiempo que éstos han permanecido en el mismo puesto, se encuentra que: Aproximadamente el 59% de los trabajadores ha laborado en el mismo puesto por 21 y más años, un 22% por un tiempo comprendido entre 11 y 20 años y, menos de 10 años han trabajado aproximadamente un 18%, la media es de 19.15 años, la mediana de 23.08 y la desviación estándar de 9.17.

En consecuencia, se puede interpretar, que son trabajadores que posiblemente tienen una adecuada experiencia tácita, que tal vez no ha podido ser convertida en experiencia explícita y viceversa, (una de las fuentes de innovación de las organizaciones creadoras de conocimiento) en razón de la estructura organizacional burocrática híbrida del Hospital. Estructura que favorece la “rutinización” de los trabajadores, a través de una exagerada especialización del puesto, de una ausencia de ascensos y de la permanencia indefinida de los trabajadores.

De manera similar, un 55.6% trabaja en el Hospital por más de 21 años, un 26% entre 11 y 20 años y aproximadamente un 18% trabaja en el Hospital menos de 10 años, la media es de 18.75 años, la mediana de 23.06 y la desviación estándar de 9.04. Estos últimos datos muestran que más de la mitad de los trabajadores del contrato colectivo han permanecido en el Hospital aproximadamente todo el tiempo de vida del mismo que es de 26 años. Esto debido, probablemente, al carácter de contrato laboral definitivo que tienen el 100% de los encuestados, situación legal-laboral característica de las organizaciones burocráticas estatales del país.

Tabla 2

Período de tiempo en el Hospital y en el mismo puesto de trabajo. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004. n<27>

Tiempo en el puesto de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 10 años	5	18.5 %
De 10 a 20 años	6	22.2 %
De 21 años en adelante	16	59.3%
Tiempo en el Hospital		
Menos de 10 años	5	18.5 %
De 10 a 20 años	7	25.9 %
De 21 años en adelante	15	55.6%
	Tiempo en el puesto de trabajo (años)	Tiempo en el Hospital (años)
Media	19.15	18.75
Mediana	23.08	23.06
Desviación estándar	9.17	9.04

En relación al conocimiento o el desconocimiento de los trabajadores sobre los reglamentos y normas del Hospital y, sobre su apreciación de si son malos, regulares, buenos, muy buenos o excelentes, se añade una pregunta abierta para que expliquen las causas, en el caso que consideren, que éstos son malos o regulares.

Los datos indican que en un porcentaje alto de aproximadamente el 70%, los trabajadores no conocen los reglamentos y normas, el 30% restante sí los conoce. Aproximadamente el 18% considera que éstos son buenos y muy buenos un 7%. El

único trabajador que contestó que las normas y reglamentos son regulares, indica que esto se da, debido a que no todos las acatan, es decir expresa que son regulares por un factor externo de incumplimiento, no por problemas intrínsecos de los reglamentos y de las normas. (Tabla 3).

De acuerdo con la teoría, las políticas de la organización son un factor higiénico importante (Herzberg teoriza que la insatisfacción del cargo depende del ambiente, de la supervisión, de los colegas, y del contexto general del cargo, por lo tanto los factores higiénicos modifican la insatisfacción pero no son los motivadores o satisfactores). Por lo tanto, los resultados expresan, que la mayoría de los trabajadores sindicalizados, probablemente realizan sus actividades cumpliendo ciertos reglamentos y normas que intuyen se encuentran en cuerpos legales como el contrato colectivo, el código del trabajo etc. Pero no identifican o no responden, a reglamentos y normas específicos del Hospital. En consecuencia puede haber desequilibrios en el contrato psicológico, -es decir en lo que mutuamente se espera que exista entre el Hospital y los trabajadores- que es un componente importante de la cultura organizacional¹.

Lo enunciado abona al supuesto teórico de que el Hospital de Cotacachi se ha estructurado como una organización burocrática híbrida: los trabajadores no distinguen reglamentos y normas formales que aseguren cierto grado de uniformidad y/o responsabilidad en las acciones.

Tabla 3

Conocimiento o desconocimiento de reglamentos y normas del HADLT. Categorización Cotacachi.2004. n<27>

Conocimiento de Reglamentos y Normas	Frecuencia	Porcentaje
---	-------------------	-------------------

¹KRIEGER, Mario, Sociología de las organizaciones, 2001, p: 95. Si las personas no tienen claridad en la aceptación de normas obligatorias y periféricas (obligatorias: su aceptación es requisito de afiliación continua en la organización, periféricas: para un miembro de la organización es deseable pero no esencial aceptarlas) en la medida de que no advierten la existencia de éstas normas obligatorias y de que tienen probablemente una posición más confusa frente a las normas periféricas, se establece una vaga o indefinida actitud de los trabajadores hacia la organización (uno de los componentes del contrato psicológico de Schein).

Desconoce	19	70.4%
Conoce	8	29.66%
Calificación de Reglamentos y Normas conocidos		
No contestan	19	70.4%
Malos	0	0.0%
Regulares	1	3.7%
Buenos	5	18.5%
Muy buenos	2	7.4%
Excelentes	0	0.0%

La imagen del jefe, y el grado de supervisión en el trabajo son dos factores satisfactorios que se averiguan, tomando en cuenta que los jefes son distintos para cada una de las categorías de trabajadores. Para la denominación de auxiliares de enfermería y odontología hay dos jefes: la enfermera jefe y el odontólogo tratante responsable del servicio de odontología respectivamente. Para la denominación de auxiliares administrativos de salud y conductor profesional el superior inmediato es el jefe de recursos humanos del sistema de salud descentralizado. El grupo de inspectores sanitarios responde a un jefe médico coordinador de saneamiento ambiental. Los auxiliares de los servicios técnicos de apoyo responden a jefes distintos: el auxiliar de laboratorio al tecnólogo responsable del servicio de laboratorio clínico, la auxiliar de farmacia al jefe de recursos humanos del sistema descentralizado de salud, la técnica de radiología a la Directora del Hospital.

La situación señalada se enmarca en la estructura jerárquica piramidal del Hospital y en el establecimiento de un peculiar control de mando y línea de autoridad que refleja la dispersión de la gestión de los recursos humanos y la carencia de una política única y/o unificadora de los recursos humanos, en función de la consecución de determinados objetivos.

La imagen del jefe se indaga, a través de la percepción que tienen los trabajadores sobre el nivel de conocimientos que posee el jefe y, a través del clima de relaciones entre ellos. Esto último, se investiga, por medio del nivel de ayuda del jefe en la resolución de problemas y, con el encargo adecuado o no de responsabilidades del jefe hacia los subordinados. El grado de supervisión, se estudia averiguando, si el trabajador siente

que se controla su trabajo y, si la supervisión sentida, le ha permitido mejorar el cumplimiento de sus funciones.

Los resultados encontrados son: aproximadamente la tercera parte considera que su jefe posee regulares conocimientos, (33.3%), un porcentaje similar observa que el jefe posee buenos conocimientos, (29.6%), los niveles de ninguno 11% y pocos 7%, son datos extremos que suman alrededor de un 18%, al igual que un 18% que considera que su jefe posee todos los conocimientos. Se puede decir que los trabajadores (alrededor de un 60%) consideran a su inmediato superior como un jefe con adecuados conocimientos. (Tabla 4).

A la pregunta de si su jefe le escucha y ayuda cuando tiene problemas o dudas en el trabajo, el mayor porcentaje, 44.4% responde que rara vez, se sienten apoyados siempre alrededor de la tercera parte, un porcentaje del 7.4% nunca se siente apoyado. El no tener apoyo, o tener apoyo rara vez por parte del jefe, alcanza el 52% aproximadamente, en otras palabras, alrededor de la mitad considera que no recibe apoyo por parte de su jefe. (Tabla 4).

El otro elemento importante en cuanto a las relaciones con los jefes, es el encargo de responsabilidades, las respuestas de que nunca y rara vez el encargo es adecuado alcanzan un 44.4% y de casi siempre y siempre un 48.1%. Por lo tanto, alrededor de la mitad de los trabajadores, perciben que la delegación de responsabilidades no es adecuada y, la otra mitad sienten que ésta es adecuada. (Tabla 4).

En cuanto a la supervisión del trabajo se encontró los siguientes resultados: Los trabajadores sindicalizados en un 40% no perciben que el jefe o alguna otra persona controle el trabajo, en un 48% el control es sentido con un nivel necesario, y sólo el 11.1% afirman que el control es excesivo. Las recomendaciones luego de la supervisión le ha permitido mejorar, casi siempre y siempre al 44.4% y a un 33.3% las recomendaciones del jefe nunca o rara vez les ha permitido mejorar. (Tabla 4).

Por lo tanto, las cualidades de experto, con capacidad de descentralizar el poder, de acompañar (“apoyo en los distintos niveles a los responsables de las acciones, para

garantizar que los obstáculos técnicos así como la resistencia al cambio sean superados y garantizar el logro de productos concretos, aunque no siempre tangibles como el cambio de la cultura organizacional”²) y, de lograr a través de un control en la ejecución de las tareas (que no se refiere al concepto de monitoreo individual, que tiene como una de sus finalidades generar y mantener la motivación³) cierto grado de mejoramiento en los trabajadores; son reconocidas por alrededor de un 30% a 40% de los trabajadores, es decir, alrededor del 30 a 40% de los encuestados reconoce en sus respectivos superiores, algunas cualidades de un buen jefe.

Sintetizando aproximadamente la mitad percibe que el jefe delega adecuadamente, controla lo necesario y que sus recomendaciones les han permitido mejorar en el desempeño de sus funciones. (Tabla 4).

Tabla 4

Percepción del desempeño de Jefatura. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004. n<27>

²FLACSO, MÓDULO DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE ORGANIZACIONES LOCALES, Proceso para la implementación del modelo de desarrollo organizacional programático, 2004, p: 13.

³ IBID, FLACSO, MÓDULO DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE ORGANIZACIONES LOCALES, p: 14. El monitoreo comprende el control de ejecución, la medición, el análisis de resultados y la corrección; por lo tanto es pieza esencial de la motivación que tiende a premiar el cumplimiento y a sancionar el incumplimiento.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimientos del jefe		
Ninguno	3	11.1%
Pocos	2	7.4%
Regulares	9	33.3%
Bastantes	8	29.6%
Todos	5	18.5%
Acompañamiento del jefe		
Nunca	2	7.4%
Rara vez	12	44.4%
Con frecuencia	2	7.4%
Casi siempre	2	7.4%
Siempre	8	29.6%
No contesta	1	3.7%
Encargo de responsabilidades		
Nunca	5	18.5%
Rara vez	7	25.9%
Con frecuencia	2	7.4%
Casi siempre	5	18.5%
Siempre	8	29.6%
El jefe u otra persona controla el trabajo		
Nunca	5	18.5%
Muy poco	6	22.2%
Lo necesario	13	48.1%
Más de lo necesario	3	11.1%
La supervisión y recomendaciones, le han permitido mejorar		
Nunca	3	11.1%
Rara vez	6	22.2%
Con frecuencia	5	18.5%
Casi siempre	3	11.1%
Siempre	9	33.3%
No contesta	1	3.7%

Los factores satisfactorios o higiénicos, relacionados con las condiciones físicas y ambientales del trabajo así como con la seguridad laboral, se averiguan en la pregunta cuatro. Se explora además, con una pregunta abierta las probables causas que visualizan los trabajadores para considerar que las comodidades son malas o regulares. Los resultados son los siguientes:

Las condiciones ambientales y físicas malas y regulares son observadas por el 74% de los trabajadores y la seguridad laboral mala y regular también es percibida por un porcentaje alto del 74%. (Tabla 5)

En la pregunta abierta, los trabajadores explican que ésta situación se debe, a la ausencia de mantenimiento de los equipos e instalaciones, a la presencia de espacios físicos estrechos, no adecuados, que no prestan las comodidades necesarias para las actividades y, a la carencia de materiales e insumos de protección. En cuanto a la seguridad laboral ningún trabajador menciona la ausencia de capacitación y la falta de educación e información de los trabajadores para protegerse de los riesgos laborales.

Tabla 5

Condiciones físicas, ambientales y de seguridad laboral del Hospital. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004. n<27>

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Comodidades físicas y ambientales		
Malas	7	18.5%
Regulares	15	55.6%
Buenas	7	25.9%
Muy buenas	0	0.0%
Excelentes	0	0.0%
Condiciones de seguridad laboral		
Malas	10	37.0%
Regulares	10	37.0%
Buenas	5	18.5%
Muy buenas	2	7.4%
Excelentes	0	0.0%

Sobre la necesidad de afiliación (según McClelland) o a las condiciones de las relaciones laborales entre colegas (incluido el jefe) según Herzberg, necesidad que también es considerada higiénica o satisfactora. Los resultados indican: 63% de los trabajadores percibe que la calidad de las relaciones de amistad y compañerismo son buenas, muy buenas y excelentes y un 37% se pronuncia por una calidad de relaciones mala y regular.

Estas relaciones influyen positivamente en un 40%, negativamente en alrededor de un 30% y no influyen en un 33%. El mayor porcentaje dice que el grupo es desunido y muy poco unido (51.8%) y que no cambiaría de grupo (63%). Al parecer éstas respuestas son

contradictorias, hay amistad y compañerismo pero dicen que los grupos son desunidos, (aproximadamente la mitad) sin embargo la mayoría preferiría trabajar con los mismos compañeros. (Tabla 6).

La respuesta a estas aparentes contradicciones se clarifica en las respuestas abiertas, el análisis de contenidos de las mismas nos indica que: 1. Los trabajadores demuestran su necesidad de afiliación o de relacionarse con las personas en un medio social y, de contar con relaciones interpersonales cercanas y amigables (63% tiene buenas relaciones y no cambiaría de grupo), 2. La desunión de los grupos se da por problemas de múltiples sentimientos y comportamientos negativos que los trabajadores identifican en “los otros” “no en si mismos”, lo que probablemente refleja un sistema sociológico (modos de interactuar internalizados en los trabajadores y en sus valores compartidos) y una cultura hospitalaria con predominio del individualismo que no fomenta el trabajo en equipo (grupos desunidos 51.8%) y, 3. Se hace manifiesto un temor al cambio, prefieren “lo conocido”, “a los nuevos se les tiene que enseñar”, “los nuevos tienen otras ideas”, “un desconocido interferiría”, “el cambio es molesto”, “se han adaptado”; frases textuales que revelan probablemente una cultura hospitalaria ritualista, burocrática, conservadora, y refractaria a la innovación. (Tabla 7).

