

RESERVA

G3442
2001
C.1

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

**ESTUDIO DE CULTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL
DOCTOR GUSTAVO FRICKE: CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS
FUNCIONARIOS TECNICOS PARAMEDICOS DE LOS SERVICIOS CLINICOS**

TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA

PARA OPTAR AL TITULO DE
PSICOLOGO

Y AL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

ESCUELA DE PSICOLOGIA

POR

FEDERICO GHIO RUIZ
SANDRA OLAVE DOUZET

PROFESOR PATROCINANTE
GUIDO DEMICHELI MONTECINOS

VIÑA DEL MAR, CHILE
ABRIL 2001



N. HALL 51651 R. 2

RECONOCIMIENTOS

Queremos agradecer al profesor Guido Demicheli quien nos introdujo en el tema de Cultura Organizacional, en la fascinante metodología del Sistema Galileo, y con quien logramos por sobre todo establecer una gran amistad.

No podemos dejar de dar las gracias al profesor Joseph Woelfel quien siempre estuvo dispuesto a responder nuestras dudas y calmar nuestras ansiedades.

Debemos reconocer el apoyo brindado por la Dirección del Hospital Doctor Gustavo Fricke, las Enfermeras Supervisoras de los Servicios Clínicos y, especialmente, al Psicólogo Álvaro Infante, Jefe de la Oficina de Recursos Humanos, quien apoyó y facilitó la realización de cada una de las etapas de la investigación.

Por último, queremos agradecer particularmente a cada uno de los funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos del Hospital Doctor Gustavo Fricke, quienes con su colaboración permitieron la realización de este estudio. Esperamos que la información contenida en este informe contribuya a mejorar su actual situación al interior de la Institución.

TABLA DE CONTENIDOS

RECONOCIMIENTOS	ii
TABLA DE CONTENIDOS	iii
LISTA DE FIGURAS	v
LISTA DE TABLAS	vi
RESUMEN	vii
Cap.	Pág.
I. INTRODUCCION	1
Fundamentación.....	4
Formulación del Problema.....	8
Objetivos	9
II. MARCO TEORICO.....	10
1. Concepto de Cultura	11
2. Concepto de Organización	14
3. Concepto de Cultura Organizacional	18
3.1 Cultura Organizacional: Conceptualizaciones.....	18
3.2 Formación y Consolidación de la Cultura Organizacional.....	21
3.3 Metodologías Empleadas en Estudios de Cultura Organizacional.....	22
III. METODOLOGIA.....	25
Evolución Histórica de las Metodologías Empleadas en Estudios de Cultura Organizacional	25
Tipo de Investigación	27
Diseño de Investigación	28
Población	28
Muestra	28
Fase 1: Realización de Entrevistas.....	29
Fase 2: Aplicación de Cuestionarios.....	31

Ambiente	33
Definición de Variables	35
Variable Dependiente	35
Variable Independiente	36
Descripción del Sistema Metodológico Empleado	37
Sistema Galileo	37
Programa Cat-Pac	41
Programa Galileo	44
Programa Concordance	47
Programa Thought View	49
Desarrollo de la Investigación	51
Fase 1: Realización de Entrevistas	51
Elaboración de Cuestionario	51
Fase 2: Aplicación de Cuestionarios	56
Fase 3: Tabulación y Procesamiento de los Datos	57
IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	59
Resultados	59
Clasificación de Resultados	65
Objetivo 1	67
Objetivo 2	70
Objetivo 3	77
V. DISCUSIÓN	80
VI. REFERENCIAS	100
VII. ANEXO.....	104

LISTA DE FIGURAS

N°		Pág.
1	Tipología de los Conceptos de Cultura	13
2	Distribución Porcentual de Muestra 1 por Servicio Clínico	30
3	Distribución Porcentual de Muestra 2 por Servicio Clínico	32
4	Menú de Ingreso al Programa Cat-Pac	42
5	Ejemplo de Dendograma Realizado por Cat-Pac	43
6	Menú Principal Programa Galileo	45
7	Ejemplo de un Análisis de Texto Realizado por Concordance	48
8	Ejemplo de un Mapa Galileo Trazado por Thought View	49
9	Dendograma Mitad 1	52
10	Dendograma Mitad 2	53
11	Archivo de Coordenadas	60
12	Vista 2D del Mapa Galileo Mediante Programa Thought View.....	62
13	Vista 3D del Mapa Galileo Mediante Programa Thought View.....	63
14	Posibilidades de Análisis de Creencias y Actitudes	65
15	Representación Gráfica de Actitudes	68
16	Representación Gráfica de Creencias	70

LISTA DE TABLAS

N°		Pág.
1	Distribución Muestra 1 por Servicio Clínico	30
2	Distribución Muestra 2 por Servicio Clínico	32
3	Errores Estándar de Estimación de Coordenadas	61
4	Tabla de Distancias Medias de Creencias y Actitudes	64
5	Tabla de Distancias Medias de Actitudes	67
6	Tabla de Distancias Medias de Creencias	71

RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo establecer la representación colectiva que hacen los funcionarios Técnicos Paramédicos del Hospital Doctor Gustavo Fricke, en relación a los principales atributos que definen la Cultura Organizacional de dicha Institución de Salud. En este sentido, apunta a establecer las actitudes y creencias compartidas que dichos funcionarios poseen en tanto miembros de la Organización a la que pertenecen.

En la presente investigación, la Cultura Organizacional se concibe como una representación colectiva acerca de ciertos atributos presentes en la Organización, que se constituye en base al reporte de los propios miembros de un grupo perteneciente a la Institución.

Acorde con las tendencias actuales de investigación en este campo, el estudio utilizó tanto metodología cualitativa como cuantitativa, en las distintas fases de su ejecución. Para tal efecto, se empleó como metodología central, el Sistema Galileo, un conjunto de programas computacionales que incluye herramientas metodológicas para la medición de actitudes y creencias.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, es posible advertir el gran avance alcanzado en el estudio de las organizaciones, principalmente a partir de la década de los 70. En este sentido, se hace necesario reconocer la contribución que han hecho las ciencias sociales en dicho avance. Es así, como resulta de especial interés el aporte de la Antropología y la Sociología Organizacional, al desarrollar el concepto de "cultura organizacional" y "diagnóstico cultural", visto el primero como un nuevo objeto de investigación que se asocia a metodologías tomadas inicialmente de la Antropología Cultural.

La Cultura Organizacional es un tema que hoy ha cobrado gran interés en aquellos que se desempeñan en el ámbito del estudio e intervención en Organizaciones.

"....antes, con una Teoría Organizacional que sólo trataba de entender los distintos procesos que suceden al interior de las organizaciones, no había lugar para la comprensión de fenómenos sistémicos globales, ni tampoco para buscar entender fenómenos que ocurren en la relación entre el sistema organizacional y su entorno" (Rodríguez, 1992).

En este contexto temas como la cultura parecían propios de disciplinas ocupadas de comprender la sociedad, con énfasis en la historia y en la particularidad de las sociedades. Por su parte, el tema organizacional, era objeto de una disciplina especializada, cuyo enfoque era parcial y destinado sólo a dar cuenta de lo característico de un Sistema Organizacional, en términos de los procesos propios que ocurren al interior de una Organización.

Así, el estudio de la Cultura Organizacional, entendida como un sistema de significados compartidos por los miembros de la Organización, es un tema que ha tomado gran importancia entre los investigadores sociales, que destacan la importancia de la Cultura Organizacional en la sobrevivencia de las organizaciones y el desempeño de sus integrantes. De esta manera, se afirma que la Cultura de la Organización puede ser motor u obstáculo del cambio organizacional. Por ejemplo, la creencia que un bajo compromiso y/o participación constituyen una buena forma de sobrevivir en una

organización, pueden representar barreras para cualquier proceso de transformación y desarrollo de la misma.

Si bien pudiera parecer que la Cultura Organizacional es un tema actualmente de moda dentro de la Teoría de la Organización, se puede afirmar que ella se ha convertido en la gran variable explicativa para una gran parte de los fenómenos que ocurren en las organizaciones, tal como quizás en otros momentos históricos sucedió con otras variables organizacionales. En este sentido, la Teoría Organizacional hizo hincapié en las Relaciones Humanas y en el Entrenamiento de Líderes en los años 40; en la Dirección por Objetivos y el Trabajo de Grupos en los 50; en los aspectos de la Estructura Organizacional en los 60; en la Estrategia Corporativa en los 70 y en la Cultura Organizacional en los 80 (García, 1999).

Los teóricos de la Organización han vuelto sus ojos hacia una serie de herramientas analíticas provenientes de otras disciplinas como la Antropología y la Etnografía, puesto que se ha planteado como imposible la aproximación y comprensión de las organizaciones únicamente desde sus características formales y sus manifestaciones racionales.

En el presente estudio se realizó una descripción y análisis de la Cultura Organizacional del Hospital Doctor Gustavo Fricke, Hospital perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota. La finalidad de este estudio fue establecer las actitudes y creencias que los funcionarios Técnicos Paramédicos pertenecientes a los 11 Servicios Clínicos de la Institución poseen y comparten en tanto miembros de ella.

En esta investigación, la Cultura Organizacional del Hospital en estudio se definió como la representación colectiva que los miembros de una sub-población de la Institución hacen acerca de ciertos atributos presentes en la Organización misma.

Acorde con las tendencias actuales de investigación en este campo, el estudio realizado empleó tanto metodología cualitativa como cuantitativa, en las distintas fases de

su ejecución. La metodología básica que se empleó para realizar esta investigación corresponde al "Sistema Galileo", un conjunto de programas computacionales de última generación, el cual incluye herramientas para el análisis de contenido, elaboración de cuestionarios para la medición de actitudes y creencias, análisis matemático y representación gráfica de los datos obtenidos.

Fundamentación

Actualmente se ha planteado la imposibilidad de aproximarse y comprender a las organizaciones únicamente desde sus características formales y sus manifestaciones racionales (Martínez, 1998). Esto, principalmente debido al creciente proceso de incorporar la complejidad en el análisis de cualquier sistema. Así, en el caso de las organizaciones se ha llegado a conceptualizar la idea de un sistema de creencias, valores y significados que les son característicos.

Martínez (1998), señala que las organizaciones chilenas también han debido buscar nuevas formas de aproximarse a las organizaciones y, por lo tanto, han debido preocuparse del estudio de fenómenos y situaciones que van más allá de los procesos meramente formales y estructurales. En este sentido, señala que las Instituciones del Área de la Salud no han quedado ajenas a este hecho, lo que ha originado que el Ministerio de Salud de Chile haya iniciado un proceso de redefinición y fortalecimiento de las políticas de gestión de los Servicios de Salud, principalmente en el ámbito de los Recursos Humanos. Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados por las anteriores autoridades del sector salud, las mejoras del sector siguen siendo en Chile un tema de discusión y preocupación.

Así, a pesar que se han realizado reformas que permitieron una mejora considerable en el alcance y calidad de las prestaciones, al menos a la luz de los indicadores más relevantes, aún el sistema muestra deficiencias en su estructura y funcionamiento. Estas circunstancias han derivado en una atención ineficiente, disconformidad de los profesionales del área de la salud, entre otros efectos.

Debido a lo anterior, las actuales autoridades del Ministerio de Salud han propuesto las siguientes metas prioritarias para el período comprendido entre los años 2000–2006 (Ministerio de Salud, 2000):

1. Derechos ciudadanos, Solidaridad, Equidad, Protección, Garantías y Promoción: Incluye la elaboración de un programa de acceso equitativo a la salud y una reforma solidaria al sistema de financiamiento.
2. Modernización del Modelo de Gestión: Considera aspectos tales como el establecimiento de las bases para un nuevo estatuto de administración en salud y un programa de cierre de brechas financieras.
3. Modernización en las Relaciones Laborales: Incluye una reforma en las políticas de remuneración, fortalecimiento de la carrera funcionaria y la promoción de espacios de participación y diálogo entre autoridades, directivos y funcionarios.

La estrategia declarada por el Ministerio de Salud para dar cumplimiento a estas metas, radica en el fortalecimiento del sector público del Sistema de Salud. El capital más valioso de dicho sector es su personal, sin embargo, hace muchos años que no existe una preocupación ni una política suficiente, consistente y coherente respecto a dicho recurso, lo que ha originado un serio desgaste, frustración y deterioro de la calidad de vida de los trabajadores del sector (Colegio Médico de Chile, 1999).

Con el fin de dar cumplimiento a las reformas planteadas por el Ministerio de Salud, es necesario llevar a cabo un profundo análisis de la situación actual en la que se encuentran cada uno de los Servicios de Salud del país, incluyendo los recintos hospitalarios y consultorios del sector. En relación con esto, Yepes y Arias (1998) establecen que a partir de las investigaciones realizadas en los Servicios de Salud Latinoamericanos, resulta indispensable contar con estudios que aporten información apropiada para tomar decisiones que contribuyan al logro de los desafíos planteados, y que faciliten la programación de cada una de las intervenciones orientadas a dar cumplimiento a estas metas.

La presente investigación constituye un aporte significativo en este sentido, pues la posibilidad de acceder a la Cultura que caracteriza a los Servicios de Salud significa tener la oportunidad de conocer y considerar las claves culturales de dichas entidades. Dicha información permite reconocer que éstas se encuentran condicionadas culturalmente, y que debido a ello, las organizaciones pueden considerar esta información para tomar decisiones congruentes con los supuestos generados a partir de la propia institución (Martínez, 1998).

Este estudio se orientó principalmente a obtener información que diese cuenta de los principales atributos de la Cultura Organizacional que caracteriza al Hospital Doctor Gustavo Fricke como Servicio de Salud Pública. A partir de la información obtenida, la organización podrá determinar necesidades futuras de intervención orientadas, por ejemplo, a instaurar mejoras que vayan en beneficio del funcionamiento interno del Hospital y los miembros que lo componen.

Desde un punto de vista metodológico, el diseño y los procedimientos utilizados permiten la agregación de distintas representaciones grupales de la organización hasta obtener una visión global y representativa de ella. En este caso, la población en estudio fue el grupo constituido por los funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos, por ser quienes tienen mayor representatividad numérica dentro de la organización. Posteriormente, un estudio de similares características puede ser replicado con otras sub-poblaciones de la Institución, a fin de sumar las representaciones obtenidas independientemente. Además, es importante destacar que es factible aplicar la investigación en otros Servicios de Salud Pública, lo que permitiría realizar análisis comparativos entre distintas culturas hospitalarias del país.

Hasta ahora, en los servicios de Salud Pública de la V región se han realizado mayoritariamente estudios de Clima Organizacional, por lo que la visión que se tiene de estos Centros está estructurada de forma transversal. Frente a esto, el presente estudio

ofrece la posibilidad de explorar la realidad hospitalaria desde el punto de vista de la Cultura Organizacional, y a partir de ello, obtener información relativa a aspectos que no habían sido evaluados anteriormente.

Por otra parte, un aspecto relevante de esta investigación radica en que permitirá poner a prueba la aplicabilidad y utilidad de un Sistema computacional de última generación (Sistema Galileo) en un estudio de Cultura Organizacional de un Hospital chileno, público y regional. En tal sentido, esta investigación utiliza en sus distintas fases de ejecución recursos computacionales, demostrando que esta herramienta puede ser empleada provechosamente en el estudio de fenómenos psicosociales en las organizaciones. Además permitirá poner a prueba la aproximación mixta de metodologías cuantitativas y cualitativas, actualmente en boga en la investigación internacional de Cultura Organizacional.

Formulación del Problema

La problemática de la presente investigación obedece a la siguiente pregunta:

¿Qué aspectos distinguen los funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos del Hospital Doctor Gustavo Fricke como atributos propios de la Institución y cuáles son las creencias y actitudes que manifiestan en relación a ellos?

Objetivos

Objetivo General

Establecer la representación colectiva que hacen los funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos del Hospital Doctor Gustavo Fricke, en términos de los principales atributos de la Cultura Organizacional de la Institución y las creencias y actitudes asociadas a dicha representación general.

Objetivos Específicos

1. Establecer las actitudes que los funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos tienen respecto de los principales atributos de la Cultura Organizacional del Hospital Doctor Gustavo Fricke.
2. Identificar las creencias que los funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos sustentan en relación a los atributos de la Cultura Institucional del Hospital Doctor Gustavo Fricke.
3. Poner a prueba en Chile, la aplicabilidad y utilidad del Sistema computacional Galileo, para el estudio de Cultura Organizacional.

II. MARCO TEÓRICO

Actualmente, es corriente atribuir características culturales a las organizaciones, afirmar que ellas engendran valores, creencias y significados, y que, por consiguiente, éstas pueden ser estudiadas a través del análisis cultural. La literatura existente muestra que hay una gran diversidad de teorías y conceptos de "cultura", que se han vinculado cada vez más al estudio de las organizaciones, dando como resultado la convergencia de la Teoría Cultural y la Teoría Organizacional.

El interés por el estudio de la Cultura Organizacional no es un evento reciente en el campo de la investigación de las organizaciones. El término "cultura" fue introducido en la Teoría Organizacional por la Escuela de Relaciones Humanas en la década de los 50 (Cordova, Font, Guñido, Hernández, Sánchez, 1998). Los estudios realizados por Elliot Jacques, del Instituto de Tavistock, dieron una nueva pauta al análisis organizacional, lo cual produjo en los años 70 un concepto nuevo para entender a las organizaciones: *Cultura Organizacional*.

Así, el concepto "cultura organizacional" comenzó a desarrollarse a fines de los años 70: Van Maanen & Schein, 1979; Ouchi, 1981; Louis, 1983; Uttal, 1983; Schein, 1985 (Demicheli, 1999). Una década antes, había hecho su aparición en el estudio de las organizaciones, el concepto "clima organizacional", a través de destacados autores tales como: Tagiuri & Litwin, 1968; Litwin & Stringer, 1968; Campbell et al., 1970; Schneider & Hall, 1972; James & Jones, 1974; Schneider, 1975 (Demicheli, 1999).

El interés por la Cultura Organizacional aumentó considerablemente a partir de la década de los 80. La Cultura Organizacional se tornó relevante en el campo de la Gestión y la Teoría Organizacional a partir de algunas publicaciones tales como la "Teoría Z" (Ouchi, 1981), "El Secreto de la Técnica Empresarial Japonesa" (Pascale y Athos, 1983), "En Búsqueda de la Excelencia" (Peters y Robert Waterman, 1982) y "Culturas Corporativas" (Deal y Alan Kennedy, 1982), (en Andrade, 1991). Todos estos libros

introdujeron e hicieron común en la jerga administrativa palabras como *valores, creencias, principios, supuestos básicos*, etc. Por otra parte, su éxito radicó en el hecho de vincular el logro de los objetivos de la Organización con la creación de una Cultura Organizacional fuerte. Bajo esta perspectiva, la Teoría de la Organización y la de Gestión se acercaban a la Antropología, retomaban los diferentes conceptos teóricos de "cultura", sus metodologías y estructuras de pensamiento y los aplicaban al análisis organizacional para determinar, en primera instancia, la influencia de la Cultura en el funcionamiento y la eficiencia organizacional (Andrade, 1991, Cordova et.al. 1998).

El argumento más aceptado para el súbito y fuerte interés en este nuevo concepto, se relaciona con el declive de la productividad de Estados Unidos y el aumento de la competitividad de Japón. Otro argumento, dice relación con la utilidad de estudiar la Cultura Organizacional como una forma lidiar con los problemas provocados por el acelerado desarrollo mundial, fuertemente influenciado por el avance tecnológico y la globalización de la economía (De Souza, 1998).

1. Concepto de Cultura

Antes de definir qué se entiende por Cultura Organizacional, es necesario tener claro lo que significan los dos conceptos implicados en el término: "cultura" y "organización".

La Cultura como objeto de estudio de la Antropología ha sido abordada desde diferentes perspectivas. No obstante, las definiciones de Cultura desde éstas no han sido ni son actualmente unívocas (García, 1999). Cada una de ellas entiende el fenómeno cultural de una forma particular. Al mismo tiempo, es innegable el aporte teórico y metodológico que ha realizado la Antropología Cultural al estudio de la Cultura Organizacional a partir de las distintas corrientes y escuelas antropológicas.

Allaire y Firsirotu (1988; en Abravanel, 1992) indican que, en términos generales, el fenómeno de la cultura puede ser abordado desde dos perspectivas:

1. Aquella que considera a la cultura como parte integrante del *sistema socio-estructural*.
2. Aquella que la concibe como un *sistema independiente de formación de ideas*.

Para la primera perspectiva, la Cultura es un componente del sistema social que se manifiesta en el comportamiento (maneras de vivir) y en sus productos. Por el contrario, para la segunda visión, los dominios "cultural" y "social" son distintos pero interrelacionados (Abravanel, 1992; Cordova et.al. 1998).

A cada una de estas formas de conceptualizar la Cultura se asocian distintas escuelas de pensamiento, tal como queda graficado en la Figura N° 1.

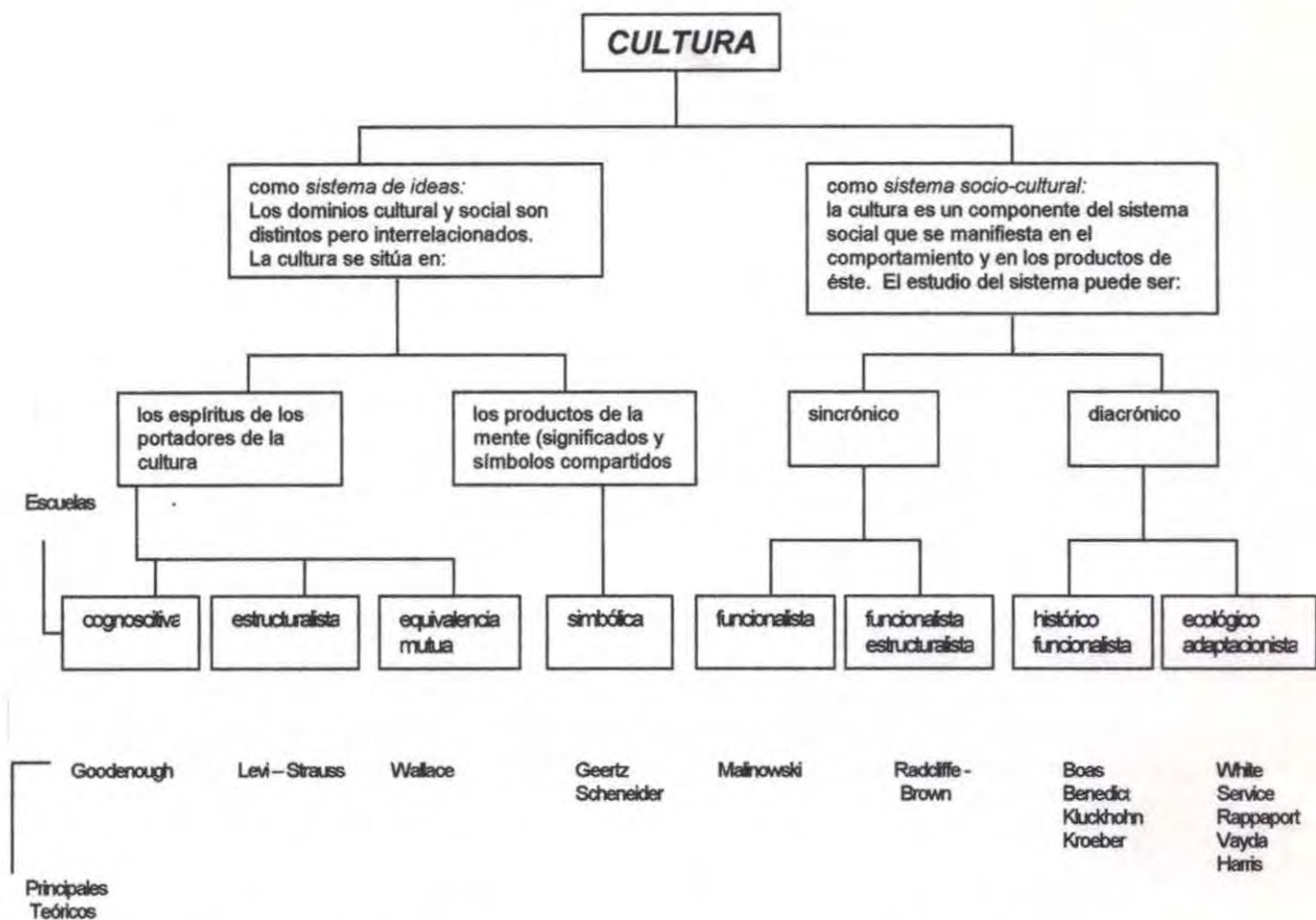


Figura N° 1: Tipología de los Conceptos de Cultura (Fuente: Abravanel, 1992).

