

Plan de Motivación para Directivos Intermedios de un Hospital de Alta Complejidad

Miguel Bustamante-Ubilla

Dr. en Ciencias Económicas y Empresariales, Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad de Talca, Chile

Participó en la investigación: Pl. Villarreal-Navarrete

Resumen

Objetivos: En este trabajo se elabora un plan de motivación para los directivos intermedios de un hospital regional de alta complejidad. **Métodos:** Se aplicó el método de análisis de factores de componentes principales con rotación Varimax sobre la base de un cuestionario que incluyó 57 afirmaciones de medición de actitudes tipo Likert de cinco puntos. La población sujeta de la investigación fue la línea de mando intermedia, constituida por 62 profesionales bajo cuya supervisión se desempeñan 1 317 funcionarios. **Resultados:** Se propone la realización de talleres de integración entre jefes y subalternos, la creación de instancias de participación informativa, consultiva y de decisión, y que, además, se estudie la carga de trabajo así como un sistema de comunicación que incorpore elementos de reconocimiento. **Discusión:** Se confirma el hecho de que los factores higiénicos no producen motivación y que tampoco generan desmotivación. Sin embargo, variables económicas como el salario, pueden llegar a ser consideradas motivacionales o desmotivacionales de acuerdo con el nivel de satisfacción alcanzado.

Abstract

Objectives: In this work a motivation plan is elaborated for the intermediate directive of a regional hospital of high complexity. **Methods:** The method of analysis of factors of main components was applied with rotation Varimax on the base of a questionnaire that included 57 statements of mensuration of attitudes type Likert of five points. The population subject of the investigation was the control line you/he/she intermediates constituted by low 62 professionals whose supervision 1 317 officials act. **Results:** She/he intends the realization of integration shops among bosses and subordinate; that instances of informative, advisory participation are believed and of decision and the work load is studied as well as a communication system that incorporates recognition elements. **Discussion:** They are confirmed the fact that the hygienic factors don't produce motivation and that neither they generate desmotivation. However, economic variables as the Salary, they can arrive to be considered motivational or agreement desmotivational with the level of satisfaction reached.

Los planes del gobierno chileno¹ se han orientado a modernizar el sistema de salud,^{2,3} como eje de acción del Estado.⁴ El objetivo ha sido lograr grados superiores de equidad⁵ mediante el mejoramiento de la gestión de los servicios públicos.^{6,7} Se han creado establecimientos de auto-gestión en red,⁸ cuyas tareas son implementar nuevas prácticas de dirección de las personas^{9,10} y llevar a cabo el cambio sistémico del sector en actual evolución,¹¹ y que se ha hecho evidente en la evolución de los indicadores de gestión.¹² Este modifica y transforma elementos significativos del sistema de salud,⁶ adaptándolo a un nuevo ambiente⁹ que innova las conductas de los profesionales que no pueden ser ignoradas, más bien, deben ser motivados¹³ a fin de evitar el decaimiento que podría llegar a ser permanente.¹⁴ En general, se reconoce que las personas tienden a condicionar su accionar y esperan lograr grados superiores de autonomía prefiriendo, entre otros factores, autocontrolar su desempeño.¹⁵

A partir de la afirmación de que "...es preciso que el sistema establezca estímulos que motiven la permanencia –de las personas– en el sector y que mantenga la estabilidad",¹⁶ a un equipo directivo de un importante

hospital regional de Chile le pareció pertinente propiciar el objetivo de "elaborar las bases de un plan de motivación que facilite la implementación de los cambios que supone la reforma del sector salud chileno". Para lograr este propósito fue necesario: determinar los factores de motivación o de desmotivación de las jefaturas intermedias y elaborar una propuesta de plan de motivación que incorpore los elementos esenciales implícitos en dichos factores.

Motivación laboral

La motivación ha sido definida por diversos autores¹⁷ para explicar el comportamiento de un organismo frente a incentivos e impulsos¹⁸ que favorecen la conducta de manera específica.¹⁹ Asimismo, se la define como la expresión de "la voluntad –de un individuo– de hacer un esfuerzo para alcanzar una meta organizacional que satisfaga a su vez alguna necesidad individual".²⁰ Es, en consecuencia, el resultado de un proceso²¹ que determina e impulsa hacia ciertas metas y transforma en atrayentes algunas expectativas²² que se presume resuelven disonancias cognoscitivas²³ que condicionan su accionar.