Tabla 6

Relaciones de amistad y compañerismo e influencia. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004. n<27>

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Relaciones de amistad y compañerismo		
Malas	3	11.1%
Regulares	7	25.9%
Buenas	14	51.9%
Muy buenas	2	7.4%
Excelentes	1	3.7%
Influencia de las relaciones de amistad y compañerismo		
Positivamente	11	40.7%
Negativamente	7	25.9%
No influyen	9	33.33%
Calificación del grupo de trabajo		

Desunido	4	14.8%
Muy poco unido	10	37.0%
Unido	10	37%
Bastante unido	0	0.0%
Muy Unido	3	11.1%

Prefiere trabajar con otras personas o con las mismas

SI	10	37%
No	17	63%

Tabla 7

Relaciones laborales entre colegas. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004. n<27>

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Causas para querer pertenecer al mismo grupo		
Los nuevo es molesto e interfiere	10	58.8%
Es mejor lo conocido	5	29.4%
Nos hemos acostumbrado	3	11.7%

Las relaciones con el jefe son de buena calidad en el 89%. El 44.4% de los trabajadores observan que las relaciones influyen positivamente al trabajo y en un porcentaje igual del 44.4% piensan que no influyen. La explicación de igual manera es posible tener en la pregunta abierta, los trabajadores hacen una diferenciación entre amistad y trabajo y consideran que si “se concentra en el trabajo” se es “responsable en el trabajo”, “se cumple con las obligaciones” y “se hace lo que se tiene que hacer”, no se generan situaciones que influyan en las buenas relaciones con el jefe. (Tabla 8).

El significado que se puede leer en éstos argumentos, hace referencia a que es posible que exista un cierto grado de distancia psicológica entre los jefes y los subordinados, tanto por un alejamiento de los jefes hacia los subordinados como por una relación formal y burocrática entre niveles. Situación que a su vez dificultaría la incorporación de algunos factores motivadores, cuya fuerza precisamente radica en las interacciones personales entre jefes y subordinados.

Tabla 8

Relaciones personales e influencia de las relaciones con el jefe. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004. n<27>

Relaciones personales con el jefe	Frecuencia	Porcentaje
Malas	0	0.0%
Regulares	3	11.1%
Buenas	12	44.4%
Muy Buenas	9	33.3%
Excelentes	3	11.1%
Influencia de las relaciones con el jefe		
Positivamente	12	44.4%
Negativamente	2	7.4%
No influyen	12	44.4%
No contesta	1	3.7%

Sobre el grado de satisfacción de los trabajadores con los sueldos y con los beneficios sociales, que también son considerados factores insatisfactorios, los datos demuestran que claramente alrededor de un 85% a 90% de los trabajadores, consideran que tanto los sueldos como los beneficios sociales son muy bajos, en relación a las necesidades de sus familias y al nivel del costo de la vida. (Tabla 9).

Tabla 9

Sueldo y satisfacción de necesidades. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004. n<27>

El sueldo le permite satisfacer necesidades en forma	Frecuencia	Porcentaje
Insuficiente	10	37.0%

Regular	13	48.1%
Buena	4	14.8%
Muy Buena	0	0.0%
Excelente	0	0.0%
Nivel de los beneficios sociales		
Malos	21	77.8%
Regulares	4	14.8%
Buenos	2	7.4%
Muy Buenos	0	0.0%
Excelentes	0	0.0%

En relación a la estabilidad del empleo, un 89% aproximadamente considera que su empleo es estable, en razón al tipo de contratación que tienen los trabajadores del contrato colectivo, que se extiende hasta la jubilación, muerte o separación voluntaria de los trabajadores. Al respecto, se observa que la contratación “de por vida” no impulsa a los trabajadores al logro de los objetivos hospitalarios y de sus propios objetivos, al percibir consciente e inconscientemente que su trabajo está asegurado, independientemente del nivel de desempeño. (Tabla 10).

Tabla 10

Seguridad de empleo estable. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi.
2004. n<27>

Seguridad de empleo estable	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1	3.7%
Poca	2	7.4%
Toda	24	88.9%

La indagación sobre la sensación de sentirse una persona de valía y de mérito, misma que conduce a la autorrealización y es uno de los factores motivadores más importantes, indica que ésta es percibida en un porcentaje alto, ya que el 74% se sienten importantes en el trabajo. Las personas que nunca o rara vez dicen sentirse importantes observan que “nadie es importante” “no se debe sentir importante” “no es creída”, “no es envanecida”, “se debe a pacientes”, “solo cumple su trabajo”. Las expresiones indican que algunos trabajadores dieron a la pregunta una dimensión de defecto personal (vanidad, orgullo) y negaron sentir importancia por su trabajo. (Tabla 11).

Tabla 11

Importancia en el trabajo. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi.

2004. n<27>

En el trabajo se siente una persona importante	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	7.4%
Rara vez	5	18.5%
Siempre	20	74.1%

Otro factor motivador, se aborda a través de la existencia de objetivos y de la evaluación de los trabajadores en relación con el cumplimiento de los mismos. Los datos obtenidos al respecto, indican que alrededor del 74%, 85%, 44% y 48% de los trabajadores desconocen los objetivos de su propio trabajo, los objetivos estratégicos del Hospital y el nivel de logro de los objetivos y del desempeño respectivamente. (Tabla 12)

Tabla 12

Establecimiento de objetivos del trabajo. Trabajadores sindicalizados del HADLT de

Cotacahi. 2004. n<27>

Establece con su jefe los objetivos del trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	40.7%
Rara vez	9	33.3%
Con frecuencia	4	14.8%
Casi siempre	2	7.4%
Siempre	1	3.7%
Establece con su jefe los objetivos del Hospital	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	18	66.7%
Rara vez	5	18.5%
Con frecuencia	3	11.1%
Casi siempre	0	0.0%
Siempre	1	3.7%
El jefe le informa del cumplimiento de objetivos	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	55.6%
No	12	44.4%
El jefe le informa sobre el desempeño		
Si	14	51.9%
No	13	48.1%

Sobre la percepción que tienen los trabajadores, acerca de las actividades y tareas encomendadas, se observa que un 96% y en un 85% opina, que las tareas y actividades son claras y precisas y son posibles de ser cumplidas. Lo mencionado,

define un escenario de trabajadores, acciones e intenciones dirigidas mecánicamente a cumplir “con algo” establecido probablemente por la costumbre y por los intereses de una organización burocrática híbrida. (Tabla 13).

Tabla 13

Son claras y precisas sus tareas y actividades. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004. n<27>

Son claras y precisas sus tareas y actividades	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	96.3%
No	1	3.7%
Son posibles de cumplir sus tareas y actividades		
Si	23	85.2%
No	4	14.8%

El factor motivador de reconocer el buen desempeño a través de alguna forma de incentivo, se indaga preguntando, si el jefe y el Hospital han premiado el buen cumplimiento del trabajo. El 52% de los trabajadores indica que nunca el jefe le ha felicitado y el 78% que nunca el Hospital ha premiado de alguna forma el éxito del trabajador.

Los seis trabajadores que indican haber recibido reconocimiento por parte del Hospital, manifiestan que este se ha dado en forma de un agradecimiento que hizo el Hospital a un determinado número de trabajadores por haber cumplido 25 y 30 años de servicio, el agradecimiento fue verbal y se entregó un anillo y/o medalla. Un solo trabajador indica haber recibido agradecimiento público. (Tabla 14)

Tabla 14

Le ha felicitado el jefe por el éxito de un trabajo. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004. n<27>

Le ha felicitado el jefe por el éxito de un trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	14	51.9%
Rara vez	7	25.9%
Siempre	6	22.2%
El Hospital ha premiado su éxito en la realización de un trabajo		
Nunca	21	77.8%
Rara vez	5	18.5%
Siempre	1	3.7%

Respecto a la delegación de responsabilidades y sobre la autonomía o la libertad de decisión de los trabajadores, que son factores motivadores y parte del enriquecimiento del trabajo que propone Herzberg como elemento incentivador significativo, se aprecia que la delegación de responsabilidades ha tenido el 55.6% de los trabajadores y un porcentaje igual indica que su trabajo es rutinario. Estos datos contrastan con el 96.3% de los trabajadores que dicen que su trabajo les gusta y que es importante, por otro lado el 74% tiene autonomía y a su vez el 74% rara vez o nunca le han asignado tareas nuevas, difíciles o diferentes. En el caso de que le hayan asignado este tipo de tareas no estaba preparado para enfrentarlas alrededor del 59% de los trabajadores. (Tabla 15).

Dentro de la misma línea analizada en párrafos anteriores, se trata de conocer si los trabajadores están preparados a asumir nuevos retos. Las respuestas dadas pueden ser clasificadas en tres grandes grupos: un grupo considera que posee ciertas aptitudes y actitudes como: paciencia, curiosidad, facilidad de aprendizaje mediante la sola observación, otro grupo relaciona su capacidad de respuesta con la información y la capacitación recibida y un tercer grupo hace referencia a la experiencia o al conocimiento tácito. Las explicaciones para la falta de preparación para los nuevos retos se centran en la falta de preparación o de capacitación y en el hecho de que se han generado muchos cambios en el Hospital, en éste último tiempo.

Estas dos últimas razones son importantes, debido al obligado y necesario cambio que entraña la descentralización del Hospital y a la probable limitada capacidad de aprendizaje que crónicamente ha existido en el mismo, situación que también se manifiesta en las respuestas de la pregunta concerniente a las oportunidades que han

tenido los trabajadores para el crecimiento personal a través de una mejor capacitación: el 55.6% considera que no ha recibido capacitación, el 44.4% indica que ha recibido capacitación. De los que han recibido capacitación el 40.7% señala que los cursos han sido buenos y muy buenos y el 55.6% no se pronuncia sobre la calidad de los mismos. (Tabla 15).

Tabla 15

Le han dado mayores responsabilidades. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004. n<27>

Le han dado mayores responsabilidades	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	44.4%
No	15	55.6%
Su trabajo es rutinario		
Si	15	55.6%
No	12	44.4%
Le gusta el trabajo que hace		
Si	26	96.3%
No	1	3.7%
Considera importante el trabajo que realiza		
Si	26	96.3%
No	1	3.7%
Tiene la responsabilidad total sobre su trabajo		
Nunca	0	0.0%
Rara vez	1	3.7%
Con frecuencia	5	18.5%
Casi siempre	2	7.4%
Siempre	19	70.4%
Le han dado tareas nuevas, difíciles o diferentes		
Nunca	11	40.7%
Rara vez	9	33.3%
Con frecuencia	5	18.5%
Casi siempre	2	7.4%
Siempre	0	0.0%
Ha estado preparado para las tareas nuevas, difíciles o diferentes		
Si	11	40.7%
No	16	59.3%
El Hospital le ha dado la oportunidad de capacitación		
Si	12	44.4%
No	15	55.6%
Los cursos de capacitación han sido		
Malos	0	0.0%
Regulares	0	0.0%
Buenos	3	11.1%
Muy buenos	8	29.6%

Excelentes	1	3.7%
No contesta	15	55.6%

Otro de los factores motivadores, es el ascenso, factor que en general la estructura burocrática lo considera. Al respecto el 96.3% manifiesta que no hay posibilidades de ascenso. La única persona que observó la posibilidad de ascenso, asoció su afán personal de culminar los estudios de enfermería con el evento de ocupar otro cargo de un nivel diferente. (Tabla 16).

Tabla 16

Oportunidad de ascenso. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004.

n<27>

Posibilidad de ascenso	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	3.7%
No	26	96.3%

Respecto al factor motivador de la utilización plena de las habilidades personales, el 81.5% de los trabajadores indican que sus conocimientos y habilidades se están desarrollando en forma satisfactoria y muy buena, en razón de aplicar lo aprendido y de cumplir bien o a conciencia el trabajo, sólo dos trabajadores se refieren a los usuarios como punto crucial, para quienes se debe utilizar todos los conocimientos y habilidades. En consecuencia, la “razón de ser de la organización Hospitalaria”, el servicio a los usuarios, es referida sólo por dos trabajadores. Este dato contribuye a interpretar que en el Hospital existe una cultura organizacional que no está centrada en lograr el bienestar de los usuarios. (Tabla 17).

Tabla 17

Grado de desarrollo de conocimientos y habilidades. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004. n<27>

Conocimientos y habilidades se desarrollan	Frecuencia	Porcentaje
Nula	0	0.0%
Regular	2	7.4%
Satisfactoria	17	63.0%
Muy buena	5	18.5%
Excelente	3	11.1%

En la investigación sobre lo que les gusta en el trabajo, las categorías encontradas en el análisis de contenidos son: 1. les gusta todo, 2. atender y ayudar a los pacientes, 3. cumplir con determinadas actividades de su preferencia y 4. sentirse responsables y tener libertad. La categoría 2 responde a la necesidad de filiación y a un tradicional sentimiento de servicio y de beneficencia que ha impulsado desde su origen a los servicios de salud, la categoría 3 puede responder a la necesidad instintiva de evitar el sufrimiento, y la categoría 4 se sustenta en necesidades de realización, a través de las cuales se puede sentir crecimiento psicológico. La categoría 1: “les gusta todo” resulta ser muy interesante, ya que puede ser un elemento valioso, sobre el cual es posible incorporar factores motivadores.

Lo que menos les gusta del trabajo puede categorizarse en cuatro grupos: 1. acciones de los compañeros y de los jefes (comentarios, cuentos, división, hipocresía, presión), 2. situaciones de la organización del trabajo (no tener descanso, trabajo excesivo, falta de tiempo, cambio de sitio de trabajo, veladas), 3. actividades específicas (asear, planchar, colgar ropa) y 4. circunstancias referidas a los pacientes (muerte de los pacientes).

La categoría 1 es muy compleja, se da en las organizaciones como parte de las relaciones informales que se desarrollan paralelamente a las relaciones formales de línea de autoridad, debe ser tomada en cuenta ya que es un elemento que debilita a las organizaciones. La categoría 2 y 4 son muy importantes, forma parte de los riesgos de trabajo de los trabajadores de la salud y, debe ser considerada para aplicar políticas y estrategias de salud laboral. La categoría 3, tiene relación con la carga de trabajo que

tienen determinados trabajadores (en cocina, lavado y planchado) en relación con las inadecuadas condiciones de trabajo (infraestructura y máquinas).

La indagación sobre cómo se sienten los trabajadores en el Hospital, indica que el 14.8% se siente excelente, bien 48% y muy bien aproximadamente el 29%. En consecuencia hay un porcentaje total de 91.8% de satisfacción, lo que no significa que estén motivados. Este alto porcentaje llama la atención, ya que como hemos observado a lo largo del análisis de la encuesta, que varios de los factores satisfactorios tampoco se cumplen. Desde otro punto de vista, por un lado, se puede considerar que en la mayoría de los trabajadores es posible emprender en base a éste nivel de satisfacción, una propuesta de cambio en la cultura organizacional y por otro lado, surge la inquietud de analizar profundamente éste dato para interpretarlo como acorde a la realidad de los trabajadores. (Tabla 18).

Tabla 18

Nivel de satisfacción. Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004.

n<27>

Cómo se siente trabajando en el Hospital	Frecuencia	Porcentaje
Mal	0	0.0%
Regular	2	7.4%
Bien	13	48.1%
Muy bien	8	29.6%
Excelente	4	14.8%

La pregunta abierta de comentarios y sugerencias no contestan una gran mayoría de los encuestados, los pocos que se pronuncian sugieren que desean: mayor nivel de comunicación, mejorar las relaciones con los jefes, mayor número de personal y mejorar la capacitación.

3.2 Resultados de las entrevistas

Las entrevistas a informantes claves, se llevan a cabo, para conocer la percepción sobre los objetivos de la presente investigación, desde la visión y experiencia de los entrevistados.