En la actualidad, continúan existiendo dos grandes visiones en relación a cómo entender la Cultura. Por un lado, existen quienes la consideran como “*sistemas adaptativos*”. En este sentido, la Cultura, se entendería como un conjunto de pautas conductuales socialmente transmitidas para relacionarse satisfactoriamente con el entorno. En segundo lugar, las teorías ideacionales de la Cultura, estas son: “*nueva etnografía*”, la cual considera que las culturas son sistemas cognitivos; “*estructuralismo*”, estima que las culturas son sistemas simbólicos compartidos y que son acumulativas creaciones de la mente; y finalmente, “*análisis simbólico*”, las culturas son sistemas simbólicos y de significados compartidos por los actores sociales (García, 1999).

Kroeber y Kluckhohn (1952), en un meta estudio acerca de las diferentes concepciones de Cultura, establecieron un conjunto de elementos comunes a la mayoría de las definiciones (en García, 1999). Dentro de estos se encuentran: la cultura es un fenómeno social que orienta la conducta, es un producto de la herencia tradicional o social históricamente acumulada, pero que no constituye un todo coherente y armónico, sino que presenta contradicciones y está abierta al cambio.

Finalmente, la Cultura será entendida para este estudio, como "un conjunto de valores y creencias comúnmente aceptados, consciente o inconscientemente, por los miembros de un Sistema Cultural" (Andrade, 1991).

2. Concepto de Organización

Junto con realizar una revisión respecto de lo que se entiende por el concepto de "cultura", es necesario, analizar también el segundo componente de la Cultura Organizacional, el concepto de "organización".

Al igual que lo que sucede con el concepto de "cultura", resulta complejo dar una definición única respecto de las organizaciones. Pfeffer, (1982; en Rodríguez, 1998) señala que resulta difícil encontrar características comunes en las definiciones existentes sobre el concepto de "organización". A su juicio, éste ha ido cambiando con la evolución histórica, por lo que, las formas de concebir las organizaciones han requerido adaptarse a cada época.

De esta forma, existe un marcado interés en identificar y conocer las características y los procesos que se desarrollan al interior de las organizaciones, pues no se puede dejar de lado el hecho que las organizaciones han llegado a ser componentes esenciales e inherentes en la vida de los individuos.

A continuación se realiza una breve revisión histórica que recoge las principales perspectivas a partir de las cuales se ha abordado el concepto de "organización".

▪ **La Organización como Sistema Racional Cerrado**

A comienzos del siglo XX, bajo el paradigma racional, se consideraba a la Organización como un sistema cerrado, estable y altamente estructurado, susceptible de una rígida planificación y control (Rodríguez, 1998). En sentido general, el énfasis estaba en la Organización misma, en sus sistemas de control, restándole importancia al entorno, el cual se percibía como estable y seguro. Los principales objetivos eran: el logro de la máxima efectividad y la consecución de las metas organizacionales.

Dentro de los paradigmas adscritos se encuentran: la dirección científica del trabajo (DCT), el modelo burocrático, la dirección administrativa y la conducta administrativa.

Algunos rasgos básicos que caracterizan a la Organización como un sistema racional cerrado son: a) Están compuestas por individuos o grupos de individuos; b) Están constituidas para conseguir fines y objetivos específicos; c) Enfatizan la diferenciación y especialización de funciones y la división del trabajo; d) Establecen sistemas de coordinación y dirección de carácter racional; y e) Presentan cierta permanencia a través del tiempo y cierta delimitación espacial, tecnológica e instrumental (Porter, Lawler y Hackman 1975; en Rodríguez, 1998)

De acuerdo a estos autores,

"...las organizaciones están constituidas por individuos y grupos, dirigidas hacia objetivos racionalmente coordinados y con permanencia en el tiempo, en las que se utilizan elementos de producción, se adoptan decisiones y se asumen riesgos con el fin de producir bienes y/o servicios y obtener beneficios" (Porter, Lawler & Hackman 1975; Alvaro, 1996, en Oneto y Schlageter, 2000, p. 10).

- **La Organización como Sistema Natural Cerrado**

La concepción de la Organización como sistema natural cerrado surge a partir del primer tercio del siglo XX, principalmente como una reacción frente a la conceptualización de la Organización como un sistema racional.

Los modelos teóricos adscritos a esta perspectiva son: la Escuela de Relaciones Humanas y el Modelo Cooperativo de Chester Barnard.

Estos modelos ponen su acento en la estructura informal de las organizaciones; en las características y conductas de sus participantes; nuevamente, se resta importancia a las influencias del entorno (Rodríguez, 1998):

- **La Organización como Sistema Racional Abierto**

Esta perspectiva surge posterior a la Segunda Guerra Mundial, debido a la creación de nuevos campos de estudio como la Cibernética, la Teoría de la Información y la Teoría General de Sistemas. Básicamente, este cambio de paradigma se basó en que era necesario construir modelos más complejos en relación a las organizaciones, que tomaran en cuenta todas las relaciones posibles entre el sistema y su medio.

Dentro de los modelos teóricos que comparten esta visión de la Organización, destacan: el modelo de Homans, el modelo socio-técnico de Tavistock, el modelo de grupos superpuestos, el modelo de conjunto de roles superpuestos, modelo cognitivo de Weick.

Algunas características que comparten dichos modelos son: subrayan la interdependencia de las partes de todo el sistema organizacional y su interacción permanente con el entorno; la consideración de las organizaciones en su dimensión social; la importancia que dan a la transmisión de información; reconocen la función del entorno tanto en el intercambio de información como en la sobrevivencia de la Organización; asumen la existencia de un sistema de jerarquías; finalmente, establecen

como componentes básicos de la Organización a las entradas energéticas, los procesos de transformación y los resultados y procesos de retroalimentación (Rodríguez, 1998).

▪ **La Organización como Sistema Natural Abierto**

Si bien se reconoce que los modelos racionales abiertos han dominado la Teoría de la Organización desde los años 70, éstos han sido complementados con una nueva perspectiva, la cual percibe a la Organización como un sistema natural abierto. Esta última, más que desplazar los modelos racionales abiertos, tiene como interés complementarlos.

Los modelos teóricos que se adhieren a esta perspectiva son el modelo de la Ecología de la Población y el modelo de la Contingencia Estratégica.

Los aspectos más relevantes que caracterizan a esta perspectiva son: el énfasis en el entorno como determinante de la estructura, la conducta y la dinámica de la organización; el especial interés en la calidad de los miembros de la Organización por sobre los aspectos formales; establecen que las organizaciones deben perseguir objetivos difusos, requieren de estructuras menos formalizadas, necesitan minimizar las normas y procedimientos escritos y no requieren gradaciones de estatus entre los participantes. (Rodríguez, 1998)

En síntesis, desde esta perspectiva una Organización se concibe como

“un conjunto de individuos y grupos, así como otros muchos componentes energéticos y tecnológicos que se transforman mediante el desarrollo de actividades y funciones diferenciadas, aunque coordinadas y sometidas a unos procedimientos, con el fin de producir unos resultados dirigidos a objetivos que, mediante su intercambio con el exterior, le permite obtener energía suficiente, humana y no humana, que posibilitará la renovación del ciclo y asegurará su permanencia temporal” (Rodríguez, 1998; en Oneto & Schlageter, 2000, p.11).

Por último, a partir de la revisión anteriormente efectuada, cabe mencionar, que al tratar de acercarse a la definición del concepto de “organización”, resalta lo complejo del

concepto, su carácter multidimensional, su aplicabilidad a múltiples contextos y el que está sometido a fuertes cambios. Para el presente estudio, es importante denotar que la última de las perspectivas mencionadas coincide en gran medida con la visión que los investigadores tienen del concepto "organización".

3. Concepto de Cultura Organizacional

3.1. Cultura Organizacional: Conceptualizaciones

La Cultura Organizacional puede ser entendida como el conjunto de creencias, actitudes y valores implícitos comúnmente aceptados y compartidos por los integrantes de una organización y, que se manifiesta en comportamientos y artefactos culturales propios de ella.

Entendida de esta forma, la Cultura de una Organización resulta finalmente como una realidad socialmente construida, donde los atributos que los miembros de una Organización perciben y señalan como propios de ella, constituyen una representación compartida, más allá de la percepción individual de cada uno de ellos.

Por lo anterior, resulta correcto señalar que la Cultura Organizacional es una totalidad, una condición global, que sus miembros (como individuos) refieren mediante atributos, pero que ellos viven (y un observador puede describir) como un todo (Demicheli, 1999).

Es importante señalar que una parte significativa del comportamiento organizacional de los individuos, está guiado por, y resulta explicable desde, el contexto de la Cultura de la Organización, que se establece mediante los intercambios comunicacionales de los miembros de la Institución, a través de los cuales se genera una red de significados compartidos. Así, se entiende que esta red de significaciones compartidas y construidas socialmente inspira, guía y fundamenta los comportamientos de las personas dentro de ese contexto. Con el concepto "cultura organizacional" se

alude a la creación de un sistema de ideas que establecen en definitiva el *modo de hacer las cosas*, esto es, el *quehacer organizacional*.

En relación a los elementos que definen la Cultura Organizacional, Diez Gutiérrez (1999) postula que el interés por conocer y describir los componentes culturales tiene una doble finalidad. Por una parte, "comprender las variables que inciden en el funcionamiento de las organizaciones"; y por otra, "posibilitar procesos de intervención que faciliten el desarrollo de las organizaciones" (en García, 1999)

En términos generales, existen 3 propuestas acerca de los elementos que definen la Cultura Organizacional: la propuesta centrada en las creencias y presunciones básicas (proposiciones o ideas reconocidas como verdaderas por los miembros de un sistema cultural, independientemente de su validez objetiva); la propuesta centrada en los valores (los ideales que se comparten y aceptan, las pautas deseables de conducta individual y colectiva), y por último, la postura que señala a los artefactos culturales como los elementos esenciales de la Cultura Organizacional (aquellos productos culturales externos o manifestaciones observables de la Cultura Organizacional como por ejemplo: rituales; historias y mitos; normas; tabúes; héroes; lenguaje y comunicación).

Definiciones

Tal como se mencionó, el concepto de Cultura Organizacional comenzó a desarrollarse a fines de los años 70. Desde ese entonces, se han propuesto múltiples definiciones (Van Maanen y Schein, 1979; Ouchi, 1981; Louis, 1983; Schein, 1985, etc.). En este apartado resultaría imposible hacer mención a la totalidad de ellas; sin embargo, tres de las más difundidas son:

- Valores compartidos (lo qué es importante) y las creencias (cómo funcionan las cosas) que interactúan con las estructuras de la Organización y los sistemas de control,

produciendo normas y expectativas de comportamiento (la forma en que las cosas son en este lugar) (Uttal, 1983).

- Pegamento que mantiene unida una Organización a través de patrones compartidos de significados. Sistema de 3 componentes: contexto o valores centrales, formas (procesos de comunicación; por ejemplo, la jerga), estrategias para reforzar contenidos (por ejemplo, recompensas o programas de entrenamiento) (Siehl & Martin, 1983).
- La Cultura Organizacional es un patrón de supuestos básicos, compartidos y aprendidos por el grupo, como forma de solucionar sus problemas de adaptación externas e integración interna, que han funcionado suficientemente bien, al punto de ser validados y pensados por los nuevos miembros como la forma correcta de percibir, pensar y sentir acerca de esos problemas (Schein, 1991).

A partir de la revisión de algunas de estas conceptualizaciones resulta posible afirmar que existen rasgos comunes en ellas, tal como lo señala Demicheli (1999). Entre estos rasgos destacan: a) Es una red más bien idiosincrática de significados socialmente construida y mantenida; b) Provee de sentido a los miembros, respecto de los eventos organizacionales cotidianos; c) Modela de manera significativa patrones importantes del comportamiento organizacional; y d) Representa valorizaciones, creencias y actitudes que ajustan el comportamiento individual a las normas de la Organización.

Para la presente investigación, es importante denotar que la última de las definiciones mencionadas coincide en gran medida con la visión que los investigadores tienen de la Cultura Organizacional

3.2 Formación y Consolidación de la Cultura Organizacional

La Cultura Organizacional es producto del quehacer organizacional, vale decir,

“resulta de sus miembros, de sus procesos para resolver contingencias y desarrollar formas expeditas de comunicación y entendimiento. Estas formas se van sedimentando, institucionalizando y constituyendo la historia organizacional, y finalmente, se van transmitiendo y enseñando implícita y explícitamente a los nuevos miembros de la organización” (Martínez, 1997, p.14).

Por lo tanto, la Cultura de una Organización no está presente desde el inicio de la misma, por el contrario, ella se va conformando gradualmente.

Gutknecht, (1982) afirma que generalmente, la Cultura presenta 3 funciones principales: *legitimación, motivación e integración* (en Barnet, 1997).

En primer lugar, la Cultura Organizacional provee a sus miembros patrones que legitiman sus interpretaciones y conductas ante las contingencias ambientales relevantes para enfrentar el quehacer organizacional. En segundo lugar, una Cultura remite a sus miembros una estructura jerárquica motivacional que guía y acerca a los miembros de la Organización a los roles y valores culturalmente relevantes. En tercer lugar, la Cultura en si misma constituye a sus miembros un marco de referencia simbólicamente integrado que regula la interacción social y contribuye a la creación de significados compartidos. (Furthermore et.al, 1985)

Los referidos procesos de legitimación, motivación e integración no son posibles sin comunicación. Por lo tanto, estos procesos comunicativos cotidianos están íntimamente relacionados con la emergencia de sentidos y significados a partir de las distintas realidades sociales; es decir, los miembros de una organización co-construyen el sentido y significado de sus realidades cotidianas mediante sus recurrentes interacciones.

Los distintos procesos que constituyen y dan sentido a las organizaciones se construyen fundamentalmente mediante los intercambios comunicativos en que participan diariamente los miembros de la mismas. Las personas co-construyen el sentido y significado de sus conversaciones durante la interacción misma. Son, por consiguiente,

los mismos mensajes los que formarán el contexto desde donde serán entendidos (Pearce y Cronen, 1980).

De esta forma, los procesos comunicativos, no sólo hacen posible la coordinación de las acciones e interpretaciones de los miembros de una Organización en pos de metas y objetivos, sino que además permiten construir, transmitir y modificar aquellos aspectos medulares de la Cultura Organizacional (Rogers, 1976; en Demicheli, 1999).

Los procesos de comunicación e interacción social al interior de las organizaciones, permiten la generación significados compartidos, mediante los cuales se va conformando la Cultura Organizacional de cada una de ellas. Dichos procesos son compartidos y mantenidos por los miembros de la Organización; por lo tanto, la Cultura es una propiedad de los grupos organizacionales, más que de sus miembros como individuos.

3.3. Metodologías Empleadas en Estudios de Cultura Organizacional

El concepto de Cultura Organizacional ha adquirido relevancia y utilidad creciente en los últimos años. Los aportes de la Psicología, la Antropología, la Etnografía y la Sociología, a partir de sus técnicas de investigación, han contribuido concordantemente en la mejora de las técnicas empleadas por el Desarrollo Organizacional (Rodríguez, 1992). Sin embargo, aún se discute acerca de "...cuál es el método o procedimiento adecuado para lograr aprehender y diagnosticar con alguna precisión aquello que se ha llamado Cultura Organizacional" (Martínez, 1997).

En parte, la dificultad de llegar a un consenso en la definición de lo que se entiende por Cultura Organizacional, ha propiciado el desarrollo de diferentes metodologías, puesto que la investigación del fenómeno mismo, está directamente relacionado con el entendimiento y la definición del concepto Cultura Organizacional (Freitas 1991; en De Souza, 1998).

Dado que no existe claridad respecto de la metodología más apropiada para el diagnóstico de la Cultura Organizacional, el estudio de ésta ha sido abordado mediante la utilización de distintas formas metodológicas. Por ejemplo, Sathe (en De Souza, 1998) señala la importancia de observar el discurso, la manera de hacer las cosas y los sentimientos compartidos, como una forma de inferir supuestos organizacionales comunes. Además, establece que debe observarse el papel desempeñado por los fundadores y los eventos críticos pretéritos por la Organización.

Por otra parte, Kennedy (en De Souza, 1998), sugiere la realización de un análisis interno y otro externo de la organización. Para analizar los aspectos internos propone revisar los procedimientos de ascensos, verificar los promedios de tiempo que las personas permanecen en un cargo y observar los contenidos de discursos y memorándums e historias organizacionales. Al mismo tiempo, para los aspectos externos, propone analizar el ambiente físico de la Organización, sus publicaciones y métodos de difusión, observar el uso del tiempo en la Organización y el sostener conversaciones con informantes claves.

En el caso de Edgard Schein, éste plantea que solo es posible develar la Cultura de una Organización a partir de un esfuerzo mutuo entre el investigador y uno o más miembros de la organización; esto, a objeto de compensar el hecho que el investigador éste no está inmerso lo suficiente en la Cultura para poder revelar sus aspectos significativos, además, de evitar interpretaciones poco precisas.

Su método básicamente consiste en: a) Analizar el proceso de socialización de los nuevos miembros a partir de entrevistas realizadas a los agentes socializadores; b) Analizar los incidentes críticos de la Organización, a fin de identificar los períodos de formación de la Cultura (lo que fue hecho, por que fue hecho y lo que resultó. Esto se logra mediante la realización de una biografía organizacional; c) Analizar las creencias y valores de los fundadores o portadores de la Cultura; d) Discutir en conjunto con alguna

persona integrante de la organización la información anteriormente recogida, poniendo particular énfasis en anomalías y características sobresalientes; finalmente, f) Realizar una entrevista clínica interactiva entre el investigador e informantes motivados que estén insertos en la Organización.

Durante los últimos 20 años, y a partir de las metodologías empleadas por los estudios, tanto de Cultura como de Clima Organizacional, se ha producido una clara convergencia metodológica para abordar este tipo de procesos. Esta tendencia ha dado paso al uso de diseños metodológicos mixtos (cuali-cuantitativos) tales como el Sistema Galileo (Woelfel & Fink, 1980) que incluye técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad) y técnicas cuantitativas (aplicación de cuestionarios) en distintas fases del estudio. Tanto el contenido de las entrevistas en profundidad, como el análisis final de resultados se realizan mediante un sistema computacional especialmente diseñado para dichos propósitos.

III. METODOLOGÍA

Evolución Histórica de las Metodologías Empleadas en Estudios de Cultura Organizacional

Durante los últimos 30 años, los estudios de Clima y Cultura Organizacional han representado el mayor esfuerzo de la Psicología Social por comprender el comportamiento de las personas en el contexto de las organizaciones. Una nutrida investigación desde distintas perspectivas teóricas y metodológicas, se ha llevado a cabo durante este período (Ashforth, 1985; Schneider, 1985; Glick, 1988; Golden, 1992; Kotter & Heskett, 1992; Schein, 1985, 1990, 1991, 1992; en Demicheli, 1999). Se han realizado también interesantes meta-investigaciones reportando a los estudios de Clima Organizacional y los estudios de Cultura Organizacional, como líneas de investigación diferentes que responden a tradiciones investigativas distintas y metodologías inicialmente divergentes (Glick, 1985; Schneider, 1990; Hofstede, 1991; Martin, 1991; Kunda, 1991; en Demicheli, 1999).

Los estudios de Clima se centraron desde sus comienzos, en la medición de ciertas dimensiones asumidas como presentes en la generalidad de las organizaciones (Demicheli, 1999). En este sentido, el concepto de Clima Organizacional apunta a la identificación del conjunto de percepciones de ciertas características o dimensiones relativamente estables de las organizaciones, las cuales tienen la particularidad de influir tanto en las actitudes como en el comportamiento de sus miembros (Oneto & Schlageter, 2000). En concordancia con lo anterior, la investigación en Clima ha utilizado métodos cuantitativos, empleando el cuestionario-tipo como instrumento básico para recoger los datos relativos a las variables en estudio (Likert, 1961, 1967; Litwin y Stringer, 1968; Campbell et al., 1970; en Demicheli, 1999). El valor de dichos cuestionarios reside en el número y tipo de dimensiones que mide, así mismo, la eficacia de estos radica en que el

instrumento permita identificar las dimensiones más importantes y pertinentes de la Organización en estudio (Oneto & Schlageter, 2000).

Por su parte, los estudios de Cultura Organizacional aparecieron 10 años después, en cierta medida, como una reacción al enfoque y al método que los investigadores en Clima empleaban hasta entonces como forma casi exclusiva de estudiar las variables organizacionales de conjunto (Alvesson, 1985; Frost, 1985; Schein, 1985, 1990; Kunda, 1992; en Demicheli, 1999).

Es importante mencionar que la investigación en Clima tiende a ser nomotética y usar métodos cuantitativos, más bien para describir "estados" de la Organización, mientras que la investigación en Cultura, es primariamente ideográfica y emplea métodos cualitativos, más bien para describir "procesos" organizacionales" (Glick, 1985; en Demicheli, 1999). Ante esto, se ha considerado que el uso de metodologías cualitativas impone ciertas restricciones para el análisis comparativo de los resultados obtenidos en distintos estudios, como por ejemplo, la posibilidad de chequear si los "supuestos básicos" constituyen, efectivamente, un aspecto central de las Culturas Organizacionales. O, la indagación acerca de la co-existencia dentro de una misma Organización de distintas sub-culturas. Aspectos centrales como éstos no parecen clarificables sin instrumentos válidos que permitan comparaciones efectivas.

La investigación más reciente sobre Clima y Cultura Organizacional muestra una interesante derivación epistemológica y metodológica en el transcurso de los últimos 10 años, que dice relación, en el mismo orden cronológico, con la aparición de aparición de estudios cualitativos de Clima, aparición de estudios cuantitativos de Cultura, sobreposición creciente entre las variables que emplean estos últimos estudios y aquellas utilizadas inicialmente por los investigadores de Clima, con interés creciente en investigaciones de clima por considerar los procesos de construcción social mediante los cuales estos se constituyen.

Más allá de las diferencias que las dos primeras décadas en la investigación del Clima y la Cultura mostraron, los últimos 10 años han puesto de manifiesto una tendencia a desbordar los moldes epistemológicos y metodológicos imperantes a fines de los años 80. Hay un número creciente de estudios que han combinado aproximaciones metodológicas cualitativas y cuantitativas, para investigar el fenómeno de la (s) Cultura (s) al interior de las organizaciones (Siehl & Martin, 1988; Williams, Dobson & Walters, 1989; Hofstede, Neuijen, Ohavy & Sanders, 1990; en Demicheli, 1999).