La motivación representa, por lo tanto, "...procesos psicológicos que pro-

ducen el despertar, la dirección y la persistencia de acciones voluntarias orientadas a objetivos";²⁴ e integra "...factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta".²¹ El individuo descarga la tensión y alcanza homeostasis, se encamina hacia ciertas metas y con ello reduce las tensiones que actuaron como impulsoras.²⁴

Teorías como las de equidad, balance o equilibrio,²⁵ y la teoría social cognitiva,²⁶ ayudan a comprender las conductas humanas en lo cotidiano; sin embargo, en lo laboral, la teoría de los dos factores²⁷ distingue entre factores motivadores relacionados con la naturaleza del trabajo y los de higiene, que dan contexto al desempeño laboral de los individuos²⁸ pudiendo no ser los mismos que causan la insatisfacción y cuya ausencia no conduce necesariamente a la insatisfacción.²⁷

Plan motivacional

Un plan de motivación¹⁹ es una herramienta de gestión de personas. Consiste en un conjunto de acciones dirigidas a activar las conductas de los individuos insertos en una organización, dando énfasis al fortalecimiento de factores que estimulan los aciertos y atenúan el impacto de incongruencias.²³ Dicho plan establece objetivos,

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



+ Bibliografía completa,
especialidades médicas
relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de los autores.

políticas y controles en todas las actividades así como a las relaciones interpersonales que resultan relevantes y que deben ser estimuladas.

Entre los fundamentos de un plan destacan las teorías de contenido, de proceso y de proceso de intercambio social,¹⁷ mediante las cuales se pueden explicar, sobre la base de modelos diversos y complementarios, los elementos de motivación o desmotivación de un eventual plan en sus diversas perspectivas. Por una parte, porque una sola teoría no permite explicar la conducta motivada de uno o varios individuos, y por otra, porque la utilización conjunta de las diversas interpretaciones de la motivación da origen a lo que se ha dado en llamar modelo integrado de motivación, capaz de articular un conjunto factores clave sobre la base de criterios que permiten enfocar la gestión de la motivación de las personas en una organización.²⁹

Materiales y métodos

Se identificaron factores de motivación o desmotivación mediante la aplicación de un cuestionario estructurado en tres partes y, para la medición de actitudes³⁰ se aplicó escala Likert.³¹

El diseño del Plan de Motivación consideró esencialmente la utilización de métodos cualitativos de investigación.^{32,33} Se realizó mediante un censo³⁴ de las jefaturas intermedias del hospital de alta complejidad sujeto del estudio, con un total de 62 profesionales directivos intermedios.

El estudio cualitativo contempló, primero, sesiones de grupo focal,³⁵ y posteriormente, talleres de retroalimentación³⁶ que fueron complementados con entrevistas en profundidad a directivos y expertos.^{37,38} El análisis de los datos se realizó mediante el *software* estadístico SPSS versión 15.0.

El grupo foco se centró en la identificación de componentes de la motivación en el contexto de la reforma sectorial de la salud reflexionando sobre sus condiciones, posibilidades y consistencia, todo lo cual fue ratificado en forma grupal.³⁶ La presentación de resultados preliminares se hizo con las mismas palabras de los directivos intermedios participantes en los talleres de análisis,³² de modo que éstos hablaran por sí mismos evitando, en lo posible, efectos de distorsión por interpretación. En la siguiente fase, los mismos directivos, clasificaron los temas, relacionaron las descripciones verbales tal cual fueron mencionadas por los actuan-

tes y se obtuvieron agrupamientos relevantes para cada tema.³⁶

En las discusiones grupales se aplicó el método SOPP adaptado,³² mediante el cual cada asistente registró sus apreciaciones en torno de la motivación. En los primeros, debían escribir tres atributos que motivan el desarrollo de las labores que realizan, y en los otros, aquellos que los desmotivaban. Acto seguido se agruparon las aportaciones conformando dos grupos: el de motivación y el de desmotivación.

A continuación, los directivos intermedios participantes se dividieron en dos grupos de trabajo que realizaron una subclasificación ordenando los atributos por "familias", haciendo referencia a un mismo tema, definiendo cada una de las variables de motivación y desmotivación identificadas en la primera actividad.

En la tercera fase, de ratificación, a cada directivo se le entregó un total de seis votos, tres para cada grupo de variables, los que fueron asignados según la valoración de cada quién, pudiendo asignar uno o los tres votos a un mismo atributo, indicando con ello la relevancia de los mismos. Mediante este procedimiento se generó un efecto de *frecuencia* que representa la puntuación de cada variable resultante de la adición de los votos que obtuvieron los atributos que las componen.

Las bases del plan de motivación se elaboraron a partir de un análisis de factores