3.2.1 Estado Actual del Subsistema de Motivación e Incentivos

Para conocer las apreciaciones sobre el estado actual del subsistema de motivación e incentivos se realizan dos entrevistas. En la "I"⁴, se expresan los siguientes argumentos:

1. El proceso de descentralización, con la implementación del Consejo Cantonal de Salud y de la Asamblea de Unidad Cantonal, ha permitido establecer una cultura organizacional, en la que se ha rescatado y posicionado el valor de los recursos humanos como actores del proceso (ya que los trabajadores fueron señalados como: "corruptos, deshonestos, ociosos", en las primeras fases del proceso de descentralización).
2. Con la descentralización se intenta horizontalizar las relaciones y democratizar la toma de decisiones.
3. Con la descentralización, se ha entregado a los trabajadores los derechos y deberes que había arrebatado el centralismo, en función de obtener mejores servicios para los usuarios.
4. Históricamente la cultura organizacional del Hospital ha sido vertical y, centralista.
5. Los factores motivadores, si se han contemplado, pero se acepta que se desconoce el efecto de los mismos en los trabajadores.
6. El subsistema de motivación e incentivos, debe buscar mecanismos para personas "que no quieren avanzar y que están en desacuerdo con el proceso de descentralización".
7. Dentro de la motivación e incentivos, el Hospital trata a las personas con cariño y respeto, pero también sería importante saber, si los trabajadores perciben el cariño y el respeto.
8. Los factores higiénicos sobre todo los relacionados con el medio ambiente físico y con las condiciones de trabajo se han intentado mejorar.
9. En las condiciones económicas actuales no se pueden mejorar los salarios y los beneficios sociales.
10. Los ascensos y recategorización de los trabajadores, como un elemento motivador, debe ser parte de una buena gerencia, pero, la mayoría de los trabajadores "tienen formación básica, muchos apenas han terminado la primaria" y muy poca gente está dispuesta a retomar su formación académica.
11. El Hospital tiene claro los valores y principios, consignados en la misión y visión, pero se desconoce el punto de vista de los trabajadores al respecto.
12. Sería bueno conocer cuáles son los principios y valores de los trabajadores, en el sistema local de salud, estos son: no robar, no mentir y no ser ociosos.
13. Se ha tratado de conocer y renegociar las expectativas

⁴ Entrevista realizada el 2 de Febrero del 2004.

de los trabajadores pero, no se puede dar solución a las mismas, ya que se carece de recursos económicos y además hay trabas legales que impiden tomar decisiones locales para mejorar los salarios de los trabajadores o para contratar más personal. (Anexo 4)

Se percibe un posicionamiento muy claro en defensa de la descentralización, a través de la que se pretende mejorar una serie de inconvenientes, tanto del estado actual del subsistema de motivación e incentivos, como de la cultura organizacional del Hospital. Al parecer, la descentralización puede lograr instantáneamente, un posicionamiento de los trabajadores, desde un estado negativo hacia una propicia situación. Se reconoce sin embargo que, limitaciones legales, de recursos económicos y de los propios trabajadores, no favorecerían la toma de decisiones a favor de los mismos. Adicionalmente, se observa una ruptura con la percepción, el sentimiento y las vivencias de los trabajadores del Hospital, situación compatible con el burocratismo híbrido.

El entrevistado “II”⁵ considera: 1. Que en el Hospital no hay motivación. 2. El Hospital no promueve los factores motivacionales como autoestima, autorealización, delegación de funciones, crecimiento personal, etc. 3. Los trabajadores necesitan “algo que les llene”, que “les haga trabajar con gusto”. 4. Necesitan que se les pague justamente por lo que trabajan, que haya ascensos y capacitación. 5. El proceso de descentralización puede facilitar el desarrollo de la motivación en el Hospital. 6. El Contrato Colectivo si considera elementos motivacionales, pero no cumplen los directivos. 7. Los trabajadores “no han mencionado” los valores y principios del Hospital, ya que todos trabajan en forma consciente y, con honestidad. (Anexo 5).

El tema de la motivación e incentivos es percibido desde el punto de vista de la ganancia personal de los trabajadores y el fracaso del subsistema se inculpa a un inadecuado manejo directivo. Se aprecia además que existe un reconocimiento a la honestidad y capacidad de los trabajadores.

3.2.2 Nudos Críticos

⁵ Entrevista realizada el 4 de Febrero del 2004.

Para la identificación de los nudos críticos del subsistema de motivación e incentivos, que corresponde al segundo objetivo de la investigación; se llevan a cabo entrevistas semiestructuradas, (“III”, “IV”, “V”, “VI”)⁶ abordando el tema a través de la exploración del contrato psicológico y de la cultura organizacional del Hospital.

En relación con el contrato Psicológico y partiendo de la definición de Schein, se observa que no existe una definición clara del mismo, hay amplias lagunas de desconocimiento sobre las expectativas que el Hospital y los trabajadores esperan unos de otros y parece repetirse un patrón de sentimientos y de trabajo algo divergentes, en cada uno de los dos grupos analizados trabajadores del contrato colectivo y directivos.

Lo anotado se complica más en el momento actual, en el que existe un proceso de cambio del que han sido informados los trabajadores (aparentemente no han participado activamente) a través de varias reuniones para socializar el proceso de descentralización.

Las entrevistas revelan valiosa información sobre la percepción de los informantes sobre la cultura organizacional, los grupos de directivos y de trabajadores, no distinguen con transparencia los valores y principios organizacionales, en razón de que, si bien se mencionan valores estratégicos (considerados en la misión y visión) los mismos no han sido internalizados y compartidos por todas las personas del Hospital. (En general no hacen mayor referencia a la calidad, calidez, oportunidad, liderazgo en la prestación de servicios, participación local, señalados en la misión y visión)

3.2.3 Marco Legal Nacional y Local

Para identificar las semejanzas y discrepancias entre el marco legal-laboral vigente nacional de los recursos humanos del Código del trabajo, frente al marco legal Municipal y del Consejo Cantonal de Salud, en relación al subsistema de motivación e incentivos, se presenta la siguiente tabla:

⁶ Entrevistas realizadas el 3 y 4 de Febrero del 2004.

Tabla 19

Semejanzas y Discrepancias de Leyes Nacionales y Locales relacionadas con el Subsistema de Motivación e Incentivos

Trabajadores sindicalizados del HADLT de Cotacahi. 2004

	Leyes laborales Constitucionales	Código del Trabajo	Contrato Colectivo	Ley del Sistema Nacional de Salud	Leyes Locales
Semejanzas	Artículo 97 numeral 6: “Trabajar con eficiencia”	Artículo 45: Obligaciones del trabajador, numeral a): “Ejecutar el trabajo en los términos del contrato, con la intensidad, cuidado y esmero apropiados, en la forma, tiempo y lugar convenidos”	Cláusula Cuadragésima Primera: Atención a los usuarios: “El Ministerio de Salud Pública, y los trabajadores conjuntamente propenderán al mejoramiento de la atención que prestan en todos los sectores que lo necesitan”.		
		Sobre las obligaciones de los trabajadores y empleadores: Artículo 45: Numeral e): “Cumplir las disposiciones del reglamento interno expedido en forma legal” Artículo 42: Numeral 12: “Sujetarse al reglamento interno legalmente aprobado”			
	Artículo 35 numeral 3: “El Estado garantizará la intangibilidad de los	Art. 4: “Irrenunciabilidad de derechos: Los derechos del trabajador son		Artículo 26 señala que el “Consejo Nacional de Salud propondrá a las	

	derechos reconocidos a los trabajadores, y adoptará las medidas para su ampliación y mejoramiento. ”	irrenunciables. Será nula toda estipulación en contrario”.		entidades formadoras la política y el plan Nacional para el desarrollo integral de los recursos humanos en salud,.... en el ámbito público, desarrollará la carrera sanitaria considerando los aspectos de calidad del empleo, régimen laboral y salarial, productividad del trabajo, calidad de los servicios y gobernabilidad, gestión de personal e incentivos basados en evaluación del desempeño, ubicación geográfica y manejo de riesgo”.	
	Numeral 13: “Asumir las funciones públicas como un servicio a la colectividad, y rendir cuentas a la sociedad y a la autoridad, conforme a la ley”.				Consejo Cantonal de Salud, Numeral 5: “Promover la participación, control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios”
		Numeral 27: “Conceder permiso o declarar en comisión de servicio hasta por un año y con derecho a remuneración hasta por seis meses al trabajador que, teniendo más de cinco	Cláusula Vigésima Novena: Permiso para Estudios y Becas: “El Ministerio de Salud Pública concederá tres horas diarias de permiso con remuneraciónEl Ministerio de Salud Pública,	Artículo 26:”..... desarrollará la carrera sanitaria considerando..... ”	

		años de actividad laboral y no menos de dos años de trabajo en la misma empresa, obtuviere beca para estudios en el extranjero, en materia relacionada con la actividad laboral que ejercita, o para especializarse en establecimientos oficiales del país.....”	concederá permiso con remuneración y más beneficios a los trabajadores que soliciten seguir cursos de Auxiliares para Enfermería, Odontología, Radiología, Medicina Nuclear y todas las carreras técnicas.... pagará viáticos o subsistencias según el caso, así como también Inscripciones o Matrículas.....”		
Discrepancias					

Analizadas las diferentes leyes nacionales y locales, no es posible encontrar discrepancias que dificulten la implementación de un subsistema de motivación e incentivos, sin embargo tampoco es posible definir con claridad las leyes locales, en razón de que no existen hasta el momento las ordenanzas locales y los reglamentos respectivos del Sistema Cantonal de Salud de Cotacachi.

En cuanto a las semejanzas a excepción de la capacitación que es coincidente en tres de los cuatro niveles legales, los otros aspectos relacionados indirectamente con la motivación e incentivos, son mencionados escasa e indistintamente por los diferentes marcos legales.

El análisis permite considerar, que no hay límites legales para el desarrollo de un subsistema de motivación e incentivos, más aún existen bases legales en el artículo 97 numeral 6 de la Constitución, en el artículo 45 del Código del Trabajo y, en la cláusula cuadragésima primera del Contrato Colectivo; que hablan de la eficiencia y del esmero del trabajador. Se entiende, que para el cumplimiento de las leyes mencionadas, es necesario aplicar una gestión estratégica de los recursos humanos y un buen subsistema de motivación e incentivos.

Al respecto es necesario tener presente que la Constitución en el artículo 42 y 45 indica la sujeción de los empleadores y trabajadores al reglamento interno; en consecuencia dentro del reglamento interno del Sistema de Salud descentralizado de Cotacachi y en virtud del artículo 228 de la Constitución sobre la autonomía de los gobiernos seccionales¹, será

¹ “De la organización territorial y descentralización, Capítulo 3, De los gobiernos seccionales autónomos, artículo 228:.....”los gobiernos provincial y cantonal gozarán de plena autonomía y, en uso de su facultad legislativa podrán dictar ordenanzas, crear, modificar y suprimir tasas y contribuciones especiales de mejoras.” Capítulo III De la autonomía municipal:
Art. 17.- Las Municipalidades son autónomas. Salvo lo prescrito por la Constitución de la República y esta Ley, ninguna Función del Estado ni autoridad extraña a la Municipalidad podrá interferir su administración propia, estándoles especialmente prohibido:
1o.- Suspender o separar de sus cargos a los miembros del gobierno o de la administración municipales;

posible establecer el marco legal local pertinente que viabilice una gestión alternativa de los recursos humanos, en apoyo al cumplimiento de los objetivos del Sistema Cantonal descentralizado de Salud de Cotacahi.

3.2.4 Factores Favorables y Desfavorables

En relación con la investigación del cuarto objetivo, sobre la identificación de los factores favorables y desfavorables para la adaptación de mecanismos de regulación local del subsistema de motivación e incentivos, se puede indicar que existen ideas generales sobre los mecanismos de regulación del subsistema de motivación e incentivos en razón de varios factores: 1. El Sistema Cantonal de Salud está en proceso de estructuración y de funcionamiento, 2. En el Hospital se ha esbozado una estructura por procesos que aún no toma forma, 3. No se han definido completamente ni el departamento de recursos humanos ni los objetivos del mismo en función del Sistema Cantonal de Salud, 4. Hace dos años se trabajó sobre una propuesta de desarrollo de los recursos humanos, proyecto que no es mencionado ni identificado por los trabajadores y que por lo tanto no alcanzó la trascendencia necesaria para inquietar a los trabajadores sobre una necesidad de cambio organizacional, 5. En los procesos de toma de decisiones sobre los recursos humanos de los servicios de salud, aún no se integran participativamente todos los trabajadores, 6. Los objetivos de la descentralización de la salud no están lo suficientemente difundidos, comprendidos y más aún aceptados por los trabajadores sindicalizados y, 7. Los objetivos estratégicos del Hospital no son identificados por los trabajadores. Todos los elementos mencionados confluyen para que no se hayan diseñado los mecanismos de regulación local del subsistema de motivación e incentivos.

2o- Derogar, reformar o suspender la ejecución de las ordenanzas, reglamentos, resoluciones o acuerdos de las autoridades municipales”, CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ECUADOR, LEY DE RÉGIMEN MUNICIPAL, CD, Legislación Ecuatoriana, 2003.

CAPÍTULO IV

Discusión, Conclusiones y Recomendaciones

4.1. Discusión

El subsistema de motivación e incentivos de los recursos humanos del Código del Trabajo, fue analizado desde la perspectiva de dos teorías clásicas, fundamentadas en las necesidades de las personas, la de Herzberg y la de McClelland. La población investigada, tiene adicionalmente dos características, pertenece al régimen laboral del código del trabajo, y labora en el Hospital Cantonal que forma parte del primer sistema local de salud descentralizado del país.

1. El análisis de la información de acuerdo a la teoría de los dos factores de Herzberg, revela que existe un nivel de insatisfacción, al no cumplirse los factores de insatisfacción o higiénicos y que existe un bajo nivel de motivación para el trabajo, en razón de una presencia reducida de los diversos mecanismos impulsores de la motivación. Existen dos visiones de los trabajadores que merecen ser tomadas en cuenta, los trabajadores mencionan que “se sienten importantes” y “les gusta el trabajo”. Estos puntos de vista, al referirse al componente de autorrealización, tienen un valor considerable, por su probable contribución a una propuesta alternativa de estructura y cultura organizacional. Respecto a lo mencionado, se señalan a continuación algunos elementos a tomar en cuenta:

1.1. Entre los factores insatisfactorios o higiénicos deficitarios, sobresalen los bajos salarios y beneficios sociales y el desconocimiento de los reglamentos y normas. En relación con el factor de salarios y beneficios sociales, hay que considerar que es un reclamo permanente de los trabajadores que pertenecen al sindicato nacional del

Ministerio de Salud Pública. Los trabajadores sindicalizados presentan periódicamente exigencias laborales centradas en beneficios económicos gremiales.

Adicionalmente, han defendido las condiciones estables del empleo como derecho adquirido y aún heredado, valoración del trabajo por antigüedad y no por producción, situación del empleo vitalicio por regla, protección del trabajador sin evaluar su desempeño, control de los niveles salariales desde la centralidad pública y sin relación con la productividad¹, condiciones que no son beneficiosas para la consecución de buenos resultados en la atención sanitaria y que se hacen evidentes cuando se llevan a cabo mediciones de indicadores de procesos de las organizaciones de salud, los cuales muestran baja productividad y calidad de los servicios.