Acorde con las tendencias actuales de investigación en este campo, el presente estudio empleó metodología tanto cualitativa como cuantitativa en los distintos momentos de su ejecución. Para esto, el estudio utilizó como herramienta técnica central, el Sistema Galileo, un conjunto de programas computacionales para la medición de actitudes y creencias, el cual se describe en el apartado "Descripción del Sistema Metodológico Empleado".

Tipo de Investigación

El presente estudio contempló dos fases en su realización: 1) *Fase de Exploración*, en la cual mediante entrevistas en profundidad a algunos miembros de la Organización se examinó la variable en estudio. El producto obtenido de esta fase fue un conjunto de conceptos definitorios de la variable a investigar. 2) *Fase de Medición*, en la cual fueron medidos los conceptos obtenidos en la fase inicial mediante la aplicación de un cuestionario ad-hoc elaborado utilizando el Sistema Galileo. Como resultado de esta fase se obtuvo una representación gráfica de la variable en estudio en términos de creencias y actitudes.

Diseño de Investigación

El diseño utilizado en la presente investigación es de carácter *No Experimental*, en tanto no hubo manipulación intencionada de la variable en estudio.

En la fase exploratoria, se registraron descripciones verbales relativas a la percepción que poseen los funcionarios de su propia realidad organizacional.

El estudio realizado se define como *Transeccional Descriptivo*, en tanto utiliza un diseño que tiene como objetivo “describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). En este caso en particular, se trata de una investigación que tiene por finalidad aportar información significativa referida a la Cultura Organizacional de una Institución de Salud Pública de la V región.

Población

Los participantes que conforman la población en estudio son funcionarios Técnicos Paramédicos pertenecientes a los 11 Servicios Clínicos del Hospital Doctor Gustavo Fricke, institución base del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota (SSVQ).

La distribución de los funcionarios por Servicios estudiados es: Medicina (N = 38), Cirugía Adultos (N = 31), Cirugía Infantil (N = 14), Obstetricia y Ginecología (N = 29), Oftalmología (N = 4), Urología (N = 6), Traumatología Adultos (N = 13), Pediatría (N = 32), Traumatología Infantil (N = 5), Pensionado (N = 16) y Neonatología (N = 22).

De esta manera, la población del presente estudio se encuentra constituida por 210 funcionarios (N = 210).

Muestra

Para fines de realizar la presente investigación fue necesario emplear distintas unidades de análisis, en cada fase del estudio.

Fase 1: Realización de Entrevistas

Tipo de Muestra

La muestra sobre la cual se llevó a cabo esta fase del estudio es de *Tipo Probabilística*; esto implica que “todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). En este caso, los participantes, quienes se constituyen como unidades de análisis, se obtuvieron a partir de un procedimiento de selección aleatoria con reemplazo o “muestreo simple al azar” (en Festinger & Katz, 1993). Se determinó entrevistar al 10% de la población, es decir, el equivalente a 21 individuos.

Unidad de Análisis

Se ha definido como unidad de análisis de esta fase a cada individuo perteneciente al grupo de funcionarios Técnicos Paramédicos del Hospital Doctor Gustavo Fricke, a cada uno de los cuales se le realizó una entrevista en profundidad.

Criterios de Selección de la Muestra

Los criterios que se emplearon para la selección de los sujetos de la muestra 1 son:

- Pertenecer al Hospital Doctor Gustavo Fricke.
- Pertenecer a la categoría de Técnico Paramédico.
- Pertenecer a alguno de los 11 Servicio Clínicos de la Institución.

Muestra 1

Inicialmente, se estimó necesario realizar 21 entrevistas, que correspondían al 10% de la población total de funcionarios Técnicos Paramédicos; sin embargo, con el fin de aumentar el nivel de confiabilidad de los conceptos obtenidos en la fase exploratoria,

finalmente se realizaron 27 entrevistas que equivalen al 13% de la población total.

A continuación, se presenta la distribución por Servicio Clínico de los funcionarios entrevistados (Tabla N° 1 y Figura N° 2).

Servicio Clínico	Funcionarios Entrevistados
Cirugía Infantil	4
SOTI	1
SOTA	4
Pediatría	2
Cirugía Adultos	1
Oftalmología	2
Urología	2
Ginecología	4
Neonatología	4
Pensionado	1
Medicina	2
TOTAL	27

Tabla N° 1: Distribución Muestra 1 por Servicio Clínico

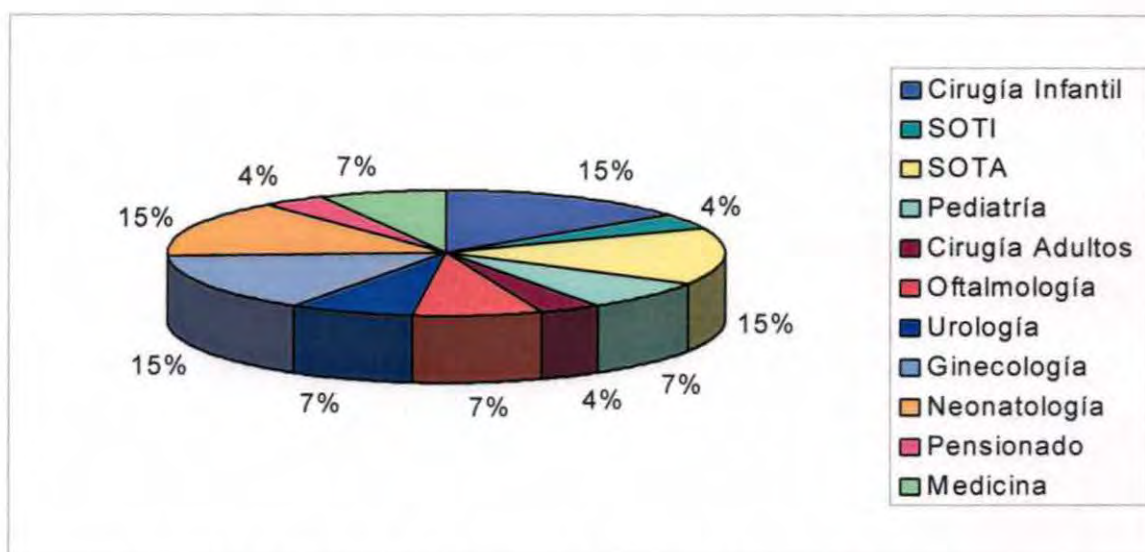


Figura N° 2: Distribución Porcentual de Muestra 1 por Servicio Clínico

Fase 2: Aplicación de Cuestionarios

Tipo de Muestra

En esta fase, se definió como muestra a la población total de funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos del Hospital Doctor Gustavo Fricke. Por lo anterior, no se establecieron procedimientos de muestreo, sino que se definieron criterios básicos de inclusión.

Unidad de Análisis

Se ha definido como unidad de análisis de esta fase a cada individuo perteneciente al grupo de funcionarios Técnicos Paramédicos del Hospital Doctor Gustavo Fricke, que respondió un cuestionario

Criterios de Participación

Los criterios que se emplearon para la participación de los sujetos en la fase 2 son:

- Pertenecer al Hospital Doctor Gustavo Fricke.
- Pertenecer a la categoría de Técnico Paramédico.
- Pertenecer a alguno de los 11 Servicio Clínicos de la Institución.
- Estar presente en el Servicio al momento de la evaluación.
- Aprobación del funcionario a participar en la investigación.

Muestra 2

Del total de 210 funcionarios paramédicos que trabajan en los 11 Servicios clínicos, finalmente 177 de ellos, equivalentes al 84% de la población, contestaron el cuestionario. De lo anterior se deduce que 33 funcionarios, equivalentes al 16% de la población, no participó en la fase de medición. De este último grupo, 14 funcionarios (7%)

se encontraban haciendo uso de licencias médicas durante el período de aplicación de los cuestionarios y 19 funcionarios (9%) no dieron su consentimiento para participar en la investigación.

Finalmente, la distribución de los participantes de la segunda fase fue la que a continuación se presenta en la Tabla N° 2 y Figura N° 3.

Servicio Clínico	N° Funcionarios Técnicos Paramédicos	Funcionarios Encuestados
Cirugía Infantil	14	14
SOTI	5	5
SOTA	13	12
Pediatría	32	31
Cirugía Adultos	31	21
Oftalmología	4	3
Urología	6	2
Ginecología	29	27
Neonatología	22	21
Pensionado	16	11
Medicina	38	30
TOTAL	210	177

Tabla N° 2: Distribución Muestra 2 por Servicio Clínico

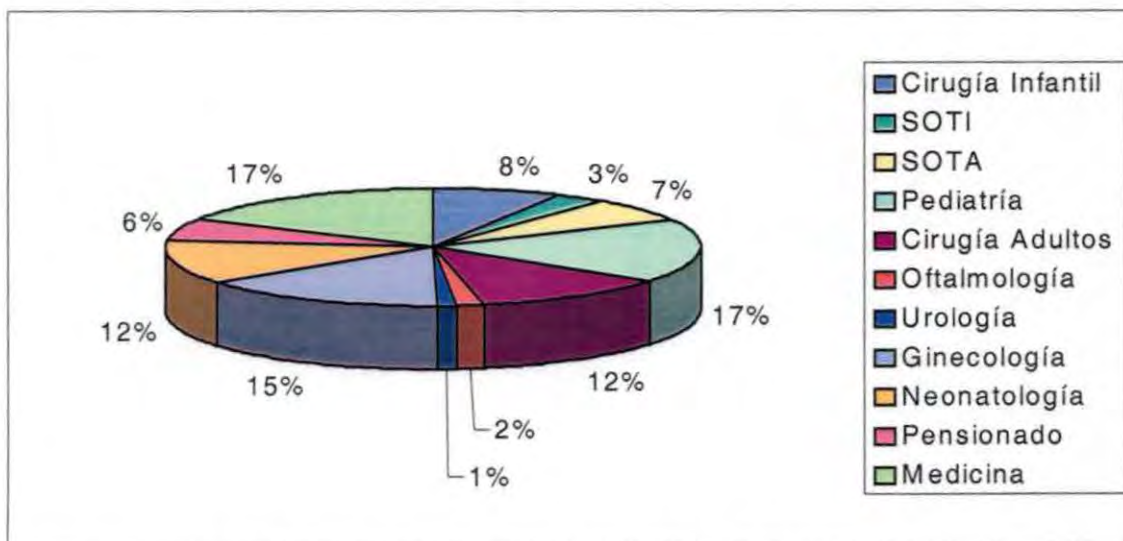


Figura N° 3: Distribución Porcentual Muestra 2 por Servicio Clínico

Ambiente

La presente investigación se efectuó en los 11 Servicios Clínicos con que cuenta el Hospital Doctor Gustavo Fricke, Institución perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota. Estos Servicios Clínicos son: Medicina, Cirugía Adultos, Cirugía Infantil, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Oftalmología, Urología, Traumatología Adultos, Traumatología Infantil, Pensionado y Neonatología.

El Hospital Doctor Gustavo Fricke es el centro hospitalario terciario, base de la red del Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota. La población que cubre dicha red asistencial se estima superior a 840.000 habitantes pertenecientes a las comunas de Viña del Mar, Con–Con, Quintero, Puchuncaví, Quilpué, Villa Alemana, Limache, Olmué, Quillota, La Calera, La Cruz, Nogales, Hijuelas, La Ligua, Cabildo, Papudo y Zapallar, de los cuales sólo el Hospital viñamarino tiene una población directamente asignada de 320.000 habitantes pertenecientes a las comunas de Viña del Mar y Con–Con (Hospital Doctor Gustavo Fricke, 1954; Revista Panorama Médico, 1999; www.ssvq.cl).

Por tratarse de un centro de nivel terciario o de “alta complejidad”, este Hospital recibe las derivaciones de mayor complejidad desde los niveles primarios y secundarios desde las distintas comunas que integran el Servicio de Salud, ya que es el único que cuenta con toda la infraestructura de apoyo y las especialidades médicas.

Actualmente, el Hospital dispone de una planta de aproximadamente 1.200 funcionarios, de los cuales 259 son médicos, 193 son profesionales no médicos, 455 son Técnicos Paramédicos (considerando los que trabajan en los Servicios Clínicos y a quienes laboran en las restantes 17 Unidades No Cínicas), 125 son administrativos y 175 son auxiliares (Fuente: Oficina de Personal Hospital Doctor Gustavo Fricke, Diciembre 2000).

Además de los 11 Servicios Clínicos anteriormente señalados, el Hospital cuenta con 5 Unidades de Apoyo Diagnóstico y 12 Unidades de Apoyo Terapéutico. Las

Unidades de Apoyo Diagnóstico son: Radiología, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Anatomía Patológica y Medicina Nuclear. Finalmente, las Unidades de Apoyo Terapéutico son las siguientes: Unidad de Emergencia Adultos, Unidad de Emergencia Infantil, Unidad de Emergencia Gineco – Obstétrica, Consultorio de Especialidades, UCI Adultos, Anestesia y Pabellones Quirúrgicos, Kinesiología y Terapia Ocupacional, UTI Cardiovascular, UCI Neonatológica, UCI Pediátrica, Odontología y Enfermería Domiciliaria.

En síntesis, se puede afirmar que el Hospital Doctor Gustavo Fricke corresponde a un Hospital de pacientes agudos, prioritariamente quirúrgicos, y que ha contado con el desarrollo de áreas médicas de alta complejidad en el último decenio, como son: Cirugía Oncológica, Cirugía Cardiovascular, Nefrología y Trasplante Cardíaco y Renal.

Definición de Variables

Variable Dependiente

Se definió como variable dependiente de este estudio a la Cultura Organizacional.

Definición conceptual

Conjunto de creencias, actitudes y valores implícitos comúnmente aceptados y compartidos por los integrantes de una organización, que se manifiesta en comportamientos y artefactos culturales propios de cada Organización.

Definición operacional

Representación colectiva que tienen los funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos del Hospital Doctor Gustavo Fricke acerca de ciertos atributos presentes en ella, la que se manifiesta en términos de las distancias que se establecen entre los conceptos presentes en el Mapa Galileo.

Tomando como referencia el instrumento metodológico empleado, la variable dependiente en estudio considera las siguientes 2 sub-variables:

1. Actitudes

Definición conceptual

Predisposición a responder a alguna clase de estímulo con cierta clase de respuesta que se especifica como afectiva (concernientes a sentimientos evaluativos de agrado o desagrado), cognitivas (concernientes a creencias, opiniones e ideas acerca del objeto de actitud) y conativas (concernientes a intenciones conductuales o tendencias de acción) (Rosenberg & Hovland, 1960; en Whittaker, 1990).

Definición operacional

Distancia existente entre el concepto "Usted" y cada uno de los distintos atributos (o conceptos) organizacionales que componen el Mapa Galileo.

2. Creencias**Definición conceptual**

Las creencias son todas aquellas proposiciones o ideas reconocidas como verdaderas por los miembros de un sistema cultural, independientemente de su validez objetiva, constituyen lo que se acepta como cierto (Andrade, 1991).

Definición operacional

Distancia existente entre los distintos pares de atributos (o conceptos) organizacionales que componen el Mapa Galileo.

Descripción del Sistema Metodológico Empleado

Sistema Galileo

La metodología básica que se empleó para realizar este estudio correspondió al "Sistema Galileo", un conjunto de programas computacionales que incluye herramientas para el análisis de contenido, elaboración de cuestionarios, análisis matemático y representación gráfica de los datos obtenidos (Woelfel & Fink, 1980). Acorde con las tendencias actuales de investigación (Demicheli, 1999), el Sistema Galileo representa un diseño mixto que emplea tanto metodología cualitativa como cuantitativa.

El Sistema Galileo fue diseñado como un instrumento para la medición de creencias, actitudes y patrones cognitivos. La lógica subyacente al "Sistema Galileo" no es nueva. Los psicometristas han conocido desde la década del 30, técnicas que en algún aspecto se asemejan al Sistema Galileo, las que corresponden a variaciones del llamado "escalamiento multidimensional". Al mismo tiempo, Galileo difiere de estos sistemas previos en varios aspectos importantes:

- En el Sistema Galileo los conceptos que definen el campo de significación (en este caso, los conceptos descritos como atributos que definen la Organización) son obtenidos directamente desde el grupo en estudio y no preestablecidos por el investigador.
- El Sistema Galileo ha sido específicamente diseñado para analizar grupos, más que individuos, lo cual lo hace particularmente útil para estudiar cambios en las creencias, actitudes y valorizaciones que involucren grupos de personas.
- Las interrelaciones entre los conceptos incluidos en el cuestionario son medidas a través del método de "pares comparados" originales de Thurstone y retomados por Woelfel & Fink (1980), los investigadores que desarrollaron el Sistema Galileo, e interrelacionadas con escalas de nivel racional de probada exactitud y precisión. Este tipo de medición es el más preciso que se conoce hasta ahora en psicometría.

- La precisión de las mediciones que suministran estos procedimientos, hace posible el uso de algoritmos enteramente métricos de escalamiento multidimensional para generar la representación gráfica o "Mapa Galileo". En la práctica, esto significa que el Mapa corresponde a una aproximación bastante exacta de las mediciones obtenidas.

El Sistema Galileo define a los procesos cognitivos y culturales como "cambios en las relaciones entre juegos de objetos o conceptos culturales" (Woelfel & Fink, 1980). Las "interrelaciones entre esos objetos son medidas mediante la estimación de magnitudes de pares comparados y el resultado son matrices desiguales que son ingresadas a un programa de medición escalar multidimensional" (Woelfel & Fink, 1980). El resultado de este trabajo "es que cada uno de los objetos culturales son representados como un punto en un *Espacio Reimann* o *Espacio Galileo* multidimensional" (Woelfel & Fink, 1980). Así, los procesos cognitivos y culturales "pueden ser definidos dentro de ese espacio de trabajo como los movimientos de esos objetos en relación a los otros objetos dentro del espacio" (Woelfel & Fink, 1980).

El Sistema Galileo se orienta, esencialmente, a trazar un "mapa mental" de la población estudiada, para lo cual sigue tres pasos procedimentales generales:

1. En primer lugar, identifica los principales conceptos que un grupo de personas utiliza en sus conversaciones cotidianas para referirse a un tema; es decir, se averigua qué conceptos usa ese grupo para comprender y definir un "x" tema con sus propias palabras. A fin de lograr esto, se escoge una muestra del grupo y se genera una para que se expresen con alguna extensión y profundidad acerca del tema en estudio. Se entiende que los conceptos que ellos usan con más frecuencia son los que les sirven para comprender y definir el tema en discusión. En el presente estudio, dicha instancia se generó mediante el uso de entrevistas en profundidad.

Para el manejo de la información obtenida en esta etapa, Galileo utiliza un

programa computacional complementario, que aplica la técnica "análisis de contenido" a las transcripciones de las entrevistas. Dicho software, denominado Cat-Pac, es un programa computacional que identifica las palabras de mayor frecuencia en un texto y determina el patrón de similitud entre ellas, basándose en su ocurrencia.

2. A continuación, en base a los conceptos relevantes obtenidos en la etapa anterior, el Sistema Galileo elabora un cuestionario computarizado utilizando comparaciones pareadas entre dichos conceptos. Luego, las personas interrogadas deben realizar estimaciones directas de la magnitud de las diferencias entre los pares propuestos. El formato tipo de las preguntas es: "si X y Z están a R unidades de distancia, ¿a qué distancia están A y B?". Este formato de pregunta permite, a quien responde, hacer su estimación usando cualquier número positivo, en lugar de verse forzado a elegir un punto en una escala fija de opciones, como ocurre con las típicas escalas de Diferencial Semántico (Muy de acuerdo, De acuerdo, etc.). Diversos investigadores (Danes & Woelfel, 1975; Wigand & Barnett, 1976; Barnett, Hamlin & Danowski, 1981; en Demicheli, 1999) han señalado ventajas para la medición que tienen las escalas de magnitud directa. Por ejemplo, al utilizar números reales, no introducen el error de 20% y 14% inicial propio de las escalas que discriminan sólo entre 5 ó 7 categorías respectivamente. A diferencia de dichas escalas, que sólo permiten discriminaciones gruesas, las de magnitud directa hacen posible mediciones mucho más precisas de cambio en el tiempo, especialmente cuando el rango de cambio es no lineal. Por otro lado, Danes & Woelfel (1975) y Gordon (1976) han reportado coeficientes de confiabilidad de entre .85 y .90 en estudios de opinión pública y de entre .93 y .99 en situaciones de control experimental, respectivamente para el uso de cuestionarios del Sistema Galileo.

Al darle a las personas todos los conceptos, de dos en dos, y al registrar las ordenaciones que de ellos hacen las personas, se obtiene una escala que más que como

distribución normal, se presenta como una variable racional continúa. Cada concepto adquiere una posición definible como puntaje Z, es decir, como fracciones de unidades de dispersión. Esta escala constituye una matematización muy precisa para un fenómeno inicialmente cualitativo. En principio, al responder a estas preguntas las personas emiten un juicio que incluye emocionalidad, cogniciones y disposición a actuar, en relación a los distintos atributos en un contexto general de comparación y/o relación con otros atributos.

3. Finalmente, el Sistema Galileo aplica un conjunto de algoritmos sobre la información obtenida en los cuestionarios. Como resultado de estos procesos algorítmicos, se obtiene una representación gráfica, matemáticamente precisa, en un espacio geométrico donde la distancia entre los individuos respondientes y los conceptos en estudio, representan las "actitudes" de las personas respecto al fenómeno en estudio. Por otra parte, las distancias expresadas por los respondientes en relación a los distintos conceptos, representan las "creencias" que ellos tienen respecto al fenómeno en investigación. Por lo tanto, ambas -actitudes y creencias- son las sub-variables que mide el Sistema Galileo.

Tal como se señaló, el Sistema Galileo corresponde al operador central de un conjunto de programas computacionales. Los programas que incluye el Sistema Galileo son: Programa Galileo, Programa Cat-Pac y Programa Thought View. La presente investigación, junto con emplear como metodología básica el Sistema Galileo, utilizó el programa computacional Concordance, como una herramienta anexa al sistema antes mencionado. Tanto los programas incluidos en el Sistema Galileo como el programa computacional Concordance son descritos a continuación.

Programa Cat-Pac

Cat-Pac es una red artificial de neuronas que ha sido optimizada para leer textos en formato ASCII. Cat-Pac es capaz de identificar las palabras de mayor frecuencia en un texto y determina el patrón de similitud entre ellas, basándose en su ocurrencia. Para lograr esto, el programa primero asigna una neurona a cada palabra del texto que se está analizando. Luego, realiza una lectura o revisión a través éste. Finalmente, cada neurona se activa a medida que encuentra en el texto una palabra igual o similar a ella, y también activa a la palabra que encontró, formando así, una red neuronal. Las conexiones entre las neuronas activadas se refuerzan, para que las palabras que están cerca una de otras en el texto tiendan a asociarse en la memoria de Cat-Pac.

Además, de entregar información en relación a las frecuencias de las palabras individualmente, Cat-Pac, entrega una matriz de frecuencia de pares de palabras, contenidas en el dendograma, que da cuenta del número de veces en que éstas se presentan asociadas en el discurso.

La Figura N° 4 presenta el menú de acceso a Cat-Pac.

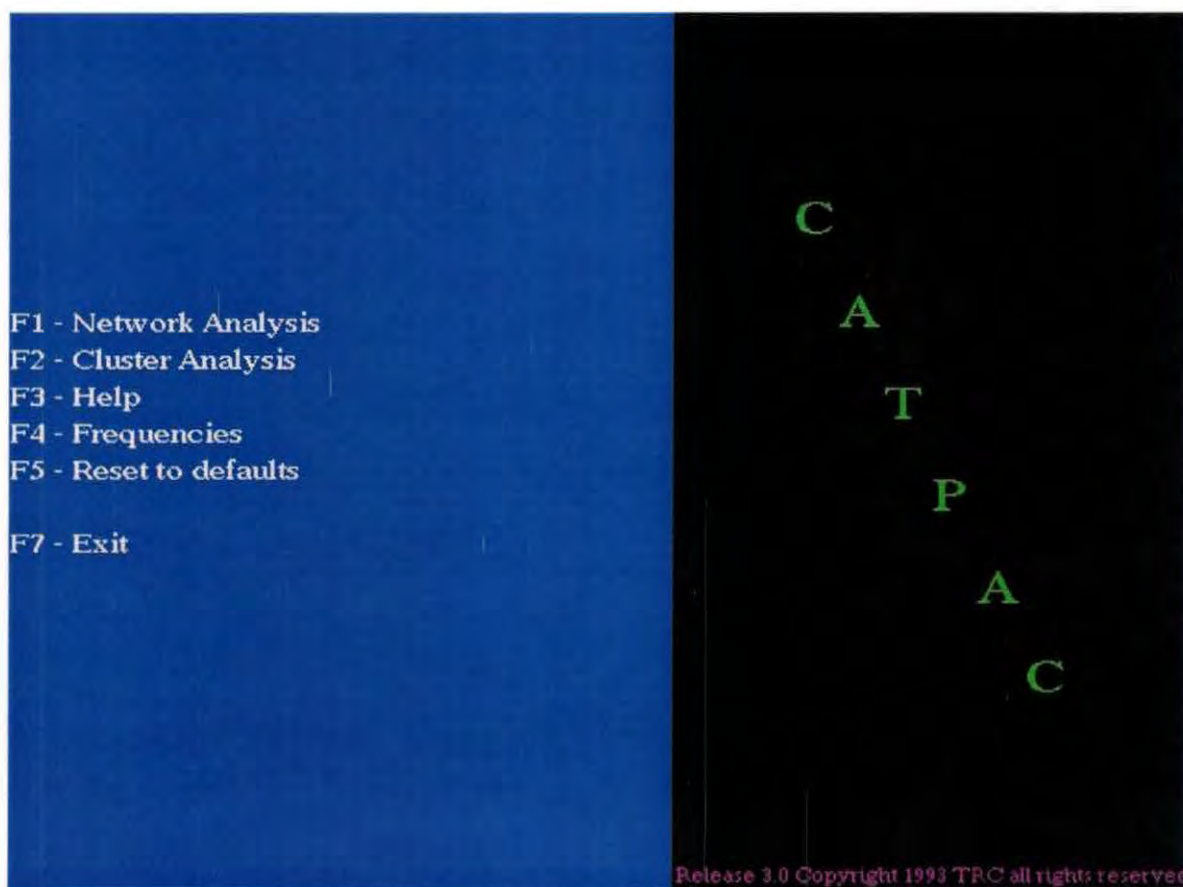


Figura N° 4: Menú de Ingreso al Programa Cat-Pac

El formato que Cat-Pac utiliza para la entrega de resultados es el Dendograma, el cual contiene las estadísticas básicas que describen las relaciones entre los conceptos que ocurren más comúnmente en el texto. La Figura N° 5 es un ejemplo de un dendograma.

CATPAC_PC v2.00

10/19/**

13:19:43

TITLE: muestral
 DATA FILE: \galileo\trans\trans1\trans1.txt

TOTAL WORDS 174
 TOTAL UNIQUE WORDS 13
 TOTAL WINDOWS 1043
 TOTAL LINES 144
 WINDOW SIZE 7
 SLIDE SIZE 1

DESCENDING FREQUENCY LIST

ALPHABETICALLY SORTED LIST

WORD	FREQ	PCNT	CASE		WORD	FREQ	PCNT	CASE	
			FREQ	PCNT				FREQ	PCNT
SERVICIO	23	13.2	150	14.4	BUENA	10	5.7	52	5.0
NIVEL	20	11.5	131	12.6	BUENO	14	8.0	75	7.2
PERSONAL	17	9.8	100	9.6	CARENCIA	10	5.7	59	5.7
DIRECTOR	15	8.6	91	8.7	COSAS	9	5.2	58	5.6
BUENO	14	8.0	75	7.2	DIRECTOR	15	8.6	91	8.7
MEJOR	14	8.0	93	8.9	GENERAL	12	6.9	73	7.0
GENERAL	12	6.9	73	7.0	HOSPITAL	11	6.3	68	6.5
HOSPITAL	11	6.3	68	6.5	MEJOR	14	8.0	93	8.9
PACIENTE	11	6.3	75	7.2	NIVEL	20	11.5	131	12.6
CARENCIA	10	5.7	59	5.7	PACIENTE	11	6.3	75	7.2
BUENA	10	5.7	52	5.0	PERSONAL	17	9.8	100	9.6
COSAS	9	5.2	58	5.6	SERVICIO	23	13.2	150	14.4
TIEMPO	8	4.6	50	4.8	TIEMPO	8	4.6	50	4.8

Figura N° 5: Ejemplo de Dendograma Realizado por Cat-Pac

Dentro de la información contenida en el primer grupo de estadísticas se encuentra: *"total de palabras"*, que corresponde a todas las palabras que fueron analizadas en el texto; *"total de palabras únicas"*, es el número total de palabras usadas en el análisis (corresponde al número de palabras que uno predeterminó como las más frecuentes que quería encontrar); *"total de episodios"*, es el número total de ventanas usadas en el análisis (Cat-Pac lee el texto en segmentos de 7 palabras a la vez, y cada uno de estos segmentos equivale a una ventana); *"total de líneas"*, es el número total de líneas existentes en el texto analizado.

El segundo grupo de estadísticas corresponde los conceptos, los cuales son ordenados por su frecuencia y alfabéticamente. Debajo de la columna FREQ se

encuentra el número de veces que una palabra particular se encuentra en el texto. Debajo de la palabra PCNT se encuentra el porcentaje de veces que las palabras individuales fueron usadas en el texto. El CASE FREQ indica el número total de ventanas en las que la palabra fue usada. El CASE PCNT es el porcentaje de ventanas que contienen una palabra en particular.

La columna derecha, en el dendograma, entrega exactamente la misma información que la columna izquierda, con excepción que las palabras únicas o palabras más frecuentes están ordenadas alfabéticamente para que sea más fácil su búsqueda.

Un aspecto importante de destacar de Cat-Pac es que permite la creación de un archivo de exclusión de términos, en el cual se pueden incluir palabras como: artículos, preposiciones, contracciones, adjetivos, adverbios, etc. Esto permite optimizar el análisis de Cat-Pac, y aumentar la velocidad del análisis al reducir el total de palabras a analizar. Al mismo tiempo, como Cat-Pac permite crear un archivo de exclusión de términos, también permite la inclusión de éstos, en base a los requerimientos del estudio y la intención de los propios investigadores de incorporarlos al análisis.

Como resultado de la aplicación del Programa Cat-Pac se obtienen los conceptos que para el grupo investigado definen y sirven para comprender el tema en estudio, conceptos que utilizará el Programa Galileo posteriormente para la construcción de un cuestionario de estimación de magnitud de pares comparados.

Programa Galileo

Mientras el Programa Cat-Pac realiza análisis de textos, el Programa Galileo esta orientado a la elaboración de cuestionarios, el análisis matemático y la representación gráfica de los datos obtenidos.



Figura N° 6: Menú Principal Programa Galileo

Tal como se aprecia en la Figura N° 6 el Programa Galileo tiene un menú con 20 opciones. Dieciocho de éstas corresponden a sub-programas ejecutables del Programa Galileo, cada uno de los cuales, cumple alguna función particular en el desarrollo de un estudio. Sin embargo, para realizar un estudio básico utilizando esta metodología, sólo basta ejecutar algunos de ellos.

A continuación se señalará algunos aspectos generales de cada uno de los programas que se emplearan en este estudio.



Programa 1: Set up a New Project o ELQM

Este programa corresponde al operador central del Programa Galileo, que coordina todos los sub-programas de él, junto con crear el directorio del estudio y todos los archivos necesarios para la realización de éste.

Programa 2: Write a Questionnaire o AQM

La principal función de este programa es confeccionar el cuestionario de estimación de magnitud de pares comparados, empleando para esto los conceptos o etiquetas obtenidos a partir de Cat-Pac. AQM básicamente se encarga de aparear todos los conceptos entre sí, incluir las instrucciones, las preguntas demográficas estándar y el par criterio.¹

Programa 3: Enter Data o SPED

Este constituye el principal sub-programa de ingreso de datos con que cuenta el Programa Galileo. SPED sólo requiere que el ingreso de datos de cada uno de los cuestionarios sea precedido por la asignación a cada respondiente de un código de identificación. Finalmente, el programa envía automáticamente las respuestas de cada participante a los archivos correspondientes.

Programa 7: Make a Galileo o MICROGAL

MICROGAL está encargado de leer los datos ingresados en el Programa 3 y calcular las coordenadas exactas para cada uno de los conceptos o etiquetas en el

¹ En terminología Galileo, *par criterio* corresponde a la distancia estándar que separa a dos conceptos, y que sirve de guía a los participantes en el proceso de establecer las unidades de distancia que separan a los pares de conceptos presentados en el cuestionario. Es importante señalar que la distancia estándar es determinada por los propios investigadores, y que busca ejemplificar la distancia máxima entre 2 puntos que puedan ser entendidos, por defecto, como polos opuestos. Un ejemplo de un par criterio es: "amor y odio están a 100 unidades de distancia".

espacio Reimann o Galileo. Por lo tanto, estas coordenadas son empleadas para trazar la representación gráfica de los datos. Además, de establecer las coordenadas, MICROGAL, calcula el error estándar de estimación para cada uno de los puntos que representará a una etiqueta. Estos errores de estimación pueden servir como una estimación de la incertidumbre alrededor de la ubicación específica de los puntos. En la representación grafica, el error estándar corresponde al diámetro de la esfera que representa el concepto en el Mapa Galileo.

Una vez que se ha ejecutado este programa, es posible tener acceso al Mapa, utilizando para ello el Programa Thought View

Programa 9: Make Tables o TABLES

Básicamente, este sub-programa confecciona una tabla que entrega la distancia media que existe entre todas las posibles combinaciones de pares de conceptos del espacio Galileo. A partir de estas distancias, finalmente, se establecen las interpretaciones respecto de las creencias y actitudes existentes en relación al objeto de estudio.

Programa Concordance

La presente investigación empleó el programa Concordance como una herramienta de optimización del dendograma proporcionado por el programa Cat-Pac, puesto que Concordance permite conocer el contexto en que los conceptos del dendograma fueron empleados en el discurso. De esta manera, el programa permite verificar la utilización que en el discurso se dio a conceptos que pudieran tener más de una significación.

Concordance es un programa computacional que permite realizar un análisis de frecuencia de la ocurrencia de las palabras en un texto, es decir, "lee" el texto, el cual

entender el contexto en el que fue utilizada una palabra es aún mayor, Concordance tiene la capacidad de abrir una nueva ventana, con la totalidad del texto en cuestión, para ofrecer una lectura más amplia y detallada.

Finalmente, Concordance ofrece la posibilidad de abrir un editor de texto, el que permite modificarlo si fuese necesario.

Programa Thought View

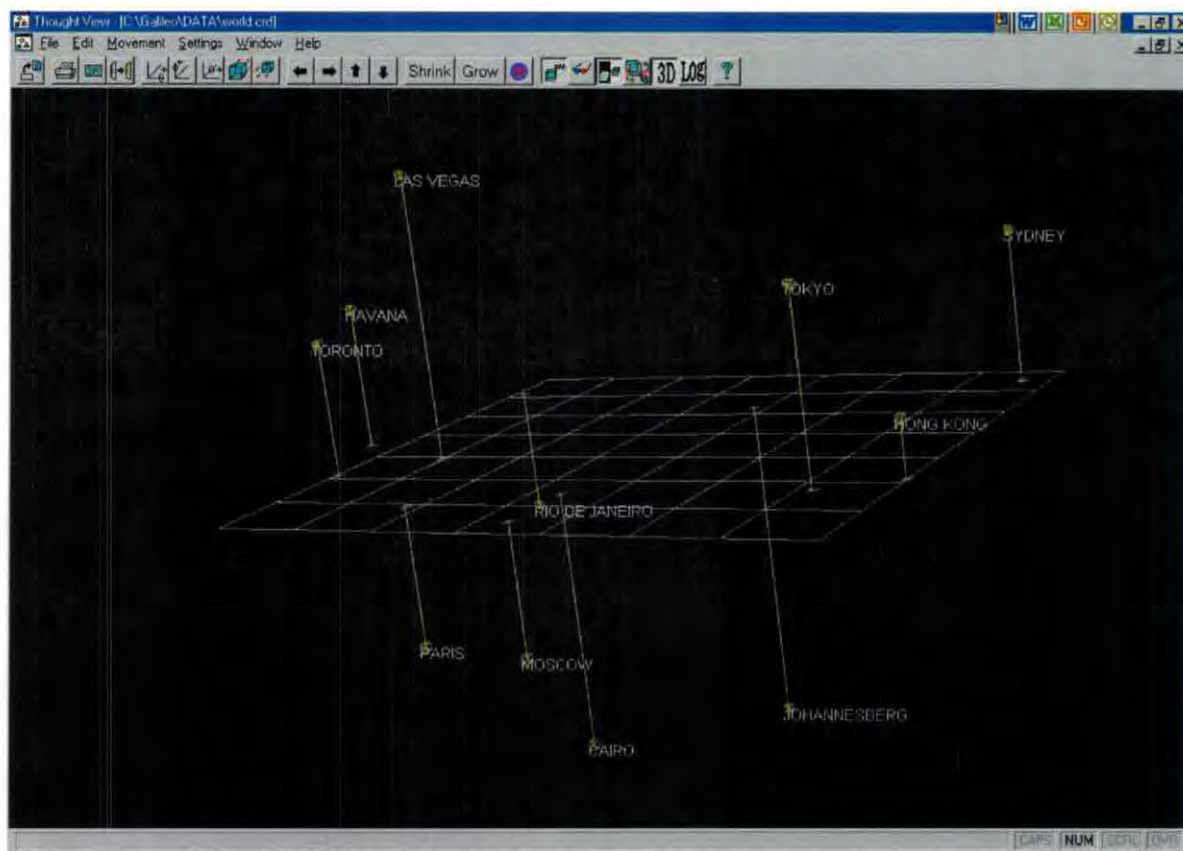


Figura N° 8: Ejemplo de un Mapa Galileo trazado por Thought View

Thought View (Figura N° 8) es un programa que permite trazar un gráfico a partir de los datos de coordenadas que entrega Galileo en formato *.crd*, y generar una representación gráfica conocida como "Mapa Galileo", permitiendo la configuración de las

características de su visualización. Dentro de estas posibilidades se encuentran las siguientes:

- Capacidad de cambiar el ángulo del Mapa en 3 ejes distintos simultáneamente en el modo 3D, y en 2 ejes para el modo 2D.
- Acercar y alejar el grafico según la disposición de las etiquetas.
- Acomodar el grafico al tamaño del monitor.
- Mostrar gráficamente la desviación estándar mediante el diámetro de la figura que representa el punto de la coordenada (cubo para 3D, círculo para 2D).
- Generar una representación 3D del gráfico.
- Aplicar transformación logarítmica directamente al gráfico.
- Configurar las fuentes y colores de cada objeto de la representación (red de fondo, puntos de ubicación de las etiquetas, etiquetas, fondo de pantalla).

Desarrollo de la Investigación

En términos generales, el desarrollo de la investigación contemplo las siguientes 3 fases:

Fase 1: Realización de Entrevistas

Durante la fase 1 de evaluación, los funcionarios fueron contactados y citados a una entrevista en un lugar facilitado por el Hospital para ese fin. Previo a realizar las entrevistas, fueron aclarados los objetivos de la investigación y la utilización que se haría con la información obtenida. Posteriormente, se desarrollaron las entrevistas en base a la pregunta central de esta etapa del estudio: *“¿Cuáles son, en su opinión, las principales características, los principales atributos, que definen o describen al Hospital Doctor Gustavo Fricke?”*.

Como ya se mencionó, se entrevistaron 27 funcionarios Técnicos Paramédicos. La duración de cada entrevista fue aproximadamente de 20 minutos, y la duración total de esta fase fue de 1 mes.

El producto de esta etapa es el cuestionario de pares comparados, en este caso en particular, pares comparados de atributos organizacionales. A continuación, se explica en detalle como se obtuvo el mencionado cuestionario.

Elaboración del Cuestionario

La elaboración del cuestionario consideró los siguientes pasos:

Paso 1: Aplicación de Cat-Pac

Una vez realizadas las transcripciones de las 27 entrevistas, se procedió a aplicar el programa Cat-Pac, a partir del cual, se obtuvo un dendograma con los conceptos que se presentaron con mayor frecuencia en el discurso de los funcionarios Técnicos Paramédicos entrevistados.

Debido a la limitación del Programa Cat-Pac de procesar un número superior a 3500 de palabras, se debió dividir el texto en 2 partes. Como resultado de esto se obtuvieron los siguientes 2 dendogramas (Figura N° 9 y N° 10).

```

CATPAC_PC v2.00

TITLE:   hosp1
DATA FILE: \galileo\transcp\cpmitad\mitad1.txt

TOTAL WORDS      1510
TOTAL UNIQUE WORDS  19
TOTAL WINDOWS    8923
TOTAL LINES      1241
WINDOW SIZE      7
SLIDE SIZE       1

|  DESCENDING FREQUENCY LIST                                ALPHABETICALY SORTED LIST

WORD              CASE CASE  WORD              CASE CASE
FREQ PCNT FREQ PCNT FREQ PCNT FREQ PCNT
-----
GENTE             192 12.7 1131 12.7  ATENCION          56  3.7  352  3.9
HOSPITAL          149  9.9  966 10.8  BUENA             50  3.3  309  3.5
PACIENTE          112  7.4  691  7.7  BUENO             72  4.8  437  4.9
PACIENTES         112  7.4  705  7.9  COMPA             54  3.6  350  3.9
COSAS             96  6.4  620  6.9  COSAS            96  6.4  620  6.9
TRABAJO           93  6.2  617  6.9  FALTA            67  4.4  384  4.3
SERVICIO          87  5.8  549  6.2  GENTE            192 12.7  *** 12.7
BUENO             72  4.8  437  4.9  HOSPITAL         149  9.9  966 10.8
FALTA            67  4.4  384  4.3  PACIENTE         112  7.4  691  7.7
PERSONAL          67  4.4  399  4.5  PACIENTES        112  7.4  705  7.9
ATENCION          56  3.7  352  3.9  PERSONA          48  3.2  303  3.4
SERVICIOS         56  3.7  365  4.1  PERSONAL         67  4.4  399  4.5
PROBLEMAS        56  3.7  338  3.8  PROBLEMAS        56  3.7  338  3.8
COMPA            54  3.6  350  3.9  RECURSOS        47  3.1  283  3.2
TIEMPO           51  3.4  338  3.8  SERVICIO         87  5.8  549  6.2
BUENA            50  3.3  309  3.5  SERVICIOS        56  3.7  365  4.1
PERSONA          48  3.2  303  3.4  TIEMPO          51  3.4  338  3.8
RECURSOS        47  3.1  283  3.2  TRABAJO          93  6.2  617  6.9
UCI              45  3.0  260  2.9  UCI              45  3.0  260  2.9

```

Figura N° 9: Dendograma Mitad 1

CATPAC_PC v2.00

TITLE: hosp
 DATA FILE: \galileo\transcp\cpmitad\mitad2.txt

TOTAL WORDS 1533
 TOTAL UNIQUE WORDS 20
 TOTAL WINDOWS 7766
 TOTAL LINES 1215
 WINDOW SIZE 7
 SLIDE SIZE 1

DESCENDING FREQUENCY LIST

WORD	FREQ	PCNT	CASE	
			FREQ	PCNT
HOSPITAL	170	11.1	1018	13.1
GENTE	154	10.0	933	12.0
TRABAJO	128	8.3	770	9.9
COSAS	125	8.2	781	10.1
SERVICIO	103	6.7	652	8.4
BUENO	102	6.7	641	8.3
PACIENTES	91	5.9	563	7.2
PACIENTE	75	4.9	458	5.9
SERVICIOS	62	4.0	374	4.8
PERSONAL	58	3.8	346	4.5
TRABAJAR	55	3.6	325	4.2
PROBLEMAS	54	3.5	339	4.4
FALTA	52	3.4	319	4.1
COMPA	51	3.3	322	4.1
MEJOR	49	3.2	321	4.1
PERSONAS	46	3.0	302	3.9
ATENCION	45	2.9	306	3.9
BUENA	41	2.7	263	3.4
SALA	39	2.5	228	2.9
MEDICOS	33	2.2	209	2.7

ALPHABETICALY SORTED LIST

WORD	FREQ	PCNT	CASE	
			FREQ	PCNT
ATENCION	45	2.9	306	3.9
BUENA	41	2.7	263	3.4
BUENO	102	6.7	641	8.3
COMPA	51	3.3	322	4.1
COSAS	125	8.2	781	10.1
FALTA	52	3.4	319	4.1
GENTE	154	10.0	933	12.0
HOSPITAL	170	11.1	***	13.1
MEDICOS	33	2.2	209	2.7
MEJOR	49	3.2	321	4.1
PACIENTE	75	4.9	458	5.9
PACIENTES	91	5.9	563	7.2
PERSONAL	58	3.8	346	4.5
PERSONAS	46	3.0	302	3.9
PROBLEMAS	54	3.5	339	4.4
SALA	39	2.5	228	2.9
SERVICIO	103	6.7	652	8.4
SERVICIOS	62	4.0	374	4.8
TRABAJAR	55	3.6	325	4.2
TRABAJO	128	8.3	770	9.9

Figura N° 10: Dendograma Mitad 2

Paso 2: Criterios de Selección de Etiquetas

A partir de los resultados obtenidos en el dendograma de Cat-Pac, se establecieron 4 criterios para obtener las etiquetas que serían incluidas en el cuestionario. Esto fue establecido para precisar las etiquetas en términos de su significado y uso en el discurso.

A continuación se exponen los 4 criterios empleados, junto con presentar las etiquetas² que se obtuvieron a partir de cada uno de ellos.

² El Programa Galileo utiliza el término etiqueta para referirse a las distintas palabras y/o frases que dan cuenta de los principales conceptos que un grupo de personas utiliza para referirse, comprender y definir un "x" tema. El mismo término se emplea para referirse a los conceptos y/o frases presentados en el cuestionario, y posteriormente, en el Mapa Galileo.

Frecuencia

Las etiquetas se establecieron a partir de la frecuencia neta presentada por un concepto en el dendograma, además de ser entendida, por sí misma, como un atributo organizacional. La única etiqueta determinada a través de este criterio fue "Hospital Actual"

Frecuencia - Matriz

Como se mencionó anteriormente, Cat-Pac, junto con entregar un dendograma en el cual se presentan las frecuencias de forma individual para cada etiqueta, entrega una matriz de frecuencia de pares de etiquetas, que da cuenta del número de veces en que estos pares se presentan asociados en el discurso.