Con la descentralización, los elementos enunciados toman un giro peculiar, ya que éstos tienen que ser probablemente asumidos desde “lo local”, cumpliendo con las normativas nacionales que protegen a los trabajadores. En consecuencia, se puede intuir que el factor de salarios y beneficios sociales bajos, permanentemente será un factor insatisfactor en la medida que sea un reclamo sindical.

Respecto al desconocimiento de las reglas y normas, el nivel directivo considera que para la atención e el Hospital se basan en normas, reglamentos y manuales de procedimientos, contradictoriamente reconoce que no existen los mismos. Por lo tanto los trabajadores “responden a su propia capacidad y a la experiencia que han desarrollado en muchos años de trabajo”, y que “hay normas implantadas por la tradición que pesan mucho, incluso para el cambio”.

A su vez los trabajadores manifiestan que no conocen las normas, reglamentos y manuales y que “siempre han hecho bien el trabajo y a conciencia” incluso que por la experiencia y por los años de servicio no necesitan que otra persona les vigile para hacer bien o no”, “siempre hacen de todo por la experiencia y la rutina”. En este punto, la única convergencia de los dos grupos, es que tanto directivos y trabajadores observan

¹ IBID, OPS, La Transformación de la gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe, 2001, p: 227.

que se privilegian las tareas y actividades y no los objetivos y que, se trabaja aplicando sobre todo los conocimientos tácitos o tradicionales en desmedro del conocimiento explícito y del enriquecimiento continuo de los conocimientos que debe generar el Hospital.

En consecuencia, los trabajadores se limitan a tratar de cumplir con tareas, actividades y funciones de una manera rutinaria, “como siempre lo han hecho” sin distinguir, la contribución del cumplimiento de los objetivos individuales, al logro de los objetivos de orden superior o misión del Hospital.

Contribuye a lo anotado el hecho de que los trabajadores consideran en un 96% y en un 85% que las tareas y actividades son claras y precisas y son posibles de ser cumplidas, lo que define un escenario de trabajadores, acciones e intenciones dirigidas mecánicamente a cumplir “con algo” establecido por la costumbre y por los intereses de una organización burocrática híbrida. En ésta, aparentemente no se clarifican reglamentos y normas formales, que aseguren cierto grado de uniformidad y/o responsabilidad en las acciones.

1.2. Si se considera que un porcentaje de los trabajadores desconoce los objetivos de su propio trabajo, los objetivos estratégicos del Hospital, el nivel de logro de los objetivos y el nivel de desempeño respectivamente, éstos hallazgos significan: 1. Deficiencia de varios factores motivadores básicos según Herzberg, 2. Grave fragilidad en el funcionamiento del Hospital al observar que es posible que el Hospital no desarrolle una administración estratégica² y, 3. Debilidad del contrato psicológico propuesto por Schein, al no establecer para los trabajadores una base legítima de pertenencia y cooperación y, dejar a un lado el supuesto de autoactualización y autorrealización que menciona Schein (necesidad de las personas de enfrentarse a

² IBID, MÓDULO DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE ORGANIZACIONES LOCALES, p: 2-3: “El proceso de administración estratégica consiste en establecer metas, formular estrategias en base a las metas, implantar la estrategia para lo que se requiere un cambio de la administración y del control estratégico. Para institucionalizar la estrategia se requiere del cambio de cultura organizacional o del conjunto de valores, normas y actitudes que actúan como fuerza impulsora de la organización”.

desafíos u objetivos, de crecer y, de utilizar su talento y capacidad) que es equivalente a la necesidad de logro o de realización de la teoría de McClelland.

1.3. El desarrollo de la autorrealización, de asumir metas, innovaciones y riesgos, otro de los factores motivadores, consideran los directivos y trabajadores que no se ha producido, sin embargo las causas manifiestadas son diferentes: mientras que para los directivos esta situación se da por una serie de factores inherentes al comportamiento de los trabajadores como: “la mayoría de trabajadores no está dispuesto a retomar la formación académica”, “hay personas que están por el sueldo, porque tienen familias que mantener” “hay personas que no quieren avanzar”, “que están dentro de un proceso con el que están en desacuerdo”, “el nivel de preparación y de cultura es lo que les impide realizar una actividad distinta”, “con tal que no les falte el trabajo se sienten satisfechos”, “falta iniciativa para tratar de mejorar”, “esto nomás me corresponde” “hasta aquí nomás”.

Los trabajadores a su vez indican que este aspecto se debe a una ausencia de iniciativa por parte del Hospital (por ejemplo: “cada tres meses nos deberían dar un curso de relaciones humanas”) ya que consideran “que cumplen más allá de las tareas”, “que hacen de todo por que no hay personal de enfermería”. Lo expuesto explica la existencia de dos visiones completamente diferentes sobre los factores motivadores.

Sobre lo mencionado, los datos encontrados señalan que es probable que tengan los trabajadores un conocimiento acumulado que proviene de la experiencia (experiencia tácita), sin embargo al considerar que alrededor del 55% indica no haber recibido capacitación; es posible que no se haya generado una interacción organizativa entre el conocimiento explícito (el normado o reglamentado) y el tácito.

Por lo tanto no se han tendido puentes para la transferencia de conocimientos no sólo técnicos, sino posiblemente de las formas de vida de la población, de los problemas del Hospital, de la cultura de la gente, de las formas de curación tradicional, etc., lo que además de limitar las posibilidades de aprendizaje del Hospital globalmente como “organización que aprende”, incide en el deterioro de varios factores motivadores tal es

el caso por ejemplo que el 56% observa que no se le han delegado más responsabilidades, el 74% que no se han enriquecido verticalmente y horizontalmente sus actividades.

1.4. Respecto a la delegación de responsabilidades y sobre la autonomía o la libertad de decisión de los trabajadores, que son factores motivadores y parte del enriquecimiento del trabajo que propone Herzberg como elemento incentivador significativo, se aprecia que existe un bajo nivel de los factores motivadores de delegación, y de enriquecimiento del cargo, frente a un elevado nivel de autonomía y de aprecio o gusto por el trabajo; situación algo contradictoria y poco comprensible.

Pueden haber varias interpretaciones, por un lado, es necesario aceptar la complejidad de evaluar el comportamiento de los trabajadores, (que responde a un sinnúmero de factores internos y externos) a través de un instrumento cuantitativo que intrínsecamente tiene limitaciones y, por otro lado es probable que, la autonomía y el gusto por el trabajo, reflejen el desconocimiento de los reglamentos, normas, funciones y objetivos - ya avisados en la investigación-, así como el limitado control que realizan los jefes.

Por lo tanto la autonomía puede ser concebida por los trabajadores como el “libre ejercicio de las tareas y actividades” dirigidas a cumplir con determinados requisitos que les exige un puesto público.

1.5. Otro de los factores motivadores, es el ascenso, factor que en general la estructura burocrática lo considera. Sin embargo en la estructura burocrática híbrida del Hospital, la posibilidad de que los trabajadores sindicalizados desarrollen una carrera está reducida por varias razones: 1. La ausencia de carrera sanitaria en el proceso de reforma de la salud del país³, 2. El código del trabajo no atiende ésta perspectiva, 3. El contrato colectivo hace una mención rápida de los ascensos limitando los mismos a dos denominaciones de los trabajadores y 4. La idea de “inmovilización” o de “suspensión en el mismo espacio de trabajo, de por vida” que tienen los trabajadores.

³ SEMINARIO TALLER, Carrera Sanitaria en la Reforma de Salud: opciones y perspectivas, 2001, p: 6-8.

Lo enunciado se hace manifiesto en las siguientes frases que expresan los trabajadores: “no hay oportunidad”, “no hay escalafones”, “está mayor”, “tiene muchos años de servicio”, “no podría ascender”, “no tiene estudios”, “no hay ascensos”, “ya hay jefe”; elementos que en conjunto restringen las posibilidades de crecimiento personal, de logro, y de autorrealización, que al ser factores motivadores importantes, lesionan en último término la productividad de los trabajadores y del Hospital.

En consecuencia el efecto de la sindicalización en el subsistema de motivación e incentivos es notorio. Al respecto, se ha observado, que el esfuerzo o impulso motivador disminuye cuando se determinan reglas de antigüedad, procedimientos para los despidos, criterios para ascensos que sobreprotegen a los trabajadores y no estimulan el esfuerzo, situaciones que precisamente son apoyadas por el Sindicato.

1.6. Un factor insatisfactor que debe tomarse en cuenta es la percepción que tienen los trabajadores sobre sus jefes. Con algunas excepciones, la información indica que existe una distancia psicológica con los mismos y, también una falta de reconocimiento de sus competencias, situación paradójica con el hecho de que el 89% de los trabajadores reconoce que tiene buenas relaciones con el jefe. Estos datos son valiosos en la medida de que la “figura del jefe” en una situación de cambio como es el proceso de descentralización, debe ser fortalecida en la mira de convertir a los jefes en líderes que apoyen cambios profundos del Hospital.

2. De los factores de la teoría de McClelland (logro, filiación y poder), el factor de filiación es probablemente el que se ha podido identificar como presente parcialmente en los trabajadores, no así los otros dos, tal vez en respuesta al sentimiento asociativo primario de los seres humanos. En el caso de los trabajadores sindicalizados sería muy importante investigar con más detenimiento, cómo incide la sindicalización en esta necesidad de filiación.

3. No es visible el subsistema de motivación e incentivos estructurado dentro de una propuesta integral de gestión de los recursos humanos, que se llevó a cabo en el Hospital en el 2002, en razón de los siguientes factores:

3.1. Una sobreposición de múltiples funciones en una misma persona: el jefe de recursos humanos es a la vez responsable de la administración, adquisiciones y del manejo de los recursos humanos.

3.2. Una disgregación de la gestión de los recursos humanos, con responsabilidades dispersas tanto en la Directora, como en el responsable de los recursos humanos, y en jefes de sección o departamentos.

3.3. Cumplimiento parcial de las actividades designadas a la unidad de recursos humanos, descrita en la Programación Local de Salud del 2002⁴ (no se cumple el cronograma de capacitación y educación, y de evaluación del desempeño) que habrían facilitado el desarrollo de un subsistema de motivación. Este además, no es aludido dentro de las actividades propuestas para el cumplimiento del objetivo estratégico de la unidad de recursos humanos.

3.4. Cumplimiento de resultados y actividades puntuales del proyecto de reorganización de servicios y procesos del área de salud No 3 de Cotacachi⁵. Las actividades logradas en la motivación e incentivos son: incorporación de este subsistema que no había sido considerado dentro del “Sistema de administración del personal”. Funcionamiento parcial -que posteriormente no se ha mantenido ni fortalecido- de pasantías de los trabajadores en otros países como Cuba y Colombia. Conformación del “Comité de Gestión de Recursos Humanos” que no ha generado productos. Varias sesiones de capacitación tanto para el responsable de los recursos humanos como para los trabajadores y algunas reuniones socio-culturales y deportivas. Diseño de la cartelera institucional, del boletín informativo y del buzón de sugerencias. Los resultados fueron: un documento sobre “Elementos para un programa de motivación e incentivos” y, la versión actualizada del Orgánico Estructural y Funcional del Hospital, que no ha sido difundida entre los trabajadores.

⁴ PROGRAMACIÓN, Local de Salud, 2002, Área de salud No 3, Cotacachi, Imbabura, 2002, p: 30-32.

⁵ CEPAR, Reorganización de Servicios y Procesos del Área de Salud No 3 de Cotacachi, 2002, p: 28-33.

La realización de las actividades mencionadas, si bien pueden contribuir a disminuir la insatisfacción, no han formado parte de un programa integral de motivación e incentivos y, fundamentalmente se desarrollaron en el tiempo que duró la consultoría (Enero a Abril del 2002), posteriormente no se han sostenido en el tiempo.

4. El contrato colectivo pone énfasis en una serie de incentivos económicos y de beneficios sociales. De acuerdo a la teoría de Herzberg, éstos corresponden al conjunto de factores que evitan la insatisfacción. Solo tres cláusulas topan factores motivadores: la vigésima novena, trigésima y la cuadragésima cuarta, referentes las dos primeras a la capacitación y, la tercera a los ascensos de los trabajadores respectivamente.

La cláusula de ascensos beneficia solo a dos grupos o denominaciones de trabajadores: los de radiología y los de mantenimiento. Los factores de logro y poder de la teoría de McClelland, no son considerados en el contrato colectivo, el factor de afiliación toma fuerza por el sentido mismo de la sindicalización de los trabajadores. Por lo tanto, el contrato colectivo no es un mecanismo laboral-legal que desarrolle un buen sistema de motivación e incentivos. que propenda al mejoramiento del trabajador y de la organización.

5. El conjunto de necesidades (tanto las necesidades de la teoría de McClelland, como en los factores propuestos por Herzberg) investigadas en el presente trabajo, se observa están atravesadas negativamente, -entre otros- por varios ejes: estructura burocrática híbrida del Hospital, presencia de trabajadores que desconocen y/o no alcanzan a comprender su rol como sujetos-actores de la salud colectiva, un sindicalismo que no avanza acorde a las propuestas alternativas de gestión de los recursos humanos, un limitado y tradicional papel de los departamentos de recursos humanos y un olvido del usuario como eje central del sistema descentralizado de salud.

6. En síntesis, los trabajadores sindicalizados cuyo trabajo se ubica dentro de los procesos de valor agregado en la organización Hospitalaria, tienen carencia de los factores higiénicos y de los factores motivadores.

Una pregunta interesante es si los trabajadores sindicalizados, están más satisfechos en sus puestos que sus compañeros no sindicalizados. En forma general se puede decir que los sindicatos incrementan la satisfacción con el pago, pero afectan en forma negativa la satisfacción con el trabajo mismo, (porque se percibe que se reduce el alcance del puesto) la satisfacción con sus compañeros y la supervisión (por una percepción menos favorable del comportamiento de los supervisores) y la satisfacción con los ascensos (por la menor importancia que se da a los mismos).

El sindicato modifica las condiciones laborales, a través de un claro papel como grupo sectorial de presión, para conseguir el convenio colectivo de trabajo, el que desde una perspectiva sociológica se concibe como un “mecanismo de relaciones de poder entre organizaciones sociales que lleva a una reglamentación paritaria, y reconoce a los empleadores potestades inherentes al ejercicio del poder en la empresa, pero también confiere derechos a los trabajadores que operan como límites a esas facultades de dirección y organización”⁶.

Frente a lo mencionado, resultará interesante profundizar el conocimiento, sobre las potestades del empleador y sobre los derechos de los trabajadores sindicalizados en los procesos descentralizados de gestión de recursos humanos.

La negociación colectiva en el caso del sindicato de la salud, se lleva a cabo con el Estado el que es empleador y patrón, situación particular que se ha denominado: “relaciones colectivas de trabajo en el sector público”. Es probable en éste sentido que el proceso de descentralización de la salud que se está iniciando en el país, conlleve a que el personal del sector público de salud dependa también de estatutos de ámbitos municipales, provinciales o superpuestos en algunas dimensiones con los del ámbito nacional. Situación compleja e importante, que probablemente se deberá investigar a futuro.