En base a este criterio se establecieron etiquetas compuestas por las palabras más frecuentes (a partir del dendograma) y los pares de palabras más frecuentes (a partir de la matriz). Las etiquetas establecidas a través de este criterio fueron: "Déficit de insumos"; "Déficit de Personal"; "Buena Calidad de Atención" y "Trabajo a Presión"

Diferenciación

Este criterio se empleó para diferenciar aquellas etiquetas entregadas por el dendograma en las cuales no quedaba claro el uso que se le estaba dando a éstas. Debido a ello, fue necesario conocer el contexto dentro del cual éstas se utilizaban, para lo cual se recurrió al Programa Concordance, el cual permitió acceder al contexto donde fue utilizado el concepto, y así, determinar con exactitud el uso que se le estaba dando en el discurso.

Los conceptos analizados mediante este programa fueron: "gente", "servicio", "personal", "compañeros" y "persona".

Como resultado de este proceso se establecieron las siguientes etiquetas: "Su Servicio", "Problemas Interpersonales", "Vocación de Servicio", "Funcionarios Técnicos

Paramédicos”, “Profesionales Médicos”, “Profesionales No Médicos”, “Funcionarios Administrativos” y “Usuarios”.

Inclusión

Mediante este criterio fueron incluidas 3 etiquetas. La inclusión de éstas responde a requerimientos metodológicos y a intereses particulares de los investigadores.

La etiqueta “Usted” se incluye por los requerimientos de la metodología Galileo misma, en el sentido de establecer la variable “actitud”, que se genera a partir de la distancia entre esta etiqueta y cada uno de los atributos en el Mapa Galileo.

La etiqueta “Dificultades Económicas del Hospital”, fue incorporada considerando que, a pesar de no presentar una frecuencia significativamente alta en el dendograma, apareció como un concepto que estuvo presente en la casi totalidad de las entrevistas.

La etiqueta “Hospital Ideal”, fue incluida por los investigadores con el objetivo de contrastar la percepción que los funcionarios Técnicos Paramédicos establecían entre la situación hospitalaria ideal y la situación actual.

Finalmente, se establecieron las siguientes etiquetas:

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. Hospital Actual | 10. Funcionarios Técnicos Paramédicos |
| 2. Buena Calidad de Atención | 11. Profesionales Médicos |
| 3. Déficit de Insumos | 12. Profesionales No Médicos |
| 4. Déficit de Personal | 13. Funcionarios Administrativos |
| 5. Vocación de Servicio | 14. Dificultades Económicas del Hospital |
| 6. Problemas Interpersonales | 15. Hospital Ideal |
| 7. Trabajo a Presión | 16. Usted |
| 8. Usuarios | |
| 9. Su Servicio | |

Paso 3: Construcción del Cuestionario

Una vez determinadas la etiquetas, se utilizó el Programa "Write a Questionnaire o AQM", opción 2 del Programa Galileo, para confeccionar el Cuestionario definitivo.

(Anexo 1)

Fase 2: Aplicación de Cuestionarios

Durante la fase 2 de la evaluación, se realizó la administración del cuestionario obtenido a partir de la fase 1 a un total de 177 Técnicos Paramédicos.

Previo a la aplicación del cuestionario a la totalidad de la población, se realizó una fase de prueba del instrumento, con el objetivo de verificar la claridad y comprensión de las instrucciones y del cuestionario. A partir de esta prueba, se estableció la necesidad de contar con un formato estándar para la solución de dudas con respecto a los pares comparados que resultaban poco comprensibles.

Dependiendo de la disponibilidad de los funcionarios, la modalidad de aplicación fue grupal o individual y se llevó a cabo en los respectivos Servicios Clínicos. Los investigadores permanecieron en el lugar de evaluación para dirigir el desarrollo del proceso, o bien, para responder consultas, utilizando para ello un formato estándar de solución de dudas, el que es presentado a continuación:

Ayudas para la aplicación del cuestionario

Para evitar o aclarar las dudas que se presentaran en la resolución del cuestionario se aplicaron las siguientes ayudas:

1. Previo a que se contestara el cuestionario, se hizo referencia a algunos ejemplos tomando como referencia las posibles distancias que se podían dar entre los miembros de una familia, como por ejemplo, la cercanía entre "yo" y "mis padres" contrastándola con la distancia entre "yo" y "algún primo" u otra.

2. Ante consultas sobre la naturaleza de la distancia entre las etiquetas se recurrió a 3 tipos de explicaciones, que fueron entregadas de la siguiente forma:
 - Qué tan cerca o tan lejos cree usted que están x de y (donde x e y representan algunas de las etiquetas).
 - Qué tan relacionadas están las etiquetas x e y (sí existe una relación "cercana" la distancia sería menor; si es una relación "lejana", la distancia sería mayor).
 - En qué grado afecta la etiqueta x a la etiqueta y , o viceversa (sí se afectan mucho, estarían más cerca; de lo contrario, estarían más bien lejos).
3. Otra opción que resultó útil a la hora de aclarar dudas, se basó en recomendar que en cada Cuestionario se anotara la siguiente formula, de manera que se recurriera a ésta cada vez que se presentara una dificultad al responder:

Cerca = número bajo

Lejos = número alto

Junto con explicar las instrucciones para contestar el cuestionario, se enfatizó que había pares comparados orientados a indagar sobre la visión del Hospital a nivel global, al Servicio, al grupo de los funcionarios Técnicos Paramédicos del Hospital y a ellos individualmente.

La duración de la administración del cuestionario fue de aproximadamente 35 minutos por persona. La duración de esta fase fue 1 ½ mes.

Fase 3: Tabulación y Procesamiento de los Datos

Una vez finalizada la aplicación de los Cuestionarios, se utilizó el Programa "Enter Data o SPED", opción 3 del Programa Galileo, para ingresar los datos obtenidos en la fase previa, a partir de los cuales, el Sistema Galileo, confecciona el Mapa empleando para ello el Programa "Make a Galileo o MICROGAL", opción 7 del referido Programa.

Este último programa, tal como se mencionó, proporciona las coordenadas para la ubicación de cada una de las etiquetas en el Mapa, así como también, la desviación estándar de cada uno de los conceptos representados por ellas.

Por último, se empleó el Programa "Make Tables o TABLES", opción 9 del Programa Galileo, las distancias existentes entre las 16 etiquetas expuestas en el Mapa.

El producto final de esta fase es el "Mapa Galileo". Utilizando el Programa Thought View es posible tener acceso visual a dicho Mapa.

IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Previo a la presentación de los resultados, es necesario señalar que el Mapa Galileo no es una representación exacta de la realidad, sino una aproximación confiable de ésta. Debido a ello, es posible observar pequeñas incongruencias entre los datos numéricos que representan las distancias medias entre las etiquetas y las distancias representadas en el espacio del Mapa Galileo. Lo anterior se explica porque Thought View representa el Mapa tratando de mantener cada etiqueta en su coordenada original, pero a su vez trata de conservar la distancia que ella tiene en relación con las demás etiquetas. Este procedimiento se repite con cada una de ellas, por lo que en términos de la representación gráfica, se produce una acomodación de las etiquetas en el espacio Galileo.

Resultados

Con el fin de elaborar el Mapa Galileo, Thought View necesita leer el archivo de coordenadas que se obtuvo tras la aplicación del Programa 7: Make a Galileo.

El archivo de coordenadas (Figura N° 11) contiene las coordenadas o puntos que determinan la ubicación de cada etiqueta en el Mapa. Estos puntos se obtienen a partir de las distancias medias entre pares de etiquetas. Los valores allí expresados por una parte señalan la ubicación original que deberá ocupar cada una de las etiqueta en el Mapa Galileo, pero a su vez están representadas las distancias a las que se deberían encontrar cada una de las otras quince para mantener la ubicación original de cada una y las relaciones de distancia que se establecen entre ellas.

Junto con entregar la ubicación para cada una de las etiquetas en el Espacio Galileo, el Programa Make a Galileo señala el error estándar de estimación para cada una de estas coordenadas (Tabla N° 3).

(6F12.4)	16	12	16			
-13.3866	9.0856	16.2636	-18.5050	-14.6398	-19.7887	
-4.3732	-3.1946	.9182	-2.0693	-1.1717	.8260	
.1958	-2.7630	.7649	-15.7188			
58.2111	1.5737	-4.2892	.1012	1.5302	-2.9619	
-3.6330	3.7308	1.3433	-2.8471	.2877	.9787	
.0340	-3.3757	-19.9147	4.2848			
-8.0402	-10.2037	-23.6528	4.1924	7.3660	1.0280	
-.4445	-7.8659	12.9557	-3.0132	-1.4427	-.7277	
-.2198	-1.6998	-1.1042	-15.2338			
15.5460	-12.0010	22.1268	-7.0976	-18.3358	21.9640	
3.9089	-1.3432	3.7728	1.8374	-.0345	-1.2914	
-.2596	.1740	-1.1234	-2.6295			
9.3584	15.8523	24.3145	30.2764	7.6999	-7.2859	
4.9163	-1.9369	.4721	1.0490	.4847	-.5045	
.3417	-.8968	3.8731	-8.8586			
6.1940	23.4126	4.8509	-19.6311	24.6002	10.5982	
-2.1166	-1.4676	-1.4027	.9877	.3490	-.1029	
.5053	6.1104	2.1072	-6.6967			
-4.3282	-10.5550	-10.6785	1.6890	-4.2568	.1785	
2.0789	-1.2376	-8.3783	-4.3235	8.1099	-.1757	
-.2277	2.1862	-.4629	-13.0999			
-2.0732	-9.9513	-6.9629	3.4462	2.5078	6.3262	
1.6625	2.7336	-12.7604	-3.5381	-6.6566	-.1945	
-.2147	-3.3172	2.0800	-10.9679			
-2.0638	-19.4764	.5460	2.6279	4.8763	4.4657	
-1.0088	-3.6245	-.2370	10.0221	.5986	2.7028	
-.4203	-1.9602	6.1527	-1.2852			
-24.5075	-6.8899	5.0961	10.7332	-3.0353	-.0555	
-18.6733	-.3337	-.9794	.4043	-1.0562	-.3356	
-.1488	8.5567	-11.5417	8.3587			
-23.2941	2.9673	-4.6530	-.4131	-3.8606	-3.8820	
18.7075	5.7671	2.5134	.6766	-1.3879	.7893	
.0642	7.6825	-12.9547	3.7003			
-16.4754	12.9583	-13.0939	-3.1584	-1.3101	-3.0367	
-1.9857	6.3123	-1.4340	9.8472	1.3112	-1.6994	
.2799	-8.1768	-6.7710	1.3703			
12.2982	-7.5502	-3.4101	-.3141	-.8370	-4.8580	
-4.0750	15.7277	5.3869	-1.5175	.2431	-.0953	
-.1629	3.0848	21.0570	.3070			
-3.7585	31.0489	-15.7067	6.8708	-15.8507	11.4709	
-1.4829	-4.2893	-.0525	-3.1489	-.0781	1.0408	
.6706	-1.4264	9.8766	14.0439			
25.0350	-9.6626	-6.2556	-6.1555	-.2713	-15.7333	
4.5250	-9.6640	-3.6404	2.4796	-1.0198	-1.2916	
-.2085	3.7745	8.4534	20.1286			
-28.7152	-10.6086	15.5049	-4.6623	13.8169	1.5706	
1.9939	.6860	1.5225	-6.8465	1.4634	.0813	
-.2291	-7.9532	-.4924	22.2966			

Figura N° 11: Archivo de Coordenadas

Etiqueta	Error Estándar de Estimación
Hospital Actual	1.103
Hospital Ideal	1.016
Funcionarios Técnicos Paramédicos	1.100
Profesionales Médicos	1.149
Profesionales No Médicos	1.147
Funcionarios Administrativos	1.146
Usted	1.035
Su Servicio	1.054
Usuarios	1.091
Déficit de Insumos	1.139
Déficit de Personal	1.173
Trabajo a Presión	1.170
Buena Calidad de Atención	1.049
Problemas Interpersonales	1.198
Vocación de Servicio	1.129
Dificultades Económicas del Hospital	1.133

Tabla N° 3: Errores Estándar de Estimación de Coordenadas

Al analizar los errores de estimación es posible concluir que estos fueron poco significativos y, por lo tanto, la dispersión de los resultados dados por lo participantes fue mínima. A raíz de esto, es posible afirmar que existió consenso en la determinación de las coordenadas.

Los errores estándar de estimación se representan en el Mapa como el diámetro de la circunferencia que ubica a cada etiqueta en la gráfica.

Finalmente, la Figura N° 12 y N° 13 y la Tabla N° 4 dan cuenta de los productos obtenidos tras la aplicación del Sistema Galileo.



Figura N° 12: Vista 2D del Mapa Galileo Mediante Programa Thought View

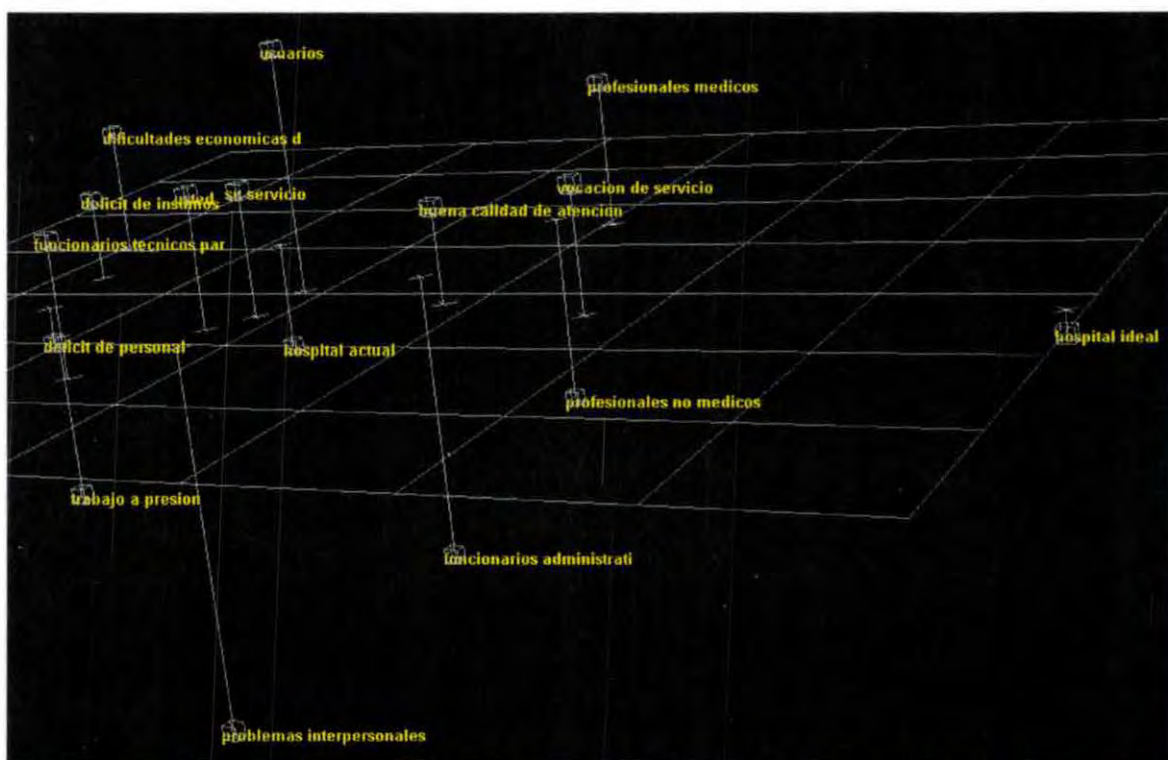


Figura N° 13: Vista 3D del Mapa Galileo Mediante Programa Thought View

	Hospital Actual	Hospital Ideal	Técnicos Paraméd.	Médicos	No Médicos	Funcion. Administ.	Su Servicio	Usted	Usuarios	Déficit Insumos	Déficit Personal	Trabajo a Presión	Buena Calidad Atención	Problem. Interpers.	Vocación de Servicio
Hospital Ideal	76.0														
Técnicos Paramédicos	60.1	67.2													
Médicos	56.0	59.0	62.4												
No Médicos	61.0	61.3	65.0	61.0											
Funcionarios Administrativos	55.2	61.1	57.0	61.4	59.4										
Su Servicio	53.0	59.0	34.0	47.2	55.0	50.0									
Usted	48.0	60.4	30.1	49.0	57.0	55.0	18.0								
Usuarios	50.4	61.0	29.3	43.0	54.0	53.3	22.2	22.0							
Déficit Insumos	35.3	85.0	33.0	57.0	50.2	59.3	26.3	27.0	27.3						
Déficit Personal	35.0	84.0	32.1	58.4	54.0	54.2	28.3	26.3	35.1	42.0					
Trabajo a Presión	38.2	76.1	33.1	62.3	57.0	43.2	33.0	28.0	39.0	33.0	22.0				
Buena Calidad Atención	42.0	25.1	29.0	40.2	49.0	48.0	21.0	18.0	28.3	31.0	29.0	27.0			
Problemas. Interpersonales	48.0	67.0	41.0	60.4	54.4	49.0	41.4	37.0	57.0	49.0	39.3	29.0	51.0		
Vocación de Servicio	39.0	25.2	28.4	46.4	50.0	49.2	24.1	16.1	32.3	57.0	49.3	46.0	24.4	62.0	
Dificultades Económicas Hospital	26.4	87.3	30.0	54.0	51.0	44.3	24.1	21.1	29.0	24.0	25.0	41.0	40.0	65.4	62.3

Tabla N° 4: Tabla de Distancias Medias de Creencias y Actitudes³

³ Las cifras contenidas en la tabla N° 4 están expresadas en términos de "unidades de distancia". Cada vez que se haga referencia a estas cifras deben entenderse bajo estos términos la Tabla, las 5 distancias menores se destacan con y las 5 mayores con .

Clasificación de Resultados

Pese a que se señaló que la representación gráfica es una aproximación de las distancias medias reales entre las distintas etiquetas, ambos, mapa y puntajes, deben ser considerados para la realización de un análisis.

Tal como se observa en la Figura N° 14 múltiples son las posibilidades de combinación que se pueden realizar a partir de la información contenida en el mapa y las tablas.

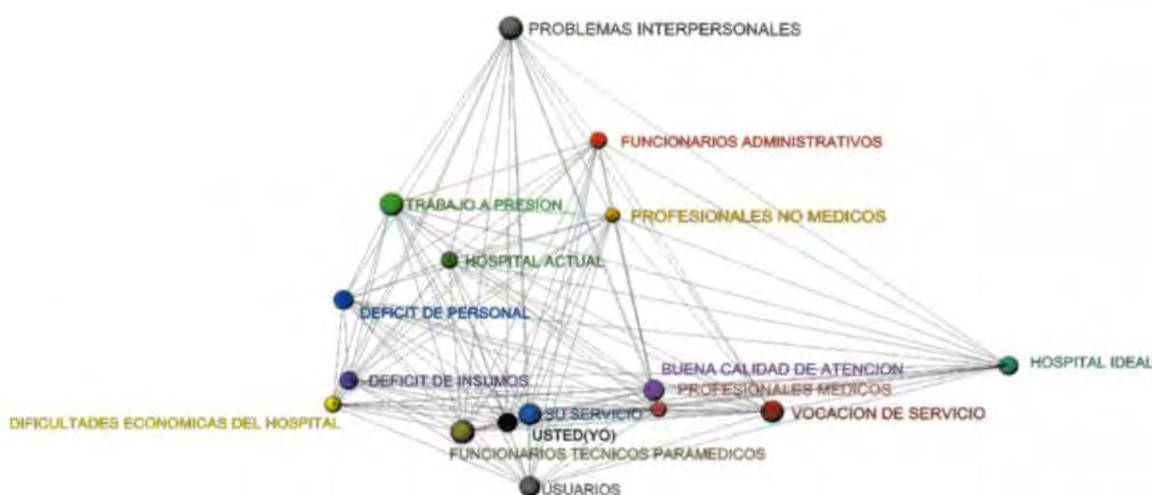


Figura N° 14: Posibilidades de Análisis de Creencias y Actitudes

Ante la complejidad de realizar un análisis considerando todas las posibilidades manifestadas en la Figura N° 14, resulta adecuado establecer criterios de clasificación de los resultados, que facilitarán la posterior interpretación de los datos.

1. Tipos de Etiquetas

Se definieron 3 tipos generales de etiquetas

- **Actores:** Profesionales Médicos, Profesionales No Médicos, Funcionarios Administrativos, Usuarios, Funcionarios Técnicos Paramédicos, Usted.
- **Características/Condiciones:** Se pueden dividir en positivas y negativas
Positivas: Vocación de Servicio, Buena Calidad de Atención
Negativas: Déficit de Insumos, Déficit de Personal, Problemas Interpersonales, Trabajo a Presión, Dificultades Económicas del Hospital.
- **Escenarios:** Hospital Ideal, Hospital Actual, Su Servicio.

2. Creencias - Actitudes

Se extrajeron de la tabla general las secciones referidas a:

Creencias

Creencias Actores - Características Positivas

Creencias Actores - Características Negativas

Creencias Actores - Escenarios

Creencias Características - Escenarios

Actitudes

3. Díadas – Tríadas

Considera relaciones entre 2 o 3 etiquetas, éstas pueden pertenecer o no al mismo tipo de etiqueta.

Todos estos criterios tienen la particularidad de contenerse unos a otros y su objetivo es facilitar la presentación de resultados y la interpretación de estos.

Objetivo 1

Establecer las actitudes que los funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos tienen respecto de los principales atributos de la Cultura Organizacional del Hospital Doctor Gustavo Fricke.

En primer lugar, es necesario tener en cuenta a qué hace referencia la etiqueta *usted* en el Mapa Galileo. Esta etiqueta representa la suma de los *Usted* de cada una de las unidades de análisis evaluadas, por lo que se define como *yo colectivo*. Por consiguiente, la etiqueta *Usted* debe ser entendida como *yo colectivo*.

Etiqueta	Usted
<i>Hospital Actual</i>	48.0
Hospital Ideal	60.4
Funcionarios Técnicos Paramédicos	30.1
Profesionales Médicos	49.0
Profesionales No Médicos	57.0
Funcionarios Administrativos	55.0
Su Servicio	18.0
Usuarios	22.0
Déficit de Insumos	27.0
Déficit de Personal	26.3
Trabajo a Presión	28.0
Buena Calidad de Atención	18.0
Problemas Interpersonales	37.0
Vocación de Servicio	16.1
Dificultades Económicas del Hospital	21.1

Tabla N° 5: Tabla de Distancias Medias de Actitudes



Figura N° 15: Representación Gráfica de Actitudes

La Tabla N° 5 da cuenta de las distancias medias de las actitudes que los funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos tienen en relación a los distintos atributos que definen la Cultura Organizacional del Hospital Doctor Gustavo Fricke. La correspondiente representación gráfica de dichas distancias, aparece en la Figura N° 15.

En relación a los distintos actores, la menor distancia se observó entre las etiquetas *Usted* y *Usuarios* (22.0). Dicha distancia se hizo mayor en relación a la etiqueta *Usted* y las etiquetas *Funcionarios Técnicos Paramédicos* (30.1), *Profesionales Médicos* (49.0) y *Funcionarios Administrativos* (55.0). Por último, la mayor distancia se presentó entre las etiquetas *Usted* y *Profesionales No Médicos* (57.0).

En cuanto a los distintos escenarios, *Su Servicio* mostró la menor distancia en relación a la etiqueta *Usted* (18.0). Dicha distancia aumentó con respecto a *Hospital Actual* (48.0) y a *Hospital Ideal* (60.4).

En relación a las características definidas como positivas dentro del conjunto de atributos, se observó que ambas, *Vocación de Servicio* y *Buena Calidad de Atención*, presentaron una menor distancia respecto a la etiqueta *Usted* (16.1 y 18.0 respectivamente).

Con respecto a las características más negativas se puede apreciar que la etiqueta *Dificultades Económicas del Hospital* fue la que presentó la menor distancia en relación a la etiqueta *Usted* (21.1). Las etiquetas *Déficit de Personal*, *Déficit de Insumos* y *Trabajo a Presión* presentaron distancias similarmente cercanas en relación a la etiqueta *Usted* (26.3, 27.0 y 28.0 respectivamente). Por último, *Problemas Interpersonales* fue la etiqueta que presentó la mayor distancia en relación a la etiqueta *Usted* (37.0).

Objetivo 2

Identificar las creencias que los funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos sustentan en relación a los atributos de la Cultura Institucional del Hospital Doctor Gustavo Fricke.

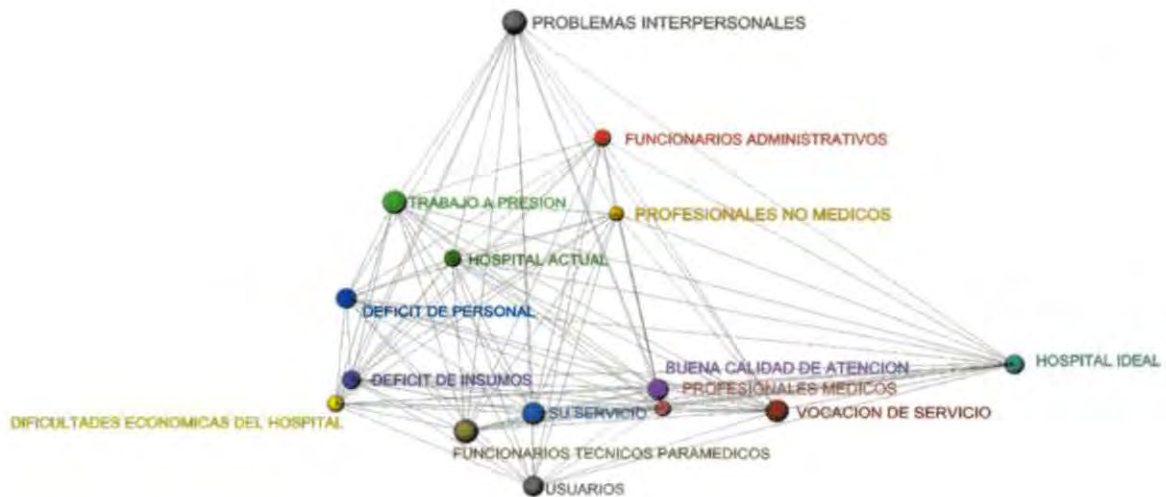


Figura N° 16: Representación Gráfica de Creencias

La Figura N° 16 y la Tabla N° 6 dan cuenta de la representación gráfica y las distancias medias de las creencias que los funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos tienen en relación a los distintos atributos que definen la Cultura Organizacional del Hospital Doctor Gustavo Fricke.

	Hospital Actual	Hospital Ideal	Técnicos Paraméd.	Médicos	No Médicos	Funcion. Administ.	Su Servicio	Usuarios	Déficit Insumos	Déficit Personal	Trabajo a Presión	Buena Calidad Atención	Problem. Interpers.	Vocación de Servicio
Hospital Ideal	76.0													
Técnicos Paramédicos	60.1	67.2												
Médicos	56.0	59.0	62.4											
No Médicos	61.0	61.3	65.0	61.0										
Funcionarios Administrativos	55.2	61.1	57.0	61.4	59.4									
Su Servicio	53.0	59.0	34.0	47.2	55.0	50.0								
Usuarios	50.4	61.0	29.3	43.0	54.0	53.3	22.2							
Déficit Insumos	35.3	85.0	33.0	57.0	50.2	59.3	26.3	27.3						
Déficit Personal	35.0	84.0	32.1	58.4	54.0	54.2	28.3	35.1	42.0					
Trabajo a Presión	38.2	76.1	33.1	62.3	57.0	43.2	33.0	39.0	33.0	22.0				
Buena Calidad Atención	42.0	25.1	29.0	40.2	49.0	48.0	21.0	28.3	31.0	29.0	27.0			
Problemas. Interpersonales	48.0	67.0	41.0	60.4	54.4	49.0	41.4	57.0	49.0	39.3	29.0	51.0		
Vocación de Servicio	39.0	25.2	28.4	46.4	50.0	49.2	24.1	32.3	57.0	49.3	46.0	24.4	62.0	
Dificultades Económicas Hospital	26.4	87.3	30.0	54.0	51.0	44.3	24.1	29.0	24.0	25.0	41.0	40.0	65.4	62.3

Tabla N° 6: Tabla de Distancias Medias de Creencias

En cuanto a los distintos escenarios, la etiqueta *Su Servicio* fue la que en general mostró las menores distancias. En relación a ésta y a las etiquetas que denotan características negativas, la menor distancia se observó en relación a la etiqueta *Dificultades Económicas del Hospital* (24.1). Dicha distancia aumentó en relación a las etiquetas *Déficit de Insumos* (26.3) y *Déficit de Personal* (28.3). Por último, la mayor distancia se observó en relación a las etiquetas *Trabajo a Presión* (33.0) y *Problemas Interpersonales* (41.4).

Al observar la relación entre la etiqueta *Su Servicio* y las etiquetas que denotan características positivas, la menor distancia se presentó en relación a la etiqueta *Buena Calidad de Atención* (21.0). Esta distancia aumentó levemente con respecto a *Vocación de Servicio* (24.1).

Finalmente, las distancias entre la etiqueta *Su Servicio* y las etiquetas que denotan actores, dan cuenta que las menores distancias se presentaron en relación a *Usuarios* (22.2) y *Funcionarios Técnicos Paramédicos* (34.0). Dicha distancia aumentó en relación a las etiquetas *Profesionales Médicos* (47.2), *Funcionarios Administrativos* (50.0) y *Profesionales No Médicos* (55.0).

A continuación de *Su Servicio*, *Hospital Actual* fue la segunda etiqueta en presentar distancias menores. A partir de la relación entre ésta y las etiquetas que refieren a características negativas, fue posible observar que la menor distancia se presentó en relación a la etiqueta *Dificultades Económicas del Hospital* (26.4). Dicha distancia aumentó con respecto a *Déficit de Personal*, *Déficit de Insumos* y *Trabajo a Presión* (35.0, 35.3 y 38.2 respectivamente).

En lo que respecta a las características positivas, la menor distancia se presentó entre *Hospital Actual* y *Vocación de Servicio* (39.0), mientras que la mayor se presentó entre *Hospital Actual* y *Buena Calidad de Atención* (42.0).

Al observar la relación entre *Hospital Actual* y las etiquetas actorales, las distancias más reducidas se establecieron con respecto a *Usuarios* (50.4), *Funcionarios Administrativos* (55.2) y a *Profesionales Médicos* (56.0), mientras que las mayores distancias se establecieron con respecto a *Funcionarios Técnicos Paramédicos* (60.1) y a *Profesionales No Médicos* (61.0).

Por último, el escenario que presentó las mayores distancias fue la etiqueta *Hospital Ideal*. En lo que respecta a la relación de ésta con las características negativas, la menor distancia se presentó en relación a *Problemas Interpersonales* (67.0). Las etiquetas *Trabajo a Presión*, *Déficit de Personal*, *Déficit de Insumos* y *Dificultades Económicas del Hospital* presentaron distancias significativamente mayores (76.1, 84.0, 85.0 y 87.3 respectivamente).

En relación a las etiquetas que refieren características positivas, *Buena Calidad de Atención* y *Vocación de Servicio*, presentaron distancias similarmente menores en relación con *Hospital Ideal* (25.1 y 25.2 respectivamente).

En cuanto a la relación de *Hospital Ideal* y las etiquetas que refieren a actores, la menor distancia se presentó en relación a *Profesionales Médicos* (59.0). *Usuarios*, *Funcionarios Administrativos* y *Profesionales No Médicos* presentaron distancias levemente mayores (61.0, 61.1 y 61.3 respectivamente). La etiqueta *Funcionarios Técnicos Paramédicos* fue la que presentó la mayor distancia en relación a *Hospital Ideal* (67.2).

Al observar la relación entre las etiquetas que representan a los distintos escenarios, la mayor distancia se observó entre *Hospital Actual* y *Hospital Ideal* (76.0). La etiqueta *Su Servicio*, tanto en relación a *Hospital Actual* como a *Hospital Ideal*, presentó distancias medias (53.0 y 59.0 respectivamente).

En relación a los distintos actores, la Tabla N° 6 permite observar que la etiqueta *Usuarios* fue la que concentró las menores distancias. En lo que respecta a las características negativas, *Usuarios* mostró cercanía en relación a *Déficit de Insumos* (27.3) y *Dificultades Económicas del Hospital* (29.0). La distancia aumentó con respecto a *Déficit de Personal* (35.1) y a *Trabajo a Presión* (39.0). La mayor distancia se presentó en relación a *Problemas Interpersonales* (57.0).

Al observar la relación con las etiquetas que refieren a características positivas, *Usuarios* se mostró cercana a *Buena Calidad de Atención* (28.3) y levemente más distante de *Vocación de Servicio* (32.3).

La relación de *Usuarios* con las etiquetas que refieren a los distintos escenarios fue la siguiente. La menor distancia se presentó entre *Usuarios* y *Su Servicio* (22.2), luego la distancia aumentó con respecto a *Hospital Actual* (50.4), siendo la mayor distancia la establecida con *Hospital Ideal* (61.0).

En cuanto a la relación de la etiqueta *Funcionarios Técnicos Paramédicos* con las etiquetas que refieren características negativas, las etiquetas *Dificultades Económicas del Hospital*, *Déficit de Personal*, *Déficit de Insumos* y *Trabajo a Presión* presentaron distancias similarmente menores en relación a *Funcionarios Técnicos Paramédicos* (30.0, 32.1, 33.0 y 33.1 respectivamente). Por el contrario, la etiqueta que presentó una mayor distancia fue *Problemas Interpersonales* (41.0).

En cuanto a la relación entre *Funcionarios Técnicos Paramédicos* y las etiquetas que refieren características positivas, tanto *Vocación de Servicio* como *Buena Calidad de Atención* presentaron distancias reducidas y muy similares (28.4 y 29.0 respectivamente).

Al observar la relación entre *Funcionarios Técnicos Paramédicos* y las etiquetas que refieren a los distintos escenarios, la menor distancia se estableció con *Su Servicio* (34.0). Esta distancia aumentó significativamente en relación a *Hospital Actual* (60.1) y *Hospital Ideal* (67.2).

En cuanto a la etiqueta *Profesionales Médicos* y las etiquetas que refieren a características negativas, ésta presentó las menores distancias con respecto a *Dificultades Económicas del Hospital* (54.0), *Déficit de Insumos* (57.0) y *Déficit de Personal* (58.4). Las mayores distancias se presentaron con las etiquetas *Problemas Interpersonales* (60.4) y *Trabajo a Presión* (62.3).

En relación a *Profesionales Médicos* y las etiquetas de características positivas, *Buena Calidad de Atención* presentó la menor distancia (40.2), mientras que *Vocación de Servicio* presentó la mayor distancia (46.4).

Por último, las distancias entre *Profesionales Médicos* y los distintos escenarios fueron las siguientes. La menor distancia se presentó entre *Profesionales Médicos* y *Su Servicio* (47.2). La distancia aumentó en relación a *Hospital Actual* (56.0), siendo la mayor, la establecida con *Hospital Ideal* (59.0).

La etiqueta *Funcionarios Administrativos* presentó en general distancias bastante homogéneas. En relación a esta etiqueta y las etiquetas que refieren características negativas, la menor distancia se presentó con *Trabajo a Presión* (43.2). Dicha distancia aumentó en relación a las etiquetas *Dificultades Económicas del Hospital* (44.3) y *Problemas Interpersonales* (49.0). Las mayores distancias se observaron con respecto a *Déficit de Personal* y *Déficit de Insumos* (54.2 y 59.3 respectivamente).

En cuanto a la relación entre *Funcionarios Administrativos* y las etiquetas que refieren características positivas, *Buena Calidad de Atención* y *Vocación de Servicio* presentaron distancias medias (48.0 y 49.2 respectivamente).

En relación a los distintos escenarios, la etiqueta *Funcionarios Administrativos* presentó la menor distancia en relación a *Su Servicio* (50.0), luego aumentó con respecto a *Hospital Actual* (55.2); presentándose la mayor distancia con *Hospital Ideal* (61.1).

Por último, *Profesionales No Médicos* fue la etiqueta estamental que presentó las mayores distancias. En relación a las etiquetas que refieren a características negativas, las menores distancias se presentaron con respecto a *Déficit de Insumos* (50.2) y *Dificultades Económicas del Hospital* (51.0). La distancia aumentó en relación a *Déficit de Personal* (54.0) y *Problemas Interpersonales* (54.4). Por último, la mayor distancia se presentó con respecto a la etiqueta *Trabajo a Presión* (57.0).

Las distancias que se establecieron entre *Profesionales No Médicos* y las características positivas, *Buena Calidad de Atención* y *Vocación de Servicio* fueron bastante similares (49.0 y 50.0 respectivamente).

En relación a los escenarios, la menor distancia que presentó la etiqueta *Profesionales No Médicos* fue con *Su Servicio* (55.0). La distancia aumentó tanto en relación a *Hospital Actual* como a *Hospital Ideal* (61.0 y 61.3 respectivamente).

Finalmente, al observar la relación entre las etiquetas que representan a los distintos actores, la mayor distancia correspondió a la relación entre las etiquetas *Profesionales No Médicos* y *Funcionarios Técnicos Paramédicos* (65.0) y la menor distancia se presentó entre las etiquetas *Usuarios* y *Funcionarios Técnicos Paramédicos* (29.0).

En cuanto a las etiquetas que refieren tanto a características positivas como negativas, las menores distancias se observaron entre las etiquetas *Déficit de Personal-Trabajo a Presión* (22.0), *Déficit de Insumos-Dificultades Económicas del Hospital* (24.0) y *Buena Calidad de Atención-Vocación de Servicio* (24.4). Con respecto a las mayores distancias, éstas se observaron entre las etiquetas *Problemas Interpersonales-Vocación de Servicio* (62.0), *Vocación de Servicio-Dificultades Económicas del Hospital* (62.3) y *Problemas Interpersonales-Dificultades Económicas del Hospital* (65.4).

Objetivo 3

Poner a prueba en Chile, la aplicabilidad y utilidad del Sistema computacional Galileo, para el estudio de Cultura Organizacional.

El Sistema Galileo es una metodología cuyo diseño tiene la ventaja de permitir su aplicación en múltiples ámbitos de investigación y en distintos contextos, sin requerir de mecanismos de estandarización para su uso. Dentro de estas características destacan:

- _ No presupone contenidos (no contiene temas o preguntas preestablecidas, evitando sesgos en la investigación).
- _ No presupone el uso de un idioma en particular.
- _ Realiza todos los análisis basándose en el discurso y los términos usados por la muestra o población en estudio.

Tomando en cuenta lo anterior, el Sistema Galileo pudo ser empleado como metodología de investigación, y utilizarse, específicamente, para el estudio de la Cultura Organizacional del Hospital Doctor Gustavo Fricke de Viña del Mar. Para ello se recurrió a los distintos programas computacionales que incluye el Sistema, en las distintas fases de la investigación.

La aplicación del Sistema Galileo permitió:

- Establecer los principales atributos organizacionales percibidos por los funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos del Hospital.
- Medir la percepción que los funcionarios Técnicos Paramédicos tienen de la relación entre los atributos en estudio.
- Elaborar una representación gráfica (Mapa Galileo) de los principales atributos de la Cultura Organizacional de la Institución.

- Determinar el conjunto de creencias y actitudes que el grupo evaluado establece en relación a los atributos que caracterizan a la variable en estudio.
- Realizar análisis de resultados, en base a la representación gráfica y a los datos obtenidos.

Por otra parte, a partir de esta primera experiencia de aplicación del Sistema Galileo en Chile, se hace recomendable para futuras experiencias, la introducción de elementos prácticos complementarios a la metodología, que permitan optimizar el uso de esta herramienta de investigación.

En tal sentido, se hacen necesarias las siguientes recomendaciones:

- Introducir de forma simple el objetivo del estudio en sus distintas fases.
- Contar con instrucciones detalladas en el cuestionario, que faciliten la comprensión de los términos "distancia", "cerca" y "lejos" aplicados a esta metodología.
- Contar con un conjunto de instrucciones verbales estándar de apoyo.
- Establecer un "par criterio" que sirva de modelo para responder cada uno de los pares de etiquetas que contiene el cuestionario.

Con respecto a la utilidad del Sistema Galileo, cabe destacar:

- Su principal utilidad, radicó en el hecho que el Sistema Galileo permitió dar a conocer los principales atributos que definen a la variable en estudio, en base al reporte que los propios funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos realizó en relación a ella.
- Por otra parte, la utilidad del Sistema Galileo no sólo radica en el hecho de entregar una representación gráfica de los atributos que definen la Cultura de una Organización, sino en que además permite dar cuenta de las relaciones que se establecen entre

dichos atributos. En este sentido, es posible elaborar un completo análisis de la información, debido a las múltiples combinaciones que se pueden establecer entre los distintos atributos.

-Tal como se señaló en la Introducción del presente estudio, el Sistema Galileo permite realizar una sumatoria de las representaciones de la Cultura Organizacional que tengan distintos sub-grupos de la Organización en estudio, hasta llegar a obtener (si así se deseara) una visión completa y representativa de la Cultura propia de una Organización. En este caso, el Hospital Gustavo Fricke cuenta ahora con la representación que de su Cultura realizan los Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos. Esto hace factible replicar este mismo tipo de estudio en otros estamentos de la Institución, hasta llegar a establecer la representación global de su Cultura Organizacional.

-El Sistema Galileo muestra ser una herramienta valiosa para la investigación en Psicología, ya que sus resultados se expresan en términos de creencias y actitudes, conceptos ampliamente utilizados en toda la investigación psicosocial.

Considerando lo anterior, el presente estudio ha mostrado que el Sistema Galileo resulta útil y aplicable al estudio de la Cultura Organizacional, en este caso, mediante su aplicación en una Institución nacional de Salud Pública.

DISCUSIÓN

Al comparar los resultados de esta investigación con los obtenidos por otros autores (Paulina Martínez, 1997) observamos que los atributos descriptivos de la Cultura Organizacional de la Institución difieren considerablemente en algunos aspectos, mientras otros son compartidos por ambas investigaciones. Por ejemplo, el referido estudio de Cultura Organizacional (Martínez, 1997) realizado en el mismo Hospital difiere de la presente investigación tanto en su diseño como en su metodología. Esta diferencia de opciones puede explicar, en parte, las diferencias en los resultados obtenidos.

En primer lugar, la presente investigación obtuvo sus variables a estudiar a partir de lo referido por los miembros de la Organización misma; por lo tanto, las variables no fueron preestablecidas por los investigadores, opción que sí se tomó en el estudio previo, donde las variables a evaluar fueron predeterminadas por la investigadora.

En segundo lugar, la investigación previa fue realizada con funcionarios de todos los estamentos organizacionales, incluidos sus directivos. Por el contrario, el estudio aquí presentado sólo contempló un grupo de funcionarios, en este caso Técnicos Paramédicos pertenecientes a los Servicios Clínicos del Hospital.

Por último, en relación a la metodología, el estudio de Martínez (1997) empleó técnicas de recogida de datos tales como: entrevistas en profundidad a informantes calificados, focus group, observación participante, entre otras. La presente investigación, tal como ya se señaló, consideró la aplicación del Sistema Galileo como herramienta metodológica central. Si bien se empleó tanto entrevistas en profundidad como cuestionarios de pares comparados, los resultados fueron procesados y analizados computacionalmente, y se reportan en términos de las principales creencias y actitudes que los funcionarios tienen en relación con los atributos organizacionales que ellos mismos utilizan para describir la Organización.

Las características organizacionales descritas en el estudio de Martínez (1997) dan cuenta de aspectos más bien formales de la Institución, tales como aspectos relativos al sistema normativo, la relación institución-entorno, las competencias y capacidades requeridas. Así, entre otros atributos organizacionales, la Institución es descrita como una Institución burocrática, jerarquizada, autoritaria y con un alto nivel de especialización de sus funcionarios. Por otra parte, en el presente estudio, los atributos señalados como más representativos de la Cultura Institucional, refieren más bien a aspectos prácticos y concretos de la situación actual de la Institución, por sobre los aspectos más formales descritos por el estudio precedente. Entre los temas compartidos por ambos estudios, aparecen la evaluación de la naturaleza de las relaciones interpersonales y la percepción sobre los recursos vinculados en el trabajo.

En síntesis, más que resaltar la diferencia en los resultados obtenidos por ambos estudios, es preciso destacar que ambas investigaciones optaron por la utilización de diseños metodológicos distintos para abordar el estudio de la Cultura Institucional del Hospital Doctor Gustavo Fricke. Por lo tanto, los resultados diferenciales a que llegan cada uno de ellos no implican juicio de valor alguno respecto de la pertinencia y utilidad del diseño y la metodología empleada en cada caso.

Tal como se mencionó en el apartado N° IV, son múltiples las perspectivas que se pueden utilizar para el análisis de los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Sistema Galileo. Debido a ello, los resultados se agrupan, por una parte, según actitudes y creencias, y por otra, según el tipo de etiqueta (actores/estamentos, escenarios y características negativas/positivas). Se emplea esta clasificación para realizar el análisis de los principales resultados.

En lo que respecta a las actitudes que el personal Paramédico en estudio refiere en relación a los atributos, destaca:

Con respecto a las etiquetas referentes a **actores/estamentos**, la menor distancia se estableció entre la etiqueta *Usted* y la etiqueta que refiere al propio grupo de pertenencia, *Funcionarios Técnicos Paramédicos* (30.1). Al mismo tiempo, resulta necesario destacar el hecho que existe una mayor cercanía con los respectivos *Servicios* (18.0) que con el propio grupo paramédico como totalidad (30.1). Esto puede explicarse debido a que para los respondientes, la etiqueta *Funcionarios Técnicos Paramédicos* no sólo incluye a sus compañeros de Servicio, sino que además considera a personal paramédico perteneciente a todas las Unidades del Hospital, y por lo tanto, la valoración que tiene el grupo en estudio en relación a todo el conjunto se torna más distante. Esta situación permite inferir un menor grado de vinculación con el grupo total de *Funcionarios Técnicos Paramédicos*, como conjunto, que con aquellos otros funcionarios que se desempeñan directamente con los respondientes en cada *Servicio Clínico*.

Una situación similar se observa en relación a la distancia entre las etiquetas *Usted* y *Profesionales No Médicos*. Entre ambas etiquetas se presentó la mayor distancia en cuanto a etiquetas estamentales (57.0). Dicha distancia refleja el hecho que la etiqueta *Profesionales No Médicos* incluye tanto a profesionales que trabajan directamente con el personal paramédico en estudio, por ejemplo las enfermeras, como a profesionales que no tienen relación ni con su trabajo ni con el quehacer clínico; por ejemplo, arquitectos y abogados, entre otros. Lo antes descrito parece situar a los *Profesionales No Médicos* distantes como grupo, sin que los funcionarios respondientes discriminen los sub-grupos incluidos en esa denominación.