A los problemas mencionados, se añade el proceso de descentralización. La descentralización supone dentro de la gestión de los recursos humanos, mayor libertad

⁶ IBID, NOVICK, Marta, et al, p: 112.

de decisión y de acción para la resolución de los problemas en función de las necesidades locales de los servicios y de la misión del sistema local descentralizado de salud y supone además la ventaja teórica del control comunitario en la administración de los recursos humanos.

A la par de las ventajas señaladas, en los procesos de descentralización, existen una serie de situaciones que deben resolverse en la gestión de los recursos humanos a nivel local. En cuanto al subsistema de motivación e incentivos se debe valorar el estado de motivación actual, se deben redefinir los criterios para promover la adaptación de los trabajadores a los cambios de la descentralización, se deben estudiar los sistemas y modalidades apropiados para incentivar a los trabajadores a mejorar su desempeño, (revisar los elementos de insatisfacción, y promover los elementos motivadores) se debe utilizar la relación más directa y estrecha con el sindicato local para la negociación colectiva o para la prevención y administración de conflictos laborales.

En consecuencia la gestión descentralizada de los recursos humanos se torna estratégica, dependiente directamente de los niveles directivos altos del sistema local de salud y del control ciudadano, exige capacidades institucionales a nivel local, delimitación clara de los elementos descentralizados y centralizados en su gestión, disponibilidad legal de la aplicación de mecanismos regulatorios locales y, una comprensión y manejo integral de sus diferentes dimensiones, componentes o subsistemas. Estas exigencias sobre el manejo de los recursos humanos, en un escenario descentralizado, son temas que también deberán ser estudiados.

La identificación de los nudos críticos del subsistema de motivación e incentivos de los recursos humanos del Código del Trabajo, se abordan a través de una aproximación cualitativa al tema de motivación e incentivos y de un acercamiento a la cultura organizacional y al contrato psicológico entre el Hospital y los trabajadores. Al respecto se visualizó lo siguiente:

1. En relación con la motivación, los entrevistados están de acuerdo que no hay motivación, inclusive mencionan que nunca ha habido motivación (“pero si se ha

contemplado”). En términos generales asumen una posición de defensa: el nivel directivo se ampara en el desconocimiento, falta de recursos económicos, ausencia de un sistema de evaluación del desempeño, leyes que les impiden mejorar los salarios, salarios y beneficios sociales bajos establecidos desde el nivel central y no relacionados con el esfuerzo del trabajo, ausencia de un plan de capacitación, desconocimiento de las necesidades de los trabajadores y, despreocupación mutua de los trabajadores y del Hospital.

Los trabajadores consideran que ésta situación se da, porque algunas cláusulas del contrato colectivo no se cumplen como la capacitación, los ascensos, y el pago de las horas extras y, porque casi nunca el Hospital ha reconocido o ha recompensado el buen cumplimiento del trabajo.

En cuanto al concepto de motivación, este es visualizado por los entrevistados, como a un trato de cariño y respeto, como alguna forma de halago, como actividades que les den alegría, que les unan, que fomenten la amistad, que les integre como a una familia, que les permita mejorar los salarios y beneficios sociales. El concepto de motivación se restringe al fomento de ciertas actividades sociales y como máximo factor –que además no es motivador- se reconoce el aumento de los salarios y de los beneficios sociales.

En consecuencia, no se percibe a la motivación en su total y real dimensión, como un subsistema de la gestión de los recursos humanos que tiene como finalidad el mejoramiento del trabajo organizacional, el cumplimiento de objetivos para beneficio de los usuarios, y la mejora en las condiciones laborales de los trabajadores.

2. Es posible interpretar que, existe una visión particular (“I”) respecto al significado de cultura organizacional y del contrato psicológico. Los principios y valores de la cultura organizacional se reconocen limitadamente enunciados en la misión y visión del Hospital. Respecto al contrato psicológico, se aprecia una ruptura con la percepción, el sentimiento y, las vivencias de los trabajadores del Hospital, situación que es compatible con el burocratismo híbrido del mismo.

3. Se aprecia (“II”), que la cultura organizacional y el contrato psicológico, son temas normales del comportamiento de los trabajadores y de la vida del Hospital y, en consecuencia se percibe que al existir “normalmente”, no son susceptibles de observación, revisión o de modificaciones.

4. Las entrevistas revelan valiosa información, sobre la percepción de los informantes sobre la cultura organizacional. Las personas no distinguen con claridad los valores y principios organizacionales, en razón de que, si bien se mencionan valores estratégicos (considerados en la misión y visión) los mismos no han sido internalizados y compartidos por todas las personas del Hospital. En general no hacen mayor referencia a la calidad, calidez, oportunidad, liderazgo en la prestación de servicios, participación local, señalados en la misión y visión.

5. Los principios éticos de la organización Hospitalaria son difícilmente percibidos y enunciados. Los entrevistados con cierta frecuencia hacen reseña a: El buen trato, y el respeto que se genera entre los compañeros de trabajo y con los pacientes. Otros principios éticos como justicia, solidaridad, dignidad humana, bondad, confianza, realmente no son intuitivos ni por el nivel directivo ni por los trabajadores sindicalizados y, no se detectó ninguna relación de estos con los fines del Hospital.

La situación descrita dificulta la visualización de la ideología del Hospital y sus valores éticos, de tal manera que no es posible distinguir, el conjunto de creencias que diferencie al Hospital de otras organizaciones y guíe su accionar. Evidentemente sería muy interesante profundizar el estudio al respecto, tanto de los valores éticos como no éticos en razón de su valor al pautar conductas, estilos y comportamientos.

6. En cuanto a las presunciones básicas de la cultura Hospitalaria, se aprecia un sentimiento de compromiso o de apego a normas y formulismos, que origina una cultura ritualista y burocrática. Con la desventaja de que tampoco los trabajadores tienen un entendimiento adecuado de las normas, reglamentos y manuales (no existen). Aspectos que los limitan a enfrentar desafíos, aprovechar oportunidades y, desarrollar la

creatividad y el aprendizaje. Este es un punto que abona, para considerar que el Hospital se desenvuelve dentro de un burocratismo híbrido.

7. Las normas de la cultura Hospitalaria parecen reducirse a normas consuetudinarias: los trabajadores han desarrollado normas sobre cuánto se debe trabajar y, cómo se debe colaborar: “se limitan a su espacio” (directivos), “hacen el trabajo que no les corresponde, hacen de todo” (trabajadores). Estas percepciones opuestas evidencian la ruptura del contrato psicológico y como una cultura hospitalaria ritualista favorece la separación de posiciones entre el nivel directivo y los trabajadores.

Estas normas se han modificado en el último año a través de un acuerdo informal entre la Dirección y los trabajadores. El acuerdo establece un compromiso de colaboración por parte de los trabajadores, para atender a una mayor demanda de usuarios que se ha dado a partir de la descentralización del Hospital. Sin embargo si ésta colaboración no se sustenta en normas formales y en valores organizacionales, es probable que genere conflictos, más aún cuando el compromiso se sustenta sobre todo en la “buena voluntad de los trabajadores”.

8. Dentro de las normas se investigó la percepción de las prácticas sindicales. En general se considera y se respeta a la sindicalización como un derecho de los trabajadores. Se reconoce que del octavo contrato colectivo, se cumplen esencialmente las cláusulas de tipo económico (otras cláusulas no se cumplen: ascensos, capacitación, por ejemplo). Los directivos y trabajadores reconocen que los beneficios económicos y sociales del contrato colectivo no son justos y no están acordes al esfuerzo y a la responsabilidad del trabajo.

Algo importante es que el nivel directivo no identifica a los sindicalizados locales como una contracultura, sí son vistos como una subcultura, en consideración de que: 1. Se manifiestan como una coalición sustentada en la defensa de sus intereses económicos más que en los derechos de los usuarios, 2. La paralización del sindicato impacta en el funcionamiento cotidiano del Hospital, por los paros reiterativos que los cumplen fielmente por mandato del nivel sindicalizado central, 3. Los trabajadores sindicalizados

se benefician particularmente por la aplicación de algunas cláusulas (por ejemplo: “es imposible separar del cargo a los trabajadores”, ya que a pesar de haberse comprobado faltas o irregularidades del trabajador, la separación tiene que ser aprobada por el Sindicato) 4. Que no han formalizado alianzas y coaliciones con otros subgrupos para imponer su perspectiva dominante y, 5. Que no es una agrupación que proponga alternativas e innovaciones en beneficio del Hospital y de los usuarios.

Los trabajadores por su lado, sienten que no son ni una contracultura ni una subcultura, sino “que les quieren ver como diferentes por los logros económicos” a pesar, de que “en general el Hospital es indiferente a la práctica sindical”.

Lo enunciado además de ser contradictorio entre sí, evidencia que los trabajadores sindicalizados sí se sienten y actúan como una subcultura, lo que se pone en evidencia cuando expresan que: “el espacio lo han ganado por derecho propio” “nosotros tenemos el salón auditorio como nuestro, siendo que es deber del patrono darnos un local sindical”.

9. Otros elementos de la cultura organizacional a los que se aproximó la investigación son: los símbolos, el clasismo y la estratificación. Respecto al primer elemento no fue posible determinar lemas, mitos e historias que manifiesten las creencias y valores y que identifiquen a sus trabajadores.

Se llevan a cabo ciertos ritos, rituales y ceremonias, (ingreso y salida de personal, festejo de ciertas fechas etc.), entre las ceremonias, las que favorecen la motivación se han realizado éste último tiempo, entregando a los trabajadores reconocimientos (anillos de oro, botones, diplomas) por los años de servicio. En relación con el clasismo y la estratificación todos los entrevistados coinciden que en el Hospital no existen de manera consciente y visible manifestaciones de estratificación social y económica entre los integrantes.

Evidentemente se ha realizado una aproximación al estudio de la cultura organizacional del Hospital, los datos obtenidos necesariamente deben profundizarse dada la

complejidad del tema, la importancia de los sistemas culturales en el desempeño de las organizaciones y, el papel que la cultura tiene como agente conservador ya que los cambios culturales son los más difíciles de operar.

En éste sentido, en una situación de cambio dada por la descentralización, y la implementación de los nuevos modelos de gestión y atención del sistema local de salud, indudablemente entran en conflicto la vieja cultura y la nueva, considerando además que todo proceso de cambio de cultura organizacional, implica muchos años de liderazgo y de trabajo constante de todo el equipo de trabajo.

Las preguntas importantes en este punto, son qué tan bien conocemos el “patrón de vida” del Hospital, que tan bien percibimos las necesidades de los trabajadores, qué tanto compartimos estas necesidades, cuáles son los puntos de encuentro, de desencuentro, cuáles son las manifestaciones visibles e invisibles de la inconformidad-conformidad, insatisfacción-satisfacción, para tener mejores posibilidades de implementar una gestión alternativa de los recursos humanos y dentro de ella un adecuado subsistema de motivación e incentivos.

Hay consciencia del abordaje aislado del subsistema de motivación e incentivos que se ha realizado en la investigación, el que evidentemente al ser parte del comportamiento de los trabajadores y de la organización, forma parte de un vasto conjunto de factores psicológicos y sociológicos organizacionales, a los que apenas nos hemos aproximado.

10. En relación con el contrato psicológico, se observó, que las expectativas del Hospital como servicio de salud esencial del sistema cantonal de salud, parecen no compaginar con las expectativas de los trabajadores. Al respecto, se percibe por ejemplo, la mayor claridad que tienen sobre todo los directivos del Hospital, en relación con los objetivos y las estrategias del sistema descentralizado de salud, mientras los trabajadores perciben a la misma y al cambio que implica como una amenaza. En el mejor de los casos su posición actual, es la de intentar acoplarse a un proceso que no lo perciben como propio. Las diferencias de expectativas y su falta de claridad se pueden analizar de la siguiente manera:

10.1. Se inició una renegociación del contrato psicológico hace dos años, cuando el proceso de descentralización de la salud del cantón tomó más auge. En la misma se intentó sobre todo asegurar a los trabajadores la permanencia de todos sus derechos y su estabilidad laboral a la vez que, se comenzó a trabajar en una reorganización de servicios y procesos, se introdujo un cambio de valores y de principios; (se trabajó sobre los principios y valores de la visión y misión definidas dentro de la planificación estratégica del Hospital, difundiendo los principios cantonales de no robar, no mentir, y no ser ociosos y fundamentalmente se intentó redimensionar el valor de los recursos humanos.

Frente a la situación descrita, los trabajadores consideran que sus derechos y estabilidad laboral la rescataron a través de un proceso conflictivo de negociación sobre la descentralización. Perciben que la reorganización se ha sintetizado en una mayor carga de trabajo y horas extras, que no han sido reconocidas a favor de los trabajadores. Además no identifican una propuesta de mejoramiento de valores y principios organizacionales, en razón de “que cada quien hace su trabajo en forma consciente” y la “mayoría son honestos, conscientes y trabajadores”.

10.2. El nivel directivo del Hospital promueve la estructuración por procesos, como medio encaminado a conseguir el bienestar del usuario y el mejoramiento de la salud colectiva. Los trabajadores consideran los cambios en los procesos como fines dirigidos fundamentalmente hacia el bienestar del cliente interno –es decir de los mismos trabajadores-, situación en la que está menos reconocida la satisfacción del usuario.

10.3. La posición directiva es la de reconocer la valía de los trabajadores. Los trabajadores consideran que, a pesar del gran esfuerzo que están desarrollando ante una mayor demanda de los servicios y una limitada oferta del número de trabajadores sindicalizados, el Hospital no reconoce la energía y voluntad que han puesto en las nuevas circunstancias. Este sentimiento se expresa en las siguientes frases: “no valoran lo que cada quien hace”, “no dan el valor que tiene”, “todos no les reconocen” “no valoran el trabajo que uno hace”.

La presente aproximación al estudio de la cultura, del contrato psicológico y del subsistema de motivación e incentivos, permite decir que probablemente los nudos críticos se deban a que:

11. El Hospital es una organización burocrática híbrida, con desequilibrios en el contrato psicológico y en la legitimación de la pertenencia y cooperación de los trabajadores, en los que prima un supuesto racional-económico sin evidenciarse las necesidades de mayor nivel jerárquico (autonomía, autoactualización, autoestima, autorrealización).

12. Su cultura organizacional es un mosaico de piezas que no parecen confluir en una visión compartida, con “valores añadidos” (que no están basados en un previo aprendizaje cultural: solo se han escrito en la misión y visión) que no han sufrido un proceso de transformación cognoscitiva, para volverse creencias y posteriormente presunciones subyacentes y que por lo tanto no son principios de identidad y fundamentos de acción.

13. Las normas e interacciones, esbozan una cultura ritualista, conservadora, renuente a la innovación y la subcultura de los trabajadores sindicalizados (con códigos formales e informales propios) influye poderosamente en el funcionamiento cotidiano del Hospital.

14. Se percibe un entendimiento distinto, particular desde la propia visión y percepción, tanto del nivel directivo como del nivel de trabajadores, en relación al subsistema de motivación, a los valores y principios, a los acuerdos y compromisos de trabajo, a los procesos de cambio que conlleva la descentralización, etc. Sin un acuerdo previo de lo que el Hospital y los trabajadores esperan mutuamente, difícilmente se podrá llegar a consensos sobre particularidades, como es el tema de la motivación e incentivos.