Por otra parte, quienes conforman la etiqueta *Funcionarios Administrativos* también desempeñan labores que distan de los quehaceres clínicos, pero pese a ello, la distancia entre dichos funcionarios y *Usted* es menor (55.0) que la observada en relación con *Profesionales No Médicos*. En este caso se puede inferir la presencia de otros factores, menos vinculados con la realización misma del trabajo de los *Funcionarios*

Técnicos Paramédicos estudiados. 1) El nivel de contacto entre el personal paramédico y administrativo. Si bien a nivel clínico no existe vinculación, la presencia de elementos relativos a contratos, sueldos, licencias, etc. implica una frecuente interacción entre ambos. 2) Las distintas jerarquías de los estamentos en cuestión. Mientras el personal paramédico y administrativo se ubican en una jerarquía similar, los profesionales no médicos se encuentran en una jerarquía superior. Este hecho posibilita un acercamiento entre el personal paramédico y el administrativo, y la vez genera un distanciamiento entre el personal paramédico y los profesionales no médicos.

La relación entre las etiquetas *Usted* y *Profesionales Médicos* merece también ser señalada (49.0). Si bien la distancia entre ambas se ubica por sobre la distancia actitudinal promedio, ésta es menor que la observada en relación a *Profesionales No Médicos*. En relación a esto, la información obtenida en las entrevistas realizadas, muestra que el necesario trabajo en equipo que se establece entre personal paramédico y personal médico, genera interacciones recurrentes entre ellos. El carácter interdependiente de dicha relación explica entonces la mayor cercanía percibida entre el conjunto de los respondientes y el estamento médico, en comparación con lo que sucede respecto de *Profesionales No Médicos*.

Por último, en lo que respecta a las actitudes referidas a actores, llama la atención que *Usted* se presenta más próxima a *Usuarios* (22.0) que a *Funcionarios Técnicos Paramédicos* (30.1). Así como existe una distinción entre el personal paramédico de los respectivos Servicios y el personal paramédico del resto del Hospital, también pareciera existir una distinción respecto de los usuarios. De esta manera, la vinculación que refieren los respondientes parece hacer una consideración de *Usuarios* como los usuarios de sus respectivos Servicios, más que a los del Hospital en general. Esta situación explicaría la cercanía que se establece entre ambas etiquetas.

Con respecto a las actitudes referidas a los distintos **escenarios**, la menor distancia se estableció entre las etiquetas *Usted* y *Su Servicio* (18.0). Dicha distancia representa el mayor grado de vinculación entre el conjunto de respondientes y los respectivos Servicios Clínicos a los que ellos pertenecen. A partir de esto, es posible visualizar que los respondientes refieren una vinculación más estrecha con los respectivos Servicios, que con el *Hospital Actual*, puesto que la distancia entre *Usted* y ésta última es igual a 48.0 unidades, es decir, casi 3 veces mayor que la distancia entre *Usted* y *Su Servicio* (18.0). Esto resulta explicable si se considera la gran cantidad de tiempo que el personal paramédico estudiado permanece en sus Servicios, además de trabajar con el mismo personal durante la mayor parte del tiempo; a su vez, esa modalidad de trabajo restringe sus posibilidades de mayor vínculo con el resto de los funcionarios y dependencias de la Institución.

Esta situación aparece como una importante fortaleza organizacional, posible de ser potenciada en futuros programas de intervención, pues da cuenta del compromiso que existe por parte de los respondientes en relación a *Su Servicio* y el trabajo que allí desempeñan, más que al hecho de sentirse pertenecientes y comprometidos con el Hospital como Institución global.

Al comparar las distancias entre *Usted–Funcionarios Técnicos Paramédicos* (30.1) y *Usted–Su Servicio* (18.0), resalta el hecho que *Usted* muestra una disposición más favorable hacia sus Servicios que hacia el conjunto de Técnicos Paramédicos del Hospital; a partir de dicha representación, puede que en primer término se perciban como miembros de su Servicio y sólo en segunda instancia, como integrantes del grupo de Técnicos Paramédicos. De lo anterior, se puede colegir una mayor integración o cercanía con aquellos iguales con los que trabajan directamente que con el referente colectivo general de Técnicos Paramédicos.

La mayor distancia en relación a la etiqueta *Usted* y los distintos escenarios se estableció entre ésta y *Hospital Ideal* (60.4). Esto podría explicarse considerando que, para los respondientes, la condición actual de la Institución, en cuanto a carencias y problemas económicos, dificulta considerar la situación ideal como próxima a ellos.

Por otra parte, respecto a las actitudes en relación a las etiquetas que refieren **atributos negativos**, la menor distancia se estableció entre la etiqueta *Usted* y *Dificultades Económicas del Hospital* (21.1), lo cual representa la cercanía cotidiana entre los respondientes y los problemas asociados a falta de recursos en la Institución. Del mismo modo, las restantes etiquetas que remiten a atributos negativos –*Déficit de Personal*, *Déficit de Insumos* y *Trabajo a Presión*– también se ubicaron cercanas a la etiqueta *Usted* (26.3, 27.0 y 28.0 respectivamente). Lo anterior, permite afirmar que los funcionarios en estudio viven cotidianamente no sólo las problemáticas económicas de la Institución, sino también las dificultades asociadas a éstas; sin embargo, las distancias representadas muestran que ellos no vinculan dichas condiciones deficitarias como afectando su desempeño y su vocación de servicio, tal como lo demuestra las distancias establecidas entre *Usted-Buena Calidad de Atención* (18.0) y *Usted-Vocación de Servicio* (16.1).

En lo que respecta a las creencias que el personal Paramédico en estudio refiere en relación a los atributos, destaca:

Al analizar las creencias de los Paramédicos estudiados en relación con los distintos **escenarios** considerados por la presente investigación, destaca la distancia que establecen entre las etiquetas *Funcionarios Técnicos Paramédicos* y *Su Servicio* (34.0), lo cual refleja su creencia, como grupo, respecto del vínculo estrecho existente entre ellos y los Servicios en que cada uno labora individualmente. También perciben *Su Servicio* estrechamente vinculado con *Déficit de Personal* (28.3) y *Déficit de Insumos* (26.3)

mientras, al mismo tiempo, sostienen creencias que los asocian a sus respectivas Unidades con *Vocación de Servicio* (24.1) y, en especial con *Buena Calidad de Atención* (21.0).

Lo anterior indica que los Funcionarios Técnicos Paramédicos del Hospital Doctor Gustavo Fricke consideran que sus respectivos Servicios Clínicos brindan una adecuada calidad de atención a los usuarios, considerando las condiciones de déficit de insumos materiales y recursos humanos en que trabajan diariamente en sus respectivas Unidades.

Por otra parte, el grupo estudiado percibe *Su Servicio* más cercano a las *Dificultades Económicas del Hospital*, que el *Hospital Actual* (24.1 y 26.4 respectivamente), lo que refleja la creencia de los Técnicos Paramédicos, que sus respectivos Servicios estarían siendo particularmente afectados por los problemas económicos de la Institución, mientras que el nivel de impacto de dichas dificultades sobre el conjunto de la Institución, sería menor que aquel que ellos viven en sus Servicios.

Al mismo tiempo, el grupo estudiado percibe el *Hospital Actual* a 53.0 unidades de cada uno de sus respectivos *Servicios Clínicos* (53.0). Si bien esta distancia corresponde a una distancia numeralmente promedio, fácticamente llama la atención pues los respectivos Servicios están insertos dentro de la Institución como globalidad, lo que hacia esperar una distancia reducida entre ambas etiquetas. Esta distancia, contrario a lo esperado, refleja la creencia que el personal objeto de la investigación tiene respecto del distanciamiento que existe entre la Institución, en general, y las Unidades hospitalarias, dando cuenta así, de la poca conexión que ven entre el Hospital como entidad general y los Servicios en que cada uno de ellos se desempeña.

Por otra parte, este mismo análisis de creencias de los funcionarios estudiados en relación con distintos escenarios, muestra que la mayor distancia se estableció entre el *Hospital Actual* y el *Hospital Ideal* (76.0). El atributo más propio de un *Hospital Ideal*, según el grupo estudiado, sería la ausencia de *Déficit de Insumos*, de *Déficit de Personal*,

de *Trabajo a Presión* y de *Dificultades Económicas* en general. Al mismo tiempo, las distancias percibidas por este mismo grupo en relación con dichos atributos y la situación actual, reflejan su creencia de que dichas dimensiones no alcanzan siquiera el 50% del nivel ideal. Mientras la lejanía entre el *Hospital Ideal* y el *Déficit de Insumos*, el *Déficit de Personal*, el *Trabajo a Presión* y las *Dificultades Económicas del Hospital* alcanza 85.0, 84.0, 76.1 y 87.3 respectivamente, la cercanía entre el *Hospital Actual* y esas mismas dimensiones, se reduce drásticamente 35.3, 35.0, 38.2 y 26.4 en el mismo orden antes dicho.

Dicho conjunto de cogniciones sustenta a la vez la creencia más global que las actuales condiciones generales de la Institución distan de manera significativa de las que ellos consideran debiera tener un servicio hospitalario idealmente concebido. Dicha apreciación integral se observa en la distancia que los Técnicos Paramédicos establecen entre el *Hospital Actual* y el *Hospital Ideal* (76.0) y en la posición ostensiblemente periférica que la etiqueta *Hospital Ideal* ocupa en el mapa cognitivo general resultante de esta investigación.

Al mismo tiempo, los Técnicos Paramédicos de la Institución en estudio perciben sus respectivos Servicios más cercanos al *Hospital Ideal* (59.0) de lo que estaría el Hospital Doctor Gustavo Fricke como globalidad institucional (76.0), aun cuando, obviamente, los Servicios a los que ellos pertenecen son, al mismo tiempo, partes componentes de dicha totalidad.

Al analizar las creencias de los Paramédicos en estudio en relación con los distintos **actores/estamentos** considerados por la presente investigación, destaca la distancia que éstos establecen entre ellos mismos como grupo (*Funcionarios Técnicos Paramédicos*) y las *Dificultades Económicas del Hospital*, el *Déficit de Personal* y el *Déficit de Insumos* (30.0, 32.1 y 33.0 respectivamente).

La proximidad espacial entre estos elementos, muestra la creencia entre los respondientes, que las dificultades económicas *generales* del Hospital están estrechamente asociadas con los déficit de insumos y materiales que el Hospital como conjunto (y ellos aun más profundamente en sus Servicios) viven, como parte de la realidad cotidiana de la Institución. También quedan de manifiesto las asociaciones cognitivas que establecen entre los *Funcionarios Técnicos Paramédicos* como conjunto y la *Buena Calidad de Atención* (29.0), así como entre dicho grupo y *Vocación de Servicio* (28.4).

Es relevante destacar que, simultáneamente, los Técnicos Paramédicos del grupo en estudio intensifican la asociación entre estas dimensiones y su grado de presencia cuando se refieren a ellas en el contexto de *Su Servicio*, reduciendo las distancias a 21.0 para *Buena Calidad de Atención* y 24.1 para *Vocación de Servicio*. Finalmente, estos mismos atributos se elevan a su máxima expresión de presencia o asociatividad cognitiva, cuando los respondientes los refieren a sí mismos como individuos, estableciendo para ellos las 2 distancias mínimas de todo el presente estudio: 18.0 y 16.1, respectivamente.

Lo anterior se ve complementado al considerar las distancias establecidas por los Técnicos Paramédicos entre la etiqueta *Vocación de Servicio* y cada uno de los otros 3 grupos de funcionarios contemplados en el estudio; esto es *Profesionales Médicos* (46.2), *Funcionarios Administrativos* (49.2) y *Profesionales No Médicos* (50.0). Dichas distancias reflejan la creencia que los Paramédicos tienen respecto de los otros 3 grupos con quienes comparten el espacio institucional, en términos de atribuirles un importante menor grado de *Vocación de Servicio*, si se los compara con la auto-percepción de cercanía que los Técnicos Paramédicos tienen con relación a este mismo atributo: desde 28.4 a nivel general, hasta 16.1 a nivel individual.

Una situación similar a la antes descrita se observa con las distancias establecidas por los Técnicos Paramédicos en relación con la etiqueta *Buena Calidad de Atención* y los

mismos grupos ya señalados, es decir, *Profesionales Médicos*, *Funcionarios Administrativos* y *Profesionales No Médicos*, a los que en este caso se les asignan distancias de 40.2, 48.0 y 49.0 respectivamente. Considerando que la relación auto-percibida del grupo en estudio con la *Buena Calidad de Atención* va desde 29.0 a nivel general, hasta 21.0 a nivel individual, las diferencias con los valores asignados a los otros grupos muestran también la creencia que el primero de ellos tiene respecto de los otros, en términos de atribuirles también un importante menor grado de *Buena Calidad de Atención* en sus respectivas áreas de desempeño.

Más allá de las diferencias señaladas en las distancias asignadas y las creencias que ellas representan, el grupo en estudio visualiza una importante relación entre la existencia de vocación de servicio y el hecho de brindar una mejor calidad de atención, según queda señalado por la estrecha distancia que establece entre las etiquetas *Vocación de Servicio* y *Buena Calidad de Atención* (24.4).

En relación con las distancias establecidas entre las etiquetas *Profesionales Médicos-Déficit de Insumos* (57.0), *Profesionales Médicos-Déficit de Personal* (58.4) y *Profesionales Médicos-Dificultades Económicas del Hospital* (54.0), se aprecia que el grupo estudiado manifiesta creencias asociadas con falta de vinculación entre el estamento médico (como generalidad) y las situaciones deficitarias del Hospital como conjunto. Lo anterior, agregado a las distancias establecidas para las relaciones *Profesionales Médicos-Funcionarios Técnicos Paramédicos* (62.4), *Profesionales Médicos-Funcionarios Administrativos* (61.4) y *Profesionales Médicos-Profesionales No Médicos* (61.0), refleja la creencia del grupo en estudio, que el conjunto de profesionales médicos de la Institución es un grupo más bien desvinculado, no sólo de las problemáticas que actualmente la afectan, sino también del resto de los funcionarios del Hospital. Esta percepción y las consecuentes asociaciones cognitivas de desvinculación se atenúan cuando las apreciaciones de los respondientes se refieren a la relación

Profesionales Médicos-Su Servicio (47.2), nivel en que la creencia es la de un vínculo más estrecho entre ambas partes.

Las relaciones de distancia establecidas por el grupo en estudio para las etiquetas estamentales y aquellas que refieren a escenarios, muestran a los *Profesionales No Médicos* y a los *Funcionarios Técnicos Paramédicos* como los grupos más distantes de la etiqueta *Hospital Ideal* (61.3 y 67.2 respectivamente) en concordancia con las creencias que tienen los propios respondientes de los grupos antes señalados, en cuanto a percibirlos como los más distantes, a su vez, del *Hospital Actual* (61.0 y 60.1 en cada caso).

De igual modo, son creencias de los funcionarios estudiados que tanto los *Profesionales Médicos* como los *Funcionarios Administrativos*, están más próximos a la concepción de *Hospital Ideal* (59.0 y 61.1 respectivamente) que los grupos correspondientes a los propios *Técnicos Paramédicos* y los *Profesionales No Médicos*. Dichas distancias, a su vez, son coherentes con el grado de proximidad que los *Paramédicos* atribuyen a los dos primeros grupos señalados, en relación con el *Hospital Actual* (56.0 y 55.2 en cada caso).

Lo anterior, indica que en el ámbito de sus creencias, los *Técnicos Paramédicos* estudiados consideran la cercanía (vínculo o compromiso) como una condición asociada a una institución hospitalaria idealmente concebida. En este caso, dicha valoración queda expresada en la relación análoga que establecen respecto de grupos actualmente percibidos como cercanos o distantes y su concordancia con la proximidad mayor o menor que le asignan a esos mismos grupo, respecto de la noción proyectada de *Hospital Ideal*.

El análisis de las creencias del grupo de *Técnicos Paramédicos* del Hospital Doctor Gustavo Fricke muestra también una consistencia importante en las relaciones que ellos establecen en términos del vínculo o compromiso percibido, tanto respecto de sí

mismos como en relación a los demás grupos institucionales incluidos en el presente estudio.

En cuanto al vínculo con el *Hospital Actual*, no aparecen diferencias de importancia en relación a cada uno de los grupos; éstas varían levemente entre 55.2 en el caso de los *Funcionarios Administrativos* y un 60.1 en los *Profesionales No Médicos*, pasando por un 56.0 en los *Profesionales Médicos* y un 60.1 en los mismos *Técnicos Paramédicos*. Sin embargo, cuando se examinan las creencias sustentadas por estos funcionarios en relación con los grupos institucionales y sus respectivos *Servicios*, las distancias atribuidas se estrechan consistentemente en todos y cada uno de ellos, evidenciando la asociación cognitiva de mayor cercanía que los *Técnicos Paramédicos* establecen entre los *Servicios* propiamente tales y quienes laboran en ellos, en comparación con el menor vínculo que asignan a esos mismos grupos en relación al Hospital como entidad general. En este caso, las distancias se reducen a 50.0 en los *Funcionarios Administrativos*, 55.0 en los *Profesionales No Médicos*, 47.2 en los *Profesionales Médicos* y 34.0 en los mismos *Técnicos Paramédicos*. Cabe señalar que en el caso de estos últimos, la reducción de la distancia entre una situación y la otra (Hospital-Servicio) adquiere niveles significativos, en tanto se trata de una proporción que corresponde a un 60% de la primera distancia (60.1→34.0).

Esto refleja, en general, la creencia del grupo estudiado que los grados de vínculo o compromiso en todos los grupos incluido el propio, son más débiles con el Hospital como Institución global que con los respectivos *Servicios* donde las personas laboran. Indica también, que el grupo de *Técnicos Paramédicos* se considera a sí mismo como aquél en que dicha dinámica se presenta de manera más intensa y ostensible. Ciertamente, estas apreciaciones y consecuentes creencias tienen debido fundamento en este caso, ya que dichos funcionarios constituyen el grupo de respondientes y sus respuestas incluyen su propia vivencia cotidiana, mientras que en sus respuestas relativas

a los otros grupos este aspecto no está incluido. En otras palabras, los integrantes del grupo en estudio pueden expresarse con mayor sentido vivencial respecto de su propio grupo, mientras que en relación a los demás, se trata más bien de aspectos referenciales que no incluyen dicha dimensión en lo que a vínculo o compromiso con la Institución se refiere.

Lo anterior muestra que desde las creencias de los funcionarios Técnicos Paramédicos, si bien no existen diferencias importantes en los vínculos y el grado de compromiso de los distintos grupos con el Hospital como conjunto, éstos sí son claramente menores que los que esos mismos grupos tendrían con sus respectivas unidades específicas de trabajo institucional. En otras palabras, el compromiso es con el Servicio y el propio trabajo, en mucha mayor medida que con el Hospital en sí.

Al analizar las creencias de los Paramédicos estudiados con relación a la etiqueta *Usuarios*, destaca la distancia establecida entre ésta y la etiqueta *Funcionarios Técnicos Paramédicos* (29.3), la cual refleja la creencia que el grupo estudiado, como tal, tiene respecto del vínculo estrecho que existe entre ellos y los usuarios mismos de la Institución.

Al mismo tiempo, el grupo en estudio establece una distancia significativamente mayor al realizar sus apreciaciones de vínculo entre esos mismos *Usuarios* y la Institución como conjunto (*Hospital Actual*) la que en este caso puntúa en 50.4. Una vez más, los Técnicos Paramédicos reflejan su creencia de una relación disminuida, cuando se examina el Hospital como globalidad, en comparación con los Servicios o los distintos tipos de funcionarios existentes en la Institución.

Al analizar las creencias de los paramédicos estudiados con relación a las etiquetas que refieren **características positivas/negativas**, destaca la distancia establecida entre las etiquetas *Déficit de Personal y Trabajo a Presión* (22.0), así como entre *Déficit de Insumos y Trabajo a Presión* (33.0), las que reflejan la creencia que el

grupo estudiado tiene respecto a la relación entre la falta de recursos materiales y humanos y períodos de trabajo a mayor presión. Al mismo tiempo, el grupo de paramédicos objeto de esta investigación percibe un vínculo estrecho entre las etiquetas *Trabajo a Presión* y *Problemas Interpersonales* (29.0). Lo anterior indica que los miembros del grupo estudiado estiman que las instancias laborales de mayor presión están estrechamente asociadas a la ocurrencia de malos entendidos, discusiones, etc. entre los funcionarios de la Institución.

Por último, en relación con la etiqueta *Vocación de Servicio*, el personal paramédico estudiado sostiene la creencia que dicho atributo organizacional no se vincula con ninguna de las otras etiquetas que refieren características negativas. Esto a partir de las distancias establecidas entre *Vocación de Servicio-Déficit de Personal* (57.0), *Vocación de Servicio-Déficit de Insumos* (49.3), *Vocación de Servicio-Trabajo a Presión* (46.0), *Vocación de Servicio-Problemas Interpersonales* (62.0) y *Vocación de Servicio-Dificultades Económicas del Hospital* (62.3). Lo anterior indica que el personal estudiado considera que la vocación de servicio de los funcionarios de salud, en general, no se ve afectada por las problemáticas internas -en cuanto a relaciones, carencias, etc.- que se puedan presentar en la Institución.

A partir de la descripción de creencias y actitudes presentada anteriormente y asumiendo que la Cultura Institucional corresponde al conjunto de actitudes y creencias comúnmente aceptados y compartidos por los integrantes de una Organización, es posible concluir algunos rasgos definitorios de la Cultura Institucional del Hospital Doctor Gustavo Fricke. Lo anterior, a partir de la visión que de ella tienen los funcionarios Técnicos Paramédicos que desempeñan sus labores en los Servicios Clínicos de dicha Institución.

En primer lugar, para el personal Paramédico del Hospital Doctor Gustavo Fricke, uno de los rasgos determinantes de la Cultura de la Institución tiene relación con la significativa fragmentación existente entre los distintos grupos que componen la Organización. De esta forma, más que percibirse una colaboración entre los miembros pertenecientes a los distintos estamentos organizacionales e incluso al interior de los mismos estamentos, pareciera presentarse cierta desavenencia o competencia entre ellos. Así, cada grupo al interior de la Institución pareciera mantener su individualidad como tal, restringiéndose sólo al entorno inmediato de su respectivo Servicio.

Además de lo anterior, dicha fragmentación no sólo se presenta en relación a los distintos grupos estamentales de la Institución, sino que además se observa en la visión que establecen los funcionarios paramédicos estudiados entre cada uno de los grupos estamentales y cada uno de los Servicios Clínicos que conforman la Organización y la Institución en su globalidad. Esto hace manifiesta la idea que, para el personal estudiado, existiría una distinción entre ser parte del Hospital y ser parte del respectivo Servicio independientemente del estamento al que pertenezca un funcionario, y en este mismo sentido, sería distinto el compromiso que establecería el personal con sus respectivas Unidades de trabajo y el que establecería con la Institución en su conjunto. De esta forma, una característica de esta Cultura Hospitalaria es la significativa identificación y compromiso que se da en mayor medida con las respectivas Unidades y en menor grado con la Institución como globalidad. Así, el personal de la Institución más que sentirse miembro de la Organización en su globalidad, establece una identificación con sus respectivos lugares de trabajo, lo que daría cuenta de una falta de identificación de los funcionarios con el recinto hospitalario en su conjunto.

Por otra parte, resalta el hecho que los Funcionarios Técnicos Paramédicos del Hospital Doctor Gustavo Fricke, consideran que un rasgo distintivo de la Cultura de su Institución es la *Vocación de Servicio* que ellos como grupo poseen y la *Buena Calidad de*

Atención que (también como grupo general) otorgan a sus Usuarios. Es importante denotar que estas características culturales mencionadas, se sitúa dentro de un marco deficitario, tanto de personal como de insumos, que la Institución presenta. Adicionalmente, sostienen la idea que dichos atributos culturales de la Institución se manifiestan más intensamente al nivel de sus respectivos Servicios. En la misma dirección, establecen una relación más estrecha aún, entre dichos atributos culturales y el propio ser y quehacer laboral al momento de examinarse a sí mismos en relación a ellos. De esta forma, es en este espacio personal, donde dichas dimensiones adquirirían su máxima expresión cultural-institucional, de acuerdo al grupo estudiado.