15. Finalmente es adecuado mencionar que lo expuesto no entra en un patrón “bueno o malo”, intenta recrear un sistema de significados propios de la interacción social del Hospital con el objetivo de conocerlos y, entenderlos para avanzar hacia un cambio organizacional.

Es necesario e importante profundizar en los temas de la cultura organizacional y del contrato psicológico, más aún con la particularidad del sistema cantonal de salud y del Hospital, que trabajan en un entorno diferenciado por el predominio de población indígena.

Respecto a las semejanzas y discrepancias entre el marco legal-laboral vigente nacional como Constitución, Código del Trabajo, Ley del Sistema Nacional de Salud y contrato colectivo y el marco legal Municipal y del Consejo Cantonal de Salud, se puede observar que aparentemente no existen incompatibilidades para el desarrollo del subsistema de motivación e incentivos. Es importante sin embargo considerar, que las ordenanzas locales y los reglamentos del sistema cantonal de salud de Cotacachi, aún no se están definidos, por lo tanto no es posible realizar una correlación mayor.

En cuanto a las semejanzas, a excepción de la capacitación que es coincidente en tres de los cuatro niveles legales, no se posible apreciar otra similitud puntual. Sin embargo, en el artículo 97 numeral 6 de la Constitución, en el artículo 45 del Código del Trabajo y, en la cláusula cuadragésima primera del Contrato Colectivo, se habla de la eficiencia, y del esmero del trabajador. Estas características del trabajo de las personas, pueden lograrse a través de diversas estrategias de la gestión de recursos humanos, gestión que su vez, debe estar amparada en reglamentos orientados a la implantación de un modelo diferente al actual orientado a cumplir con los objetivos consignados en las leyes nacionales.

La Ley del Sistema Nacional de Salud, especifica claramente una serie de elementos que pueden estar incluidos en una gestión alternativa, tal vez estratégica de los recursos humanos cuando considera “gestión del personal por incentivos basados en el desempeño, calidad del empleo, carrera sanitaria...” . Lo mencionado, además de los

artículos 42, 45 de la Constitución referidos a la sujeción de los empleadores y trabajadores al reglamento interno y el artículo 228 sobre la autonomía de los gobiernos nacionales, pueden ser la base legal que a futuro, viabilicen una gestión alternativa de los recursos humanos, en apoyo al cumplimiento de los objetivos del sistema cantonal descentralizado de salud de Cotacahi.

En relación con la investigación del cuarto objetivo, sobre la identificación de los factores favorables y desfavorables para la adaptación de mecanismos de regulación local del subsistema de motivación e incentivos, se puede indicar que es un tema que no se ha analizado en el Hospital con suficiente profundidad. Una probable causa de ésta situación puede ser, que se han trabajado varias estrategias y mecanismos, que no han llegado aún a consolidarse y a producir resultados.

Entre éstas estrategias, las más significativas son por ejemplo, una propuesta de cambio de la estructura funcional del Hospital a un sistema por procesos y una iniciativa para el desarrollo de los recursos humanos (a través de una consultoría) que no es mencionada, ni identificada por los trabajadores y que por lo tanto es posible, que no haya alcanzado la trascendencia necesaria para inquietar a los trabajadores. Por otro lado, el proceso de la descentralización continúa afianzándose y la gestión de recursos humanos tiene por delante todavía un largo proceso de negociación y ajuste a la nueva realidad de un sistema local de salud.

Legalmente, los mecanismos de regulación local están amparados por la Constitución en el numeral 13 y por el numeral 5 de las funciones del Consejo Cantonal de Salud, así como también por el Plan de desarrollo de Cotacahi, los que mencionan sobre la obligación de los funcionarios públicos de rendir cuentas, la necesidad del control social y de la participación ciudadana y la creación de espacios para la vigilancia ciudadana sobre el uso adecuado de los recursos y el cumplimiento de los derechos de los usuarios.

Al respecto sin embargo es necesario anotar que el proceso de participación ciudadana en Cotacahi, dentro de la cual se debe enmarcar la veeduría social que orientará los cambios del sistema cantonal de salud, es una experiencia en curso. En la misma los

mecanismos de comunicación y de regulación, entre los usuarios, los directivos del Hospital, los trabajadores del Hospital, el subsistema Cantonal de Servicios de Salud, la Dirección Cantonal de Salud, el Consejo Cantonal Intersectorial de Salud y la Asamblea de Unidad Cantonal aún no se han establecido claramente.

Sobre lo mencionado, la excepción es la Asamblea Cantonal en la que teóricamente es posible la participación de todos los ciudadanos. En consecuencia el factor favorable crucial para la implementación de mecanismos de regulación local no sólo del subsistema de motivación e incentivos, sino de toda la gestión de los recursos humanos descentralizados, es la participación ciudadana y las nuevas instancias de rectoría local, las que evidentemente deberán trabajar dentro de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y en estricto cumplimiento de los derechos de los trabajadores.

4.2. Conclusiones

1. En los trabajadores sindicalizados existe un nivel de insatisfacción, y un reducido nivel de motivación por la restringida presencia de factores motivadores. Posiblemente los factores que con mayor intensidad inciden en la situación motivacional descrita, son la estructura funcional del Hospital que se puede considerar como una “burocracia híbrida”, las acciones tradicionales del área de recursos humanos, y el reducido conocimiento y/o participación de los trabajadores en la planificación de objetivos individuales, de las áreas funcionales, del Hospital y del sistema local de salud.

2. La “burocracia híbrida” del Hospital, se observa en la medida que los rasgos de la estructura burocrática ideal de Weber como la división del trabajo, la selección de los trabajadores, la jerarquía de la autoridad, las reglas y reglamentos formales, se han construido dentro de una racionalidad tradicional y de medios a fines particular. Los trabajadores tienen acciones e intenciones, dirigidas mecánicamente a cumplir “con algo” establecido por el cargo público, tal vez por la costumbre y, por una racionalidad con arreglo a fines. Sobre éste punto, parece ser que los trabajadores se miran no como

el medio que contribuye al mejoramiento de la salud de las personas, sino como el fin de las acciones del Hospital y del sistema local de salud. Esta última reflexión, en la medida de la limitada referencia que hacen los trabajadores, a los usuarios, a sus necesidades y a la satisfacción de las mismas.

3. La estructura “burocrática híbrida” al aplicar salarios y beneficios para los trabajadores, independiente del resultado, y al considerar una carrera cuyo principal factor de peso es la antigüedad, contribuye a que los trabajadores no se motiven. Es importante visualizar la posibilidad de control sociológico burocrático que ejerce el sindicato sobre el grupo, a través de las cláusulas del contrato colectivo que define los, salarios, horas de trabajo, beneficios económicos, etc., actuando en la voluntad, identidad y autodeterminación del colectivo. En estas circunstancias, se limita a los trabajadores para asumir autonomía, autocontrol, autoestima, elementos enriquecedores del talento y recursos de los trabajadores y por lo tanto factores motivadores por excelencia.

4. Debilidad del contrato psicológico entre el Hospital y los trabajadores sindicalizados, en razón de que prima una racionalidad económica (contrato colectivo) sin evidenciarse una base legítima de pertenencia y cooperación. Los trabajadores no se sienten partícipes del diseño y ejecución de los objetivos del Hospital, así como tampoco se sienten parte integrante y vital del proceso de descentralización. En consecuencia no es fácilmente identificable, el entendimiento sobre lo qué espera el Hospital de sus trabajadores y, sobre lo que esperan los trabajadores del Hospital.

5. La cultura organizacional es un mosaico de piezas con valores y principios (no basados en un previo aprendizaje cultural: solo se han escrito en la misión y visión) que no han sufrido el proceso de transformación cognoscitiva necesario, para volverse creencias y presunciones subyacentes. Por lo tanto no son principios de identidad y fundamentos de acción y, no confluyen en una visión compartida.

6. Los valores y principios éticos son difícilmente percibidos ó enunciados, de tal manera, que no se logra percibir una ideología hospitalaria protagonista del

mejoramiento de la salud de las personas. En éste sentido llama mucho la atención que los trabajadores prácticamente no mencionan al usuario, como el principio prioritario de su “quehacer” y de la razón de ser del hospital.

7. Las normas e interacciones, esbozan una cultura ritualista, conservadora, renuente a la innovación y, la subcultura de los trabajadores sindicalizados (con códigos formales e informales propios) influye poderosamente en el funcionamiento cotidiano del Hospital.

8. El área de recursos humanos continúa desempeñando las funciones tradicionales, con puntuales esfuerzos de cambio. En la actual gestión no es visible un subsistema de motivación e incentivos.

9. Es posible apreciar, sintetizando las características de la cultura organizacional, del contrato psicológico y del subsistema de motivación e incentivos; que los trabajadores sindicalizados, viven y desarrollan su cotidianidad en una especie de “limbo cultural-organizacional”, participando con una desvirtuada racionalidad instrumental dentro de un híbrido burocratismo, reducidos a ser un recurso más de la producción. Situación que probablemente no ha contribuido a la emergencia de sujetos-actores y de identidades colectivas a favor del mejoramiento de la salud.

10. El análisis de los marcos legales nacionales indica que no existen situaciones contradictorias o prohibiciones legales para la implementación del subsistema de motivación e incentivos, es más, hay sustento legal que facilitaría su diseño y ejecución. Sin embargo, las leyes locales aún no han considerado las innovaciones en la gestión de los recursos humanos descentralizados, en parte porque el proceso de transferencia de los mismos no se completa y además porque la estructura y funcionamiento del sistema de salud cantonal, está en los actuales momentos en un proceso de revisión constante.

11. Los mecanismos de regulación local de la gestión de recursos humanos dentro de un proceso descentralizado estarían dados fundamentalmente por las posibilidades de la participación ciudadana y del funcionamiento de las nuevas instancias de rectoría

local, las que evidentemente deberán trabajar dentro de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y en estricto cumplimiento de los derechos de los trabajadores.

4.3. Recomendaciones

1. Los factores motivadores al ser parte de una estructura compleja, tanto del comportamiento del trabajador como de la cultura y estructura organizacional, deben ser abordados en esa dimensión compuesta y diversa, tanto como para profundizar en su análisis, como para elaborar una propuesta alternativa del subsistema de motivación e incentivos.

2. Las innovaciones al subsistema de motivación e incentivos, debería formar parte no solo de un modelo diferente de gestión de los recursos humanos del Hospital, sino también de un plan de desarrollo organizacional, en el que se consideraría prioritariamente el cambio de la cultura hospitalaria.

3. El Contrato psicológico que determina las expectativas mutuas entre individuo y organización, debe ser negociado periódicamente produciéndose intercambios de valores que reflejan la transformación de la cultura organizacional. El buen trato, el desarrollo de la autoestima y el fomento a la autorrealización, el grado en que los trabajadores son instados a asumir innovaciones y riesgos, su orientación al cliente interno y a los usuarios, el favorecer las iniciativas, privilegiar objetivos, valorar los fines estratégicos, son algunas de las formas en que se define el contrato psicológico y se pauta una cultura organizacional participativa, innovadora, abierta al cambio y menos ritualista, burocrática, conservadora y refractaria a la innovación.

4. La dimensión multiétnica y multicultural del contexto hospitalario, es un elemento importante, que deberá ser abordado en futuras investigaciones, en función de la connotaciones que probablemente imprimen a la vida hospitalaria.

5. El proceso de descentralización debe ser visto –con todos las dificultades, ventajas y desventajas que entraña- como una oportunidad para la reubicación del

Hospital en la vida de la comunidad, como una posibilidad de cambios que vayan más allá de simples novedades administrativas y organizativas, como una perspectiva de transformar a los trabajadores-individuos en trabajadores-actores sociales responsables y conscientes de su propio destino y de la salud colectiva.

6. Las nuevas relaciones establecidas entre el Gobierno Local y la sociedad civil, a través de las diversas instancias de encuentro y diálogo del sistema descentralizado de salud, deben posibilitar una gestión pública transparente, que posibilite la visualización de las condiciones de vida y trabajo de los recursos humanos del hospital, en miras de buscar soluciones para el mejoramiento de su actividad laboral; lo que va a repercutir directamente en la efectividad del trabajo hospitalario.

Bibliografía

1. www.calidadensalud.org.ar/Documentos/Jornadas/Xinia%20Carabajal.pps.
Calidad y las reformas del sector salud en Latinoamérica.
2. GUIMARAES, Luisa, Modalidades de descentralización del sector salud y sus contribuciones a la equidad: Elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo. Serie De Informe Técnicos No 76 OPS. 2001.
3. BRITO, Pedro, et al, Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud: Cambios y oportunidades, OPS, 1996.
4. OPS-CEPAL-OIT, Observatorio de Recursos Humanos en Salud, No1. 2000.
5. OPS, La Transformación de la gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. 2001.
6. LOSADA i MARRODÁN, ¿De burócratas a gerentes?, BID. 1999.
7. PÁEZ, Rubén, Sistema descentralizado de salud para el cantón Cotacahi, correo poblacional de CEPAR, vol. 10. 2000.
8. SALTMAN, Richard, Reforma Sanitaria en Europa. 1997.
9. PROYECTO MODERSA, BIRF, posicionamiento del Ministerio de Salud Pública frente la Reforma de Salud. 2001.
10. CARRIÓN, Fernando, Procesos de descentralización en la Comunidad Andina. 2003.
11. MILLS, Anne, Descentralización de los Sistemas de Salud. OMS. España. 1990.

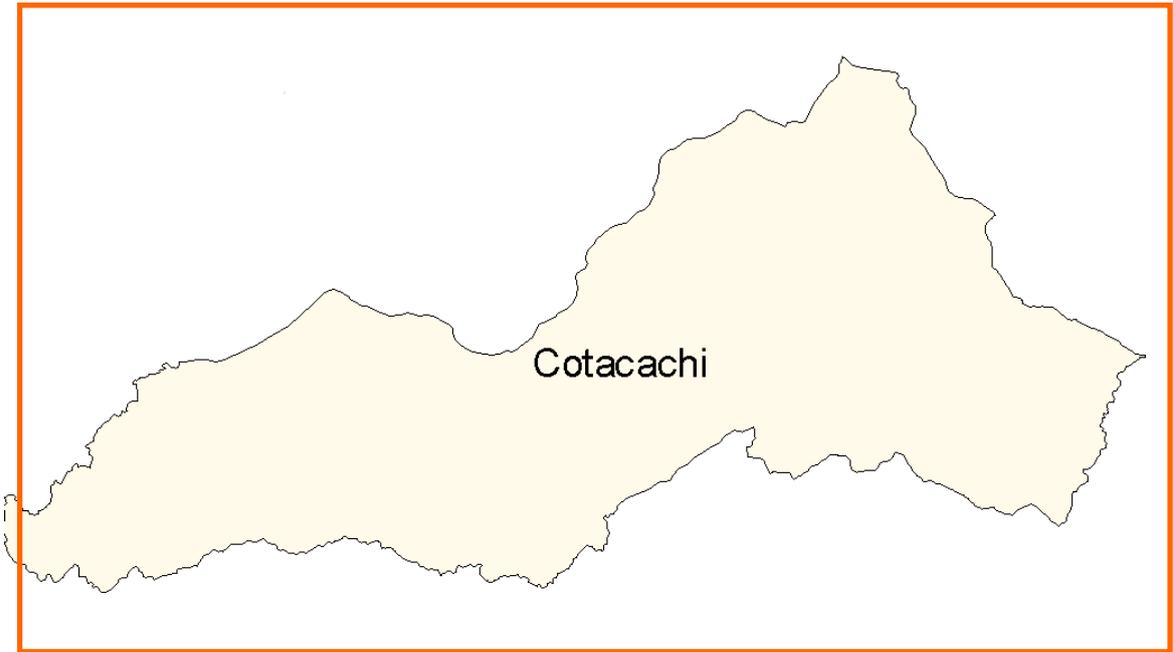
12. CONAM, Descentralización en el Ecuador, CD, 2001.
13. HAEFNER, Carlos, La Descentralización y la Planificación del Desarrollo Regional ¿Ejes de la Modernización de la Gestión Pública? Algunas Notas sobre su Discusión, <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/mad/03/paper01>.
14. CEPAL, La descentralización de la educación y la salud, 1998.
15. CARE, PROYECTO APOLO, Descentralización de la teoría a la práctica, de la práctica a la teoría. 2000.
16. SOBERÓN-ACEVEDO, Guillermo, La descentralización de los servicios de salud de México en la década de los ochenta.
17. BOSSERT, Thomas, RUIZ, Fernando, et al, La descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia. 2000. [www.americas.health-sector-reform.org.spanish](http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish).
18. LONDOÑO, Beatriz, JARAMILLO, Iván, et al, Descentralización y reforma de servicios de salud. El caso Colombiano. Human Development Department LCSHD Paper Series No. 65.
19. LEYVA, Rene, Descentralización de los Servicios de Salud: ¿Una Política de las Crisis del Fin de Siglo? - Issue Papers, phmovement.org/pubs/issuepapers/flores.
20. CONAM, GTZ, Competencias ¿Qué descentralizar?, 2001.
21. BORRELL, Rosa, LOZANO, Wilfredo, Desarrollo de Recursos Humanos en Salud: La experiencia Dominicana, OPS/ OMS. 2000.

22. ADENDUM, al Convenio de descentralización y transferencia de competencias y recursos del Área de salud No 3 de Cotacahi, entre el Ministerio de Salud Pública el Municipio de Cotacahi-Gobierno Local, 2003.
23. GRANDA, Edmundo, BRICEÑO, Mirta, Cambios Contextuales y sus impactos en los Recursos Humanos de Salud, Diplomado de Gerencia de Sistemas de Salud, p: 6-7.
24. MERINO, Cristina, El mercado de trabajo Médicos y Enfermeras, 1995.
25. MAINTZ, Renate, Sociología de la organización, no se dispone del año.
26. PADILLA, Mónica, Nuevas Tendencias en la Gestión de Recursos Humanos en Sistemas de Salud en procesos de Reforma, Correo poblacional y de Gerencia en Salud, 2001.
27. TAYLOR, Frederick, Principios de la Administración científica, no se dispone de año.
28. MOUZELIS, Nicos, Organización y burocracia, 1991.
29. CASTELLS, Manuel, La Era de la Información, Economía, sociedad y cultura, Vol I, 1996.
30. TOURAINE, Alain, Crítica a la Modernidad, 1998.
31. TETELBOIN, Carolina, Actores Sociales ¿Una herramienta para el análisis de las políticas públicas en América Latina?, no se dispone de año.
32. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Política de desarrollo de recursos humanos para el sector salud, 1999-2002.

33. MERINO, Cristina, Formación y Distribución del Personal de Salud en dos décadas 81-2000 en el Ecuador, Observatorio de recursos humanos.
34. OIT, La Declaración de los Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo, 2001.
35. JONAS, Rainer, Funciones Básicas de la Acción Sindical, 1978.
36. OCTAVO Contrato Colectivo, Ministerio de Salud Pública, 2002.
37. CHIAVENATO, Adalberto, Administración de Recursos Humanos, 2000.
38. KRIEGER, Mario, Sociología de las Organizaciones, una introducción al comportamiento organizacional, 2001.
39. ROBBINS, Stephen, Comportamiento Organizacional Teoría y Práctica, 1996.
40. KEITH, David, Comportamiento Humano en el trabajo, Comportamiento organizacional, 1991.
41. STONER, J, Administración, 1996.
42. HERZBERG, Frederick, Una vez más ¿Cómo motivar a los trabajadores?, 1966.
43. CAGIGAL, José, Gerencia de la Calidad, no se dispone de año.
44. CAGIGAL, José, Gerencia Educativa nuevas tendencias, no se dispone de año.
45. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, CD Legislación Ecuatoriana, 2003.

46. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CONSEJO NACIONAL DE SALUD, Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, 2002.
47. CÓDIGO DEL TRABAJO, CD Legislación Ecuatoriana, 2003.
48. ALEAGA, Janice, Diagnóstico de la satisfacción en el empleo según la teoría motivacional de F.Herzberg, con atención especial al factor de relaciones interpersonales, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
49. VALDIVIEZO, Nancy, MÓDULO DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE ORGANIZACIONES LOCALES, Proceso para la implementación del modelo de desarrollo organizacional programático, 2004.

ANEXO 1



ANEXO 2

Tabla 1

Personal del HADLT, según pertenencia a regímenes laborales
Cotacachi, 2004

Régimen Laboral	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa
Código del trabajo	29	61.70%
Ley del S. Civil y C. Administrativa	15	31.91%
Personal Rural	3	6.38%
Total	47	99.99%

De acuerdo a las nuevas recomendaciones de la Secretaría Técnica de Recursos Humanos, la estructura organizacional de los Servicios de Salud debe considerar una división del trabajo por procesos, los trabajadores del HADLT se distribuirían de acuerdo a ésta estructura de la siguiente manera:

Tabla 2

Trabajadores del HADLT. División del Trabajo por procesos
Cotacachi 2004

Procesos Gobernantes	
Gestión Estratégica Hospitalaria	Director del Hospital
Gestión Técnica Hospitalaria:	
Procesos Habilitantes	
1. De Asesoría	
Aseguramiento de la calidad de gestión	Un Asistente de Profesional
Docencia e investigación	
Asesoría Jurídica	
2. De apoyo	
2.1.Desarrollo Organizacional	Un Administrador Hospitalario 1.
Gestión de Recursos Humanos	
Gestión de Servicios Institucionales:	
Servicios	Diez Auxiliares Administrativos de Salud

Transporte	Un Conductor Profesional
Gestión de Informática	
Gestión de Comunicación	
Gestión de Hotelería:	Un Técnico Administrativo 1
Gestión de Farmacia	Un Auxiliar de Farmacia
2.2.Gestión Financiera	Un Técnico Financiero 3.
2.3.Gestión de Enfermería	Un Profesional 2 Enfermera
Procesos de Valor Agregado	
Calificación de demanda y oferta hospitalaria	Un profesional 3 Trabajadora Social
Operativización de Normas de Gestión en Servicios Hospitalarios:	
Consulta Externa	Diez Auxiliares de Enfermería. Un Auxiliar de Odontología. Un Médico Tratante y en Función Administrativa 11 4HD.Un Profesional Odontólogo 2 4HD
Emergencia	Un Médico Residente 5 8HD, Un Médico residente 1 8HD.
Hospitalización	
Vigilancia Sanitaria Local:	Dos Inspectores Sanitarios Un empleado Sanitario
Servicios Técnicos Complementarios:	Un Auxiliar de Laboratorio. Un Técnico de Radiología. Un Técnico de Mantenimiento. Un Tecnólogo Médico en Salud 2
Control y Mejoramiento de la Operativización de Normas en la Gestión de Servicios Hospitalarios	

Considerando la estructura jerárquica, piramidal del Hospital Asdrúbal de la Torre que aún se mantiene, pero que se encuentra en proceso de cambio, los recursos humanos ubicados en diferentes niveles tienen los siguientes valores porcentuales:

Tabla 3

Valores Porcentuales y Absolutos Nivel del Puesto

Hospital Asdrúbal de la Torre. Cotacahi. 2003.

Valores Porcentuales y Absolutos Nivel del

Puesto		
Hospital Asdrúbal de la Torre. Cotacahi. 2003.		
Niveles	Valor Absoluto	Valor Relativo
Nivel Directivo	4	9,30%
Técnico-Profesional	6	13,95%
Administrativo	4	9,30%
Servicios	29	67,44%
TOTAL	43	100,00%

De acuerdo al nivel de instrucción los trabajadores del HADLT tienen los siguientes porcentajes:

Tabla 4

Valores Porcentuales de los Trabajadores Instrucción
Hospital Asdrúbal de la Torre. Cotacahi. 2003.

Instrucción	Valor Absoluto	Valor relativo
Primaria	12	27,91%
Secundaria	14	32,56%
Secundaria Incompleta	6	13,95%
Superior	11	25,58%
Post Grado	0	0,00%
TOTAL	43	100,00%

ANEXO 3

Encuesta de Motivación

ENCUESTA

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO

Se ha iniciado un estudio sobre los aspectos motivacionales en los trabajadores del código del trabajo, para ello solicito su opinión personal y muy sincera acerca de las preguntas que presento a continuación.

El cuestionario es anónimo. Los resultados serán entregados al Servicio de Salud para conocimiento y uso en el aspecto motivacional de los trabajadores del contrato colectivo. Servirán también como contribución para mi Tesis de Políticas Sociales y Gestión del Desarrollo.

Si usted no quiere contestar algunas preguntas, puede no hacerlo

Datos importantes

Cargo que ocupa.....Departamento.....
Cuánto tiempo ha desempeñado éste cargo.....años.....meses
En ésta institución trabaja.....años.....meses
Su contrato de trabajo es () temporal () definitivo

Instrucciones:

Por favor, escoja una sola alternativa y, coloque una X en el paréntesis. Amplíe su respuesta, en las preguntas que se les solicita, para lo cual utilice el espacio en puntos suspensivos

- 1) Este Hospital tiene una serie de normas y procedimientos que rigen a los trabajadores en distintos aspectos. En general usted los considera
Malos () Regulares() Buenos () Muy buenos () Excelentes ()

Si su respuesta fue malos o regulares, indique el ¿por qué?.....

.....
.....

- 2) **a.** Cree que su jefe posee conocimientos del trabajo
Ninguno () Pocos () Regulares () Bastantes () Todos ()

b. Cuando tiene dudas o problemas de trabajo su jefe le escucha y ayuda
Nunca () Rara vez () Con frecuencia () Casi siempre () Siempre ()

c. Cree usted que la forma en que su jefe delega responsabilidades a sus subordinados es adecuada
Nunca () Rara vez () Con frecuencia () Casi siempre () Siempre ()

- 3) **a.** Su jefe inmediato o alguna otra persona controla su trabajo
 Nunca () Muy poco () Lo necesario () Más de los necesario ()
- b.** La supervisión en el trabajo y sus recomendaciones, le ha permitido mejorar en la forma de cumplir las tareas
 Nunca () Rara vez () Con frecuencia () Casi siempre () Siempre ()
- 4) **a.** Para usted las condiciones ambientales y físicas del Hospital son:
 Malas () Regulares() Buenas () Muy buenas () Excelentes ()
- Si su respuesta fue malas o regulares, indique el ¿por qué?.....

- b.** Las condiciones de seguridad en el trabajo para evitar problemas en su salud son
 Malas () Regulares() Buenas () Muy buenas () Excelentes ()
- 5) **a.** Las relaciones de amistad y compañerismo entre Usted y sus compañeros de trabajo son
 Malos () Regulares() Buenos () Muy buenos () Excelentes ()
- b.** La calidad de relaciones de amistad y compañerismo que ha señalado en el literal a, influyen en su trabajo
 Positivamente () Negativamente () No influyen ()
- ¿Por qué?.....

- c.** Calificaría a su grupo de trabajo como
 Desunido() Muy poco unido() Unido () Bastante unido () Muy Unido ()
- d.** Preferiría trabajar con otras personas que con los actuales compañeros de trabajo
 Si () No ()

¿Por
qué?.....

.....

6) **a.** Las relaciones personales entre Usted y sus jefes inmediatos son
Malas () Regulares() Buenas () Muy buenas () Excelentes ()

b. La calidad de relaciones que Usted ha señalado en el literal a. Influyen en su trabajo
Positivamente () Negativamente () No influyen ()

¿Por
qué?.....

.....

7) **a.** Su sueldo le permite satisfacer sus necesidades en forma
Insuficiente () Regular () Buena () Muy Buena () Excelente ()

Si su respuesta fue insuficiente o regular, indique el ¿por
qué?.....

.....
....

b. Los beneficios y servicios sociales que recibe son
Malos () Regulares() Buenos () Muy buenos () Excelentes ()

Si su respuesta fue malos o regulares, indique el ¿por
qué?.....

.....
....

8) Tiene la seguridad de que su empleo sea estable
Ninguna () Poca () Toda ()

9) En su trabajo usted se siente una persona importante
Nunca () Rara vez () Siempre ()

Si su respuesta fue nunca o rara vez, indique el ¿por
qué?.....

.....
....

10) **a.** Participa Usted en el establecimiento de las metas de su trabajo
Nunca () Rara vez () Con frecuencia () Casi siempre () Siempre ()

b. Son claras y precisas las metas de su trabajo

Si () No ()

c. Existe algún procedimiento por medio del cual conoce usted si ha cumplido o no con las metas de su trabajo

Si () No ()

d. Las metas de su trabajo son posibles de ser cumplidas

Si () No ()

e. Su jefe le informa sobre como usted se está desempeñando en su trabajo

Si () No ()

11) **a.** Si ha cumplido un trabajo con éxito su jefe le felicita

Nunca () Rara vez () Siempre ()

b. El Hospital premia en alguna forma su éxito en la realización de un trabajo

Nunca () Rara vez () Siempre ()

Si lo hace, en qué forma premia?.....

.....

12) **a.** Considera importante el trabajo que realiza Si () No ()

b. Le gusta el trabajo que hace Si () No ()

c. Le ha dado su jefe mayores responsabilidades Si () No ()

d. Su trabajo es rutinario Si () No ()

13) Usted tiene la responsabilidad total sobre cómo, cuándo y dónde hacer su trabajo

Nunca () Rara vez () Con frecuencia () Casi siempre () Siempre ()

14) Su jefe le ha asignado tareas nuevas, más difíciles o más especializadas

Nunca () Rara vez () Con frecuencia () Casi siempre () Siempre ()

15) Tiene posibilidades futuras de ascenso en su actual trabajo

Si () No ()

¿Por qué?.....

.....

16) **a.** El Hospital le da la oportunidad de asistir a cursos de capacitación

Si () No ()

Si respondió afirmativamente conteste el literal **b**

b. Estos cursos según su criterio son

Malos () Regulares() Buenos () Muy buenos () Excelentes ()

Si su respuesta fue malos o regulares, indique el ¿por qué?.....

.....
....
.....
....

17) En su actual trabajo sus conocimientos y habilidades se están desarrollando en forma

Nula () Regular () Satisfactoria () Muy Buena () Excelente ()

¿Por qué?.....

.....

18) **a.** Lo que le gusta de su trabajo es

.....
....
.....
....
.....
....

b. Lo que menos le gusta de su trabajo es

.....
.....
.....