Por último, una xxx característica cultural de esta Institución dice relación con la desfavorable imagen que los funcionarios Técnicos Paramédicos tienen del Hospital como globalidad. Esta imagen se va haciendo más favorable, para ellos mismos, en la medida que la instancia específica (Hospital, conjunto de Técnicos Paramédicos, Servicio, etc.) se va acercando a su entorno más próximo y, más aún, cuando ésta se refiere a su propia individualidad. De esta manera, en la medida que evalúan los distintos atributos organizacionales en relación a la totalidad Institucional, éstos tienden a presentarse como más desfavorables que aquellos que perciben como más propios, los cuales son evaluados más favorablemente, dado que se vivencian particularmente ligados a su quehacer cotidiano.

Tras la realización de la presente investigación, fue posible visualizar algunas problemáticas presentadas tanto durante la realización de la misma como tras la obtención y análisis de los resultados. Si bien éstas no obstaculizaron el desarrollo del estudio, es necesario tomarlas en consideración al analizar los resultados. Dentro de las limitaciones presentadas, se podrían mencionar los siguientes aspectos:

Una de las principales limitantes de este estudio, tuvo relación con la falta de concordancia entre los datos numéricos de las distancias presentados por las tablas y la representación gráfica de dichas distancias en el Mapa Galileo obtenido. Tal como se señalo en el apartado N° 4 la representación gráfica de los resultados del Sistema Galileo (el Mapa Galileo) es un modelo gráfico adaptado en relación a los datos numéricos que entrega el estudio. Así, la gráfica, a pesar de representar fielmente el contenido de las tablas, eventualmente puede sufrir distorsiones si en determinados casos el estudio consta de un número mayor de conceptos que el número recomendado (8 -12), esto dado que al intentar graficar las distancias para todos esos puntos resulta imposible ubicar en el plano de forma exacta todas y cada una de las distancias. De esta manera, las distorsiones son expresadas en una baja del porcentaje de exactitud con el que las etiquetas se muestran en el Mapa.

Dicha situación permite explicar el hecho que las distancias expresadas en las tablas del presente estudio no sean reflejadas de manera exacta en el Mapa, y que en algunos casos las distancias graficadas resulten incluso inconsistentes con la información contenida en las tablas de actitudes y creencias.

Otra limitación del presente estudio tuvo relación con que durante la fase de aplicación de Cuestionarios, los Funcionarios de la Salud a nivel nacional efectuaron 2 paralizaciones de labores, en demanda de un aumento en el reajuste presupuestario de sus salarios, en las que también participaron los Técnicos Paramédicos del Hospital Doctor Gustavo Fricke. Esta situación podría haber incidido en la evaluación realizada por los Paramédicos en relación a las características organizacionales, principalmente en lo relativo a características que dan cuenta de aspectos más negativos, como los problemas económicos o los déficits. De esta manera, la visión respecto a éstas pudo verse exacerbada debido a la situación que a nivel nacional estaba experimentando el Sector Salud.

Esta investigación se realizó con el grupo de funcionarios Técnicos Paramédicos del Hospital pertenecientes a los Servicios Clínicos, no incluyéndose en ella al personal paramédico perteneciente a otras Unidades Hospitalarias. Por lo tanto, la descripción de la Cultura Organizacional obtenida corresponde sólo a la visión de los funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios indicados y no al grupo total de 455 funcionarios Técnicos Paramédicos del Hospital.

Del 16% de funcionarios Técnicos Paramédicos no evaluados, pertenecientes a los Servicios Clínicos, un 9% corresponde a personas que se negaron a participar en el estudio. Puede hipotetizarse que su participación habría aumentado las actitudes y creencias negativas expresadas ya por quienes participaron efectivamente del estudio. Ello porque las razones dadas para no colaborar en el estudio se referían a disconformidad con el Sistema Hospitalario, temor a supuestos efectos negativos posteriores, falta de confianza en la utilidad de los estudios, etc.

Por su parte, el 7% restante, aparece con poco peso, como para haber modificado significativamente los resultados de la investigación.

Respecto a limitaciones metodológicas, inicialmente hubo dificultades concretas de parte de los participantes para la comprensión tanto de las instrucciones del Cuestionario, como de las relaciones entre atributos. En este sentido, las instrucciones resultaron poco claras e insuficientes para la comprensión del término "distancia" y, el par criterio presentado resultó ser un elemento más distractor que facilitador en el proceso de responder el Cuestionario. Por último, en relación al instrumento mismo, los respondientes inicialmente manifestaron la preferencia hacia las escalas de diferencial semántico o tipo Likert, principalmente debido a su rapidez y a la dificultad de no encontrar parámetros iniciales de respuesta en el Cuestionario utilizado.

En consideración, principalmente de las dificultades de procedimiento, resulta necesario revisar algunos elementos que permitan optimizar la aplicación del Sistema

Galileo en futuras investigaciones nacionales. En primer lugar, es indispensable adecuar las instrucciones originales del Cuestionario, de manera que, a partir de ellas, resulten comprensibles términos como "distancia", "cercanía" o "lejanía" y sus respectivas correspondencias numéricas, pues la comprensión de estas ideas es esencial para el buen manejo del procedimiento que se debe usar al contestar el Cuestionario. Junto con precisar las instrucciones del Cuestionario, es indispensable contar tanto con un set de instrucciones verbales de apoyo y un formato explicativo de las interpretaciones posibles para cada par comparado de etiquetas. Además, es necesario modificar el par criterio a utilizar en el Cuestionario. Parece conveniente la inclusión de un recordatorio más concreto aún respecto a las distancias y sus correspondencias numéricas (cerca = puntaje bajo; lejos = puntaje alto).

En relación con las proyecciones futuras referidas tanto a estudios de Cultura Organizacional como a la aplicación del Sistema Galileo en el ámbito de la investigación nacional, a partir de este estudio se proponen 2 posibles alternativas futuras de investigación:

- 1) Replicar este estudio en otros estamentos o sub-grupos de la misma Institución con el fin de ir agregando representaciones de distintos estamentos acerca de los principales atributos organizacionales y así avanzar en la elaboración de la visión global de la Cultura Organizacional del Hospital Doctor Gustavo Fricke.

- 2) Replicar el mismo diseño de investigación en otros Servicios Hospitalarios del país de manera tal de posibilitar comparaciones entre distintas Instituciones de Salud Pública del país, para avanzar en el estudio de la Cultura Hospitalaria Nacional. Una investigación de esta naturaleza adquiere relevancia, si se considera la especial Reforma de Salud proyectada por el Ministerio de Salud para el período 2000-2006, la que incidirá

significativamente en la modernización y fortalecimiento de las políticas de gestión de los Servicios de Salud nacionales.

Otra línea investigativa podría relacionar la variable Cultura Organizacional y las variables "desempeño laboral" y "satisfacción laboral", en cuanto estas dos últimas variables se encuentran directamente ligadas con la percepción, las actitudes y las creencias que los miembros de una Organización tienen respecto de ella.

Finalmente, la realización de la presente investigación ha demostrado que el Sistema Galileo es una herramienta metodológica extremadamente valiosa para el ámbito de la investigación en Psicología, puesto que no sólo acerca a esta ciencia a las actuales tendencias de investigación cuali-cuantitativa, sino que además, facilita la incorporación al estudio de fenómenos sociales de una herramienta tecnológica bastante precisa y rápida, que viene a complementar, sin duda, la actividad del Psicólogo. De esta forma, esta primera aproximación a la metodología Galileo da pie para la realización de futuras investigaciones tanto a nivel regional como nacional, que empleen como instrumento metodológico central a dicho instrumento.

REFERENCIAS

- Abravanel, H. (1992). Cultura Organizacional: Aspectos Teóricos, Prácticos y Metodológicos. Bogotá: Editorial Legis.
- Andrade, H. (1991). Cultura Organizacional, Administración de Recursos Simbólicos y Comunicación. En Fernández, C. (comp.). La Comunicación en las Organizaciones. (pp.107-133). México: Editorial Trillas.
- Barnet, G. (Agosto, 1997). A Symbols and Meaning Approach to the Organizational Cultures of Banks in the United States, Japan, and Taiwan. Communication Research, Vol.24 N° 4, pp. 394-412.
- Colegio Médico de Chile (A.G). (Octubre, 1999). Hospital Gustavo Fricke 1892 – 1999: 107 años de Esfuerzo Médico.
Revista Panorama Médico: Año 9, Número 40
- Colegio Médico de Chile (A.G). (1999). Políticas de Salud para Chile: Nuestra Visión.
Disponible en World Wide Web:
[http:// www.mundomed.net/colmedico/publicac/polsalud/resumen.html](http://www.mundomed.net/colmedico/publicac/polsalud/resumen.html)
- Cordova, A., Font, I., Guñido, P., Hernández, E. & Sánchez, A. (Junio – Diciembre, 1998). Un Enfoque del Estudio de la Cultura Organizacional. Revista Gestión y Estrategia: Número 14. Universidad Autónoma de México. Edición Internet: Gestión y Estrategia.
Disponible en World Wide Web:
[http:// www.azc.uam.mx/gestion/num14/](http://www.azc.uam.mx/gestion/num14/)
- Chiavenato, I. (1988). Administración en Recursos Humanos. México: Editorial Mc Graw Hill.
- De Souza, A. (1998). Cultura Organizacional. Editorial: P.A & Partners.
Disponible en World Wide Web:
[http:// www.pa-partners.com/articulos.htm](http://www.pa-partners.com/articulos.htm)
- Demicheli, G. (1999). Comunicación y Cultura Organizacional de la Universidad de Valparaíso. Actitudes y Creencias del Estamento Académico. Universidad de Valparaíso: Proyecto DIPUV.

- Espinosa, M. & Medina, C. (1998). Cultura Organizacional: Dos Caras de un mismo Servicio. Revista Gestión y Estrategia: Número 14. Universidad Autónoma de México. Edición Internet: Gestión y Estrategia.
Disponible en World Wide Web:
[http:// www.azc.uam.mx/gestion/num14/](http://www.azc.uam.mx/gestion/num14/)
- Festinger, L. & Katz, D. (1993). Los Métodos de Investigación en las Ciencias Sociales. México: Editorial Paídos.
- García, M. (1999). Cultura Organizacional. Trabajo Doctoral Universidad de León, España.
Disponible en World Wide Web:
[http:// www.unileon.es](http://www.unileon.es)
- Goetz, J. & LeCompte, M. (1998). Etnografía y Diseño Cualitativo en Investigación Educativa. Madrid: Editorial Morata.
- Hall, R. (1983). Organizaciones: Estructura y Proceso. México: Prentice – Hall Hispanoamericana S.A.
- Hampton, D. (1990). Administración. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). Metodología de la Investigación. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Hospital Dr. Gustavo Fricke. (1954). Reseña Histórica del Hospital de Viña del Mar desde su Fundación. 1878 – 1953.
- Katz, D. & Kahn, R. (1989). Psicología Social de las Organizaciones. México: Editorial Trillas S.A.
- Koontz, H. & Weihrich, H. (1991). Elementos de Administración. Editorial Mc Graw Hill.
- Martínez, P. (1997). Resumen Ejecutivo: Informe Final Diagnóstico Cultural Hospital Doctor Gustavo Fricke. Viña del Mar.
- Martínez, P. (1998). Estudio-Diagnóstico de Cultura Organizacional.
Disponible en World Wide Web:
[http:// www.copsa.cop.es/congresoiberoa/base/trabajo/org44.htm](http://www.copsa.cop.es/congresoiberoa/base/trabajo/org44.htm)

- Ministerio de Salud (2000). Políticas de Salud. Metas Prioritarias 2000-2006.
Disponible en World Wide Web:
[http:// www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- Oneto, S. & Schlageter, K. (2000). Clima Organizacional: Estudio Descriptivo de Diez Servicios Clínicos del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología, Universidad de Valparaíso.
- Pearce, B. & Cronen, V. (1980). Communication, Action and Meaning: The Creation of Social Realities. New York: Praeger.
- Pfeffer, J. (1992). Organizaciones y Teoría de las Organizaciones. México: Fondo de Cultura Económica.
- Robbins, S.(1994). Comportamiento Organizacional: Conceptos, Controversias y Aplicaciones. Editorial: Prentice Hall.
- Rodríguez, A. (1998). Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.
- Rodríguez, D. (1991). Gestión Organizacional: Elementos para su Estudio. Serie Capacitación y Desarrollo.: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Rodríguez, D. (1992). Diagnóstico Organizacional. Ediciones UCV.
- Rousseau, D. (1988). The Construction of Climate in Organizational Research. Editorial C. L. Cooper and I. Robertson.
- Schein, E. (1982). "Psicología de las Organizaciones. Colombia: Editorial Prentice - Hall Internacional.
- Schvarstein, L. (1992). Psicología Social de las Organizaciones: Nuevos Aportes. Argentina: Editorial Paidós.
- Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota. (1996). Memoria 1992 – 1995 Hospital Dr. Gustavo Fricke.
- Sierra Bravo, R. (1992). Técnicas de Investigación Social: Teoría y Ejercicios. Madrid: Editorial Paraninfo S.A.

- Sojo, A. (1996, Agosto). Posibilidades y Limites de la Reforma en la Gestión de la Salud en Chile. Revista de la CEPAL N° 59, pp. 129-146.
- The Galileo Company. Galileo System Manual: System Overview and Program Descriptions.
- Vidal, W. (1995). Normas de Estilo y Formato para la Presentación de Tesis de Grado. Valparaíso: Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso.
- Villafañe, J. (1998). Imagen Positiva. Gestión Estratégica de la Imagen de las Empresas. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.
- Wuthnow, R.; Hunter, J.; Bergesen, A. & Kurzweil, E. (1988). Análisis Cultural. La Obra de Peter Berger, Mary Douglas, Michel Foucault y Jürgen Habermas. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Woelfel, J. & Fink, E. (1980). The Measurement of Communication Processes. Galileo Theory and Method. New York: Academic Press.
- Woelfel, J. (1998). Catpac II™. User`s Guide. Rah Press.
- Yepes, F. & Arias, J. (1998). La Investigación de Salud Pública y Sistemas de Salud en América Latina a la Luz de las Reformas. Montevideo: Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo CIID.
Disponible en World Wide Web:
[http:// www.idrc.ca/lacro/publicaciones/948756-s9.html](http://www.idrc.ca/lacro/publicaciones/948756-s9.html)

ANEXOS

ANEXO 1
CUESTIONARIO DE PARES COMPARADOS

Estimado Participante:

Nosotros estamos trabajando en un estudio que desea conocer su visión acerca de algunos atributos que pudieran o no caracterizar al Hospital.

En las siguientes páginas nosotros le presentamos una lista de conceptos y frases, y le pedimos a usted que nos diga, de acuerdo a su opinión, qué tan cercanos o distantes están cada uno de los siguientes conceptos de los restantes.

INSTRUCCIONES

Por favor estime qué tan distantes están cada una de las siguientes palabras o frases de cada una de las otras. Mientras más distantes ellas parezcan estar, mayor debe ser el número que usted deberá escribir. Por el contrario, mientras menos distantes usted considera que están, menor será el número que deberá escribir.

Si dos palabras o frases no son en absoluto diferentes o distantes, por favor escriba cero (0). Si usted no sabe, simplemente deje el espacio en blanco. Ahora bien, si usted considera que la distancia entre ambos conceptos o frases es mayor que 100, escriba el número que a su juicio represente mejor aquella distancia.

Para ayudarle a identificar qué número debe escribir, recuerde: **"Si blanco está a 100 unidades de distancia de negro"**.

Muchas gracias por su ayuda.

Si blanco está a 100 unidades de distancia de negro, a qué distancia está:

el hospital actual	de	el hospital ideal	_____
el hospital actual	de	los funcionarios técnicos paramédicos	_____
el hospital actual	de	los profesionales médicos	_____
el hospital actual	de	los profesionales no médicos	_____
el hospital actual	de	los funcionarios administrativos	_____
el hospital actual	de	usted	_____
el hospital actual	de	su servicio	_____
el hospital actual	de	los usuarios	_____
el hospital actual	de	el déficit de insumos	_____
el hospital actual	de	el déficit de personal	_____
el hospital actual	de	el trabajo a presión	_____
el hospital actual	de	la buena calidad de atención	_____
el hospital actual	de	los problemas interpersonales	_____
el hospital actual	de	la vocación de servicio	_____
el hospital actual	de	las dificultades económicas del hospital	_____

Si blanco está a 100 unidades de distancia de negro, a qué distancia está:

el hospital ideal	de	los funcionarios técnicos paramédicos	_____
el hospital ideal	de	los profesionales médicos	_____
el hospital ideal	de	los profesionales no médicos	_____

el hospital ideal	de	los funcionarios administrativos	_____
el hospital ideal	de	usted	_____
el hospital ideal	de	su servicio	_____
el hospital ideal	de	los usuarios	_____
el hospital ideal	de	el déficit de insumo	_____
el hospital ideal	de	el déficit de personal	_____
el hospital ideal	de	el trabajo a presión	_____
el hospital ideal	de	la buena calidad de atención	_____
el hospital ideal	de	los problemas interpersonales	_____
el hospital ideal	de	la vocación de servicio	_____
el hospital ideal	de	las dificultades económicas del Hospital	_____

Sí blanco está a 100 unidades de distancia de negro, a qué distancia está:

los funcionarios técnicos paramédicos	de	los profesionales médicos	_____
los funcionarios técnicos paramédicos	de	los profesionales no médicos	_____
los funcionarios técnicos paramédicos	de	los funcionarios administrativos	_____
los funcionarios técnicos paramédicos	de	usted	_____
los funcionarios técnicos paramédicos	de	su servicio	_____
los funcionarios técnicos paramédicos	de	los usuarios	_____
los funcionarios técnicos paramédicos	de	el déficit de insumos	_____
los funcionarios técnicos paramédicos	de	el déficit de personal	_____
los funcionarios técnicos paramédicos	de	el trabajo a presión	_____
los funcionarios técnicos paramédicos	de	la buena calidad de atención	_____
los funcionarios técnicos paramédicos	de	los problemas interpersonales	_____
los funcionarios técnicos paramédicos	de	la vocación de servicio	_____
los funcionarios técnicos paramédicos	de	las dificultades económicas del Hospital	_____

Sí blanco está a 100 unidades de distancia de negro, a qué distancia está:

los profesionales médicos	de	los profesionales no médicos	_____
los profesionales médicos	de	los funcionarios administrativos	_____
los profesionales médicos	de	usted	_____
los profesionales médicos	de	su servicio	_____
los profesionales médicos	de	los usuarios	_____
los profesionales médicos	de	el déficit de insumos	_____
los profesionales médicos	de	el déficit de personal	_____
los profesionales médicos	de	el trabajo a presión	_____
los profesionales médicos	de	la buena calidad de atención	_____

los profesionales médicos	de	los problemas interpersonales	_____
los profesionales médicos	de	la vocación de servicio	_____
los profesionales médicos	de	las dificultades económicas del Hospital	_____

Sí blanco está a 100 unidades de distancia de negro, a qué distancia está:

los profesionales no médicos	de	los funcionarios administrativos	_____
los profesionales no médicos	de	usted	_____
los profesionales no médicos	de	su servicio	_____
los profesionales no médicos	de	los usuarios	_____
los profesionales no médicos	de	el déficit de insumos	_____
los profesionales no médicos	de	el déficit de personal	_____
los profesionales no médicos	de	el trabajo a presión	_____
los profesionales no médicos	de	la buena calidad de atención	_____
los profesionales no médicos	de	los problemas interpersonales	_____
los profesionales no médicos	de	la vocación de servicio	_____
los profesionales no médicos	de	las dificultades económicas del Hospital	_____

Sí blanco está a 100 unidades de distancia de negro, a qué distancia está:

los funcionarios administrativos	de	usted	_____
los funcionarios administrativos	de	su servicio	_____
los funcionarios administrativos	de	los usuarios	_____
los funcionarios administrativos	de	el déficit de insumos	_____
los funcionarios administrativos	de	el déficit de personal	_____
los funcionarios administrativos	de	el trabajo a presión	_____
los funcionarios administrativos	de	la buena calidad de atención	_____
los funcionarios administrativos	de	los problemas interpersonales	_____
los funcionarios administrativos	de	la vocación de servicio	_____
los funcionarios administrativos	de	las dificultades económicas del Hospital	_____

Sí blanco está a 100 unidades de distancia de negro, a qué distancia está:

usted	de	su servicio	_____
usted	de	los usuarios	_____
usted	de	el déficit de insumos	_____
usted	de	el déficit de personal	_____
usted	de	el trabajo a presión	_____

usted	de	la buena calidad de atención	_____
usted	de	los problemas interpersonales	_____
usted	de	la vocación de servicio	_____
usted	de	las dificultades económicas del Hospital	_____

Sí blanco está a 100 unidades de distancia de negro, a qué distancia está:

su servicio	de	los usuarios	_____
su servicio	de	el déficit de insumos	_____
su servicio	de	el déficit de personal	_____
su servicio	de	el trabajo a presión	_____
su servicio	de	la buena calidad de atención	_____
su servicio	de	los problemas interpersonales	_____
su servicio	de	la vocación de servicio	_____
su servicio	de	las dificultades económicas del Hospital	_____

Sí blanco está a 100 unidades de distancia de negro, a qué distancia está:

los usuarios	de	el déficit de insumos	_____
los usuarios	de	el déficit de personal	_____
los usuarios	de	el trabajo a presión	_____
los usuarios	de	la buena calidad de atención	_____
los usuarios	de	los problemas interpersonales	_____
los usuarios	de	la vocación de servicio	_____
los usuarios	de	las dificultades económicas del Hospital	_____

Sí blanco está a 100 unidades de distancia de negro, a qué distancia está:

el déficit de insumos	de	el déficit de personal	_____
el déficit de insumos	de	el trabajo a presión	_____
el déficit de insumos	de	la buena calidad de atención	_____
el déficit de insumos	de	los problemas interpersonales	_____
el déficit de insumos	de	la vocación de servicio	_____
el déficit de insumos	de	las dificultades económicas del Hospital	_____

Sí blanco está a 100 unidades de distancia de negro, a qué distancia está:

el déficit de personal	de	el trabajo a presión	_____
el déficit de personal	de	la buena calidad de atención	_____
el déficit de personal	de	los problemas interpersonales	_____
el déficit de personal	de	la vocación de servicio	_____
el déficit de personal	de	las dificultades económicas del Hospital	_____

Sí blanco está a 100 unidades de distancia de negro, a qué distancia está:

el trabajo a presión	de	la buena calidad de atención	_____
el trabajo a presión	de	los problemas interpersonales	_____
el trabajo a presión	de	la vocación de servicio	_____
el trabajo a presión	de	las dificultades económicas del Hospital	_____

Sí blanco está a 100 unidades de distancia de negro, a qué distancia está:

la buena calidad de atención	de	los problemas interpersonales	_____
la buena calidad de atención	de	la vocación de servicio	_____
la buena calidad de atención	de	las dificultades económicas del Hospital	_____
los problemas interpersonales	de	la vocación de servicio	_____
los problemas interpersonales	de	las dificultades económicas del Hospital	_____
la vocación de servicio	de	las dificultades económicas del Hospital	_____

Edad: _____
 Sexo: _____ (Femenino = F; Masculino = M)
 Servicio en que Trabaja: _____
 Años de Servicio en el Hospital: _____