19) Cómo se siente trabajando para éste Hospital

Mal () Regular () Bien () Muy Bien () Excelente ()

Comentarios y Sugerencias.....

.....
....
.....
....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 4

GUÍA DE ENTREVISTA “T”

1) Cuáles son las expectativas mutuas entre los trabajadores y el Hospital (Contrato Psicológico)

- Se promueve o no el desarrollo de la autoestima?
- Se promueve o no el fomento a la autorrealización?
- Se impulsa a que los trabajadores asuman nuevas responsabilidades e innovaciones en su trabajo?
- Se los sujeta a normas o se favorecen las iniciativas?
- Se favorecen los procedimientos o los objetivos?
- Se los recompensa por los logros?
- Se permite el crecimiento personal o el estancamiento en el puesto?
- El Hospital acompaña, o monitorea el desempeño de sus trabajadores?

2) Se negocian o renegocian las expectativas?

- Se han negociado las expectativas internamente en reuniones, o asambleas, de los trabajadores del Contrato Colectivo
- Se han negociado las expectativas de los trabajadores del CC con el Director del Hospital o con los dirigentes de la Asamblea Cantonal o del Consejo Cantonal de Salud?

3) Cómo perciben a sus líderes del Hospital, de la Asamblea Cantonal, del Consejo Cantonal de Salud?

- Difunden valores?
- Motivan a los trabajadores?
- Son un modelo o referencia a seguir?

4) Cómo se organiza el trabajo?

- Está orientada a cumplir las normas y los manuales de procedimientos?
- Está orientada a lograr los objetivos estratégicos?

5) Cuáles son los valores de la organización?

- Hay igualdad de trato, de oportunidades, de recompensas, como manifestación del valor de justicia en el Hospital?
- Se cree que el otro o los demás se comportarán con esfuerzo y diligencia en el desarrollo de las tareas, como manifestación del valor de confianza?
- Cuáles son los valores más relevantes?

6) Cuáles son las normas?

- Cuáles son las normas formales?
- Cuáles son las normas consuetudinarias? sobre cuánto se debe trabajar, cómo se debe colaborar?, cómo son las relaciones dentro y fuera de la organización entre sus miembros?
- Cómo son las prácticas sindicales: el Hospital las alienta o las desalienta, cuáles son las relaciones con los delegados y los líderes sindicales?

7) Cómo se dan las Interacciones?

- Cómo interactúan y se relacionan los trabajadores del Hospital?
- Cómo ven los desafíos? (desafío de la descentralización?)
- Cómo ven las oportunidades? (de la descentralización?)
- Qué tipo de relación existe entre los grupos informales y su relación con el poder formal?
- Cómo son las comunicaciones en el Hospital? Formales-informales, existe el rumor y la cultura de pasillos?
- Cuál es el grado de distancia psicológica que ponen los jefes respecto de sus subordinados?
- Existen manifestaciones de lucha entre clases o estratos dentro del Hospital?

8) Cuáles son los símbolos?

- Cuáles son las ceremonias, ritos, rituales?, que mantienen unido al grupo: fiestas, de motivación: reuniones anuales, de abandonos: fiestas de despedida?
- Hay lemas del Hospital con los que se identifican los trabajadores?

9) Hay subculturas?

- Hay estratificación social?
- Hay división subcultural entre los sindicalizados y los no sindicalizados?

Los sindicalizados pueden considerarse como una contracultura? (oposición a los valores formales del Hospital?, los valores del sindicato no coinciden con los del Hospital?)

ANEXO 5

GUÍA DE ENTREVISTA "II"

Factores Higiénicos

- 1) El Contrato Colectivo como influye en el mejoramiento de los salarios?
- 2) El Contrato Colectivo como influye en la estabilidad en el cargo?
- 3) El CC detalla planes de salud, de jubilación?
- 4) El CC determina una carrera para sus trabajadores?
- 5) El Contrato Colectivo contempla el mejoramiento de las relaciones entre compañeros? y entre compañeros y los jefes inmediatos?
- 6) El CC especifica las condiciones que deben ser mejoradas de los ambientes de trabajo y la seguridad para la salud de los trabajadores?
- 7) El CC tiene influencia en las políticas de RH del Hospital?, en qué ámbitos?

Factores Motivacionales

- 1) El CC tiende a mejorar para sus afiliados la delegación de responsabilidades?
- 2) El CC apoya mayor libertad para que los trabajadores decidan cómo realizar su trabajo?
- 3) El CC propende a que los trabajadores utilicen plenamente las habilidades y conocimientos personales?
- 4) El CC especifica los ascensos de sus trabajadores?
- 5) El CC especifica mecanismos para que los trabajadores alcancen: logros, autonomía de responsabilidad, engrandecimiento de la identidad personal?
- 6) El CC detalla la participación de los trabajadores en la determinación de los objetivos estratégicos de los Servicios de Salud?
- 7) El CC determina que se evalúe el cumplimiento de los objetivos por parte de los trabajadores?

Factores de Afiliación, logro y poder

- 1) El CC impulsa que los sindicalizados trabajen por cumplir metas, superen retos y obstáculos, tengan el impulso de sobresalir, de tener éxito
- 2) El CC fomenta en los trabajadores la aceptación de los aumentos de responsabilidades, grados de independencia y autonomía para desarrollar mejor las actividades y funciones?
- 3) El CC tiende a desarrollar el poder para influir en el resto de la organización y cambiar las situaciones?
- 4) El CC tiende a que sus afiliados desarrollen el ímpetu por realizar un trabajo de gran calidad, se esmeren en ser innovadores, y aprendan de sus experiencias?

ANEXO 6

GUÍA DE ENTREVISTA "III"

- 1.Cuál es su sensación sobre la motivación en el trabajo, piensa que en éste Hospital la gente está motivada?
2. De dónde piensa usted que viene la motivación, de la organización del Hospital o de los propios trabajadores?
3. Qué estímulos incentivarían a los trabajadores (normas, mejores salarios, mejor trato, mejor ambiente etc.)
4. El Hospital o el Sindicato ha pensado en motivar a los trabajadores?
5. Para sentirse motivados o con “ganas de sacar adelante el propio trabajo y al Hospital” que esperarían que el Hospital les brinde a ustedes?
6. Si el Hospital realmente se preocuparía de trabajar en la motivación de los trabajadores, que darían a cambio ustedes?
7. Son sus tareas o sus funciones lo suficientemente motivadoras?
8. Considera que la sensación o el sentimiento de tener éxito depende del nivel educativo?
9. Cuáles son las expectativas mutuas entre los trabajadores y el Hospital (Contrato Psicológico)
10. Se negocian o renegocian las expectativas?
11. Cómo perciben a sus jefes o al Director del Hospital?
12. Cómo se organiza el trabajo?
13. Cuáles son los valores del Hospital?
14. Cuáles son las normas del Hospital?
15. Qué actividades, reuniones, pensamientos mantienen unido al grupo de trabajadores?
16. Considera que los trabajadores sindicalizados forman un grupo diferente?
17. Considera que las metas de los trabajadores del contrato colectivo están de acuerdo con las metas del Hospital?
18. Ha sentido alguna vez un trato diferente de parte de otros integrantes del Hospital, porque usted es un trabajador sindicalizado?
19. Qué es lo que más les afecta o incomoda en su trabajo en el Hospital?
20. Pueden mejorar su esfuerzo, si las condiciones de trabajo mejoran para usted y sus compañeros?

ANEXO 7

GUÍA DE ENTREVISTA “IV”

- 1) Qué es lo que más les afecta o incomoda en su trabajo en el Hospital?**

- Las normas, reglamentos?
- Los controles o supervisiones?
- La actitud o el trato de los jefes?
- La falta de estabilidad?
- La falta de incentivos económicos?
- La ausencia de posibilidades de ascenso?
- No le dan importancia a su trabajo?
- No le capacitan?
- No le informan sobre los cambios en el Hospital?
- No participa en la reestructuración del Hospital?
- No participa en los nuevos procesos de gestión del Hospital, de la Asamblea Cantonal de Salud, que se están dando dentro de la descentralización?
- No ha conseguido satisfacciones personales de logro en su trabajo?
- No ha obtenido crecimiento personal en su trabajo?
- El trabajo no le ha permitido que desarrolle todas sus capacidades y habilidades?
- Hay discriminación por pertenecer al Sindicato?
- Ha recibido mayores beneficios que los otros trabajadores por pertenecer al Sindicato?
- No se le ha reconocido el esfuerzo de alguna manera: felicitaciones, premios etc.?
- No ha participado en los planes de mejoramiento del Hospital?
- Su esfuerzo está acorde con el salario que recibe?
- Piensa que no hay justicia entre esfuerzo y salarios que reciben las diferentes personas del CC?
- No le afecta nada?
- Qué es lo que les desmotiva?
- Qué es con lo que no están de acuerdo?

2) Pueden mejorar su esfuerzo, si las condiciones de trabajo mejoran para usted?

- Pueden trabajar mejor, si el Hospital mejora el salario?
- Puede mejorar si el Hospital le da más beneficios personales y familiares: seguro de salud para la familia, aumento de bonos, etc.?
- Pueden mejorar si las instalaciones físicas del Hospital mejoran?
- Pueden aumentar su esfuerzo si el Hospital disminuye las horas de trabajo?
- Pueden trabajar mejor si fijan sus propias metas de trabajo?
- Pueden trabajar mejor si se disminuyen los controles y el Hospital aumenta sus responsabilidades personales y como equipo de trabajo para obtener resultados?
- Pueden trabajar mejor si se aumenta el número de trabajadores?
- Pueden trabajar mejor si se concentran en obtener resultados y no solo en cumplir tareas?
- Pueden trabajar mejor si el Hospital le asegura una carrera dentro del mismo?
- Pueden trabajar mejor si el Hospital les capacita permanentemente?
- Pueden trabajar mejor si el Hospital toma en cuenta sus opinión sobre los cambios en la gestión del Hospital y de la Asamblea Cantonal de Salud?
- Pueden mejorar si el Hospital establece con ustedes las metas estratégicas?
- Pueden mejorar el esfuerzo si participan en la Asamblea Cantonal de Salud?
- Pueden mejorar si es la ciudadanía del cantón la que va a monitorear su trabajo?

- Pueden mejorar si en la Asamblea Cantonal de Salud se va a conocer su empeño y los resultados obtenidos?

ANEXO 8

GUÍA DE ENTREVISTA “V”

1) Qué es lo que más les afecta o incomoda al Hospital sobre los trabajadores del CC?

- Los incentivos económicos logrados por el CC?
- La falta de coherencia entre los incentivos económicos del CC y la ausencia de motivación de los trabajadores?
- Se limitan a cumplir las actividades o las tareas?
- La ausencia de impulsos de logro?
- No les interesa ascender en su trabajo?
- No le dan importancia a su trabajo?
- No les interesa capacitarse?
- No desean informarse sobre los cambios en el Hospital?
- No les agrada participar en la reestructuración del Hospital?
- No participan en los nuevos procesos de gestión del Hospital, de la Asamblea Cantonal de Salud, que se están dando dentro de la descentralización?
- No se interesan por alcanzar satisfacciones personales de logro en su trabajo?
- No se empeñan en obtener crecimiento personal en su trabajo?
- Es un grupo privilegiado el Sindicato?
- Se ha convertido el Sindicato en una contracultura en el Hospital?
- Han recibido mayores beneficios que los otros trabajadores por pertenecer al Sindicato?
- No les gusta los reconocimientos al esfuerzo como: felicitaciones, premios etc.?
- No se preocupan de participar en los planes de mejoramiento del Hospital?
- Su esfuerzo no está acorde con el salario que reciben?
- Piensa que no hay justicia entre esfuerzo y salarios que reciben las diferentes personas del CC, en relación también con el resto del personal?
- Qué es con lo que más le molesta o no esta de acuerdo con los trabajadores del CC?

2) Puede mejorar el Hospital si el esfuerzo o empeño de los trabajadores mejora?

- El Hospital puede mejorar el salario en función de la productividad?
- Puede implementar el Hospital los beneficios personales si los resultados mejoran?
- Pueden mejorar las instalaciones físicas el Hospital para dar mayor comodidad a los trabajadores?
- Puede el Hospital fijar las metas de trabajo con los trabajadores?
- Pueden trabajar mejor si se disminuyen los controles y el Hospital aumenta las responsabilidades personales y como equipo de trabajo para obtener resultados?
- Puede aumentar el Hospital el número de trabajadores para distribuir mejor la carga de trabajo?
- Puede el Hospital asegurarles una carrera dentro del mismo?
- Puede el Hospital capacitarlos permanentemente en función de las metas estratégicas?

- Puede el Hospital tomar en cuenta sus opinión sobre los cambios en la gestión del Hospital y de la Asamblea Cantonal de Salud?
- Puede el Hospital establecer conjuntamente con los trabajadores las metas estratégicas?

ANEXO 9

GUÍA DE ENTREVISTA “VI”

1) Cuál es el rol de la oficina de Recursos Humanos

- La estructura organizacional del Hospital le permite tener cierto grado de libertad para la implementación del subsistema de motivación?
- Le prohíben o le limitan reglamentos internos o leyes nacionales la implementación del subsistema de motivación?
- Su oficina tiene bajo poder de decisión sobre la implementación del subsistema de motivación?
- Ha considerado RH del Hospital el subsistema de motivación e incentivos?
- Los trabajadores del CC necesitan motivarse?
- Es suficiente con los estímulos económicos del CC?
- El nivel educativo y cultural de los trabajadores del CC no les permite desarrollar un papel de logro?
- El nivel educativo y cultural de los trabajadores del CC no les permite, asumir mayores responsabilidades, ser innovadores y desafiantes para el cumplimiento de las metas?
- Cree usted que es posible con capacitación cambiar las perspectivas de logro, crecimiento personal, y autorrealización de los trabajadores del CC?
- Cree usted que los trabajadores del CC tienen suficientes beneficios, pero que no son motivadores?
- La oficina de RH tiene suficiente capacidad de decisión e influencia para llevar a acabo innovaciones o cambios en el manejo de los trabajadores del CC en cuanto a la motivación de los mismos?
- Cuál piensa usted que podría ser un buen proyecto de motivación para los trabajadores del CC?

2) Sobre la motivación a los trabajadores cuál es la posición del Director del Hospital?

- Se ha planteado el subsistema de motivación dentro de los cambios de gestión del Hospital?

3) Las normas, reglamentos dificultan el desarrollo del subsistema de motivación?

4) Cree usted que el subsistema de motivación no se ha implementado por falta de recursos económicos?

5) Cree usted que el subsistema de motivación no se ha implementado por carencia de apoyo técnico externo?

6) La cultura organizacional del Hospital dificulta la implementación del subsistema de motivación?

7) El Ministerio de Salud no ha impulsado el subsistema adecuadamente?

8) La estructura organizacional burocrática y jerárquica del Ministerio ha dificultado el impulso del subsistema?

- 9) La ausencia de políticas nacionales sobre RH ha impedido el desarrollo del subsistema?
- 10) El nivel de ingerencia bajo, del departamento de RH del Ministerio cree usted que ha influido, para el manejo limitado a trámites de rutina de los RH?
- 11) Cuál considera usted que debe ser el papel de la oficina de RH en el manejo descentralizado del Hospital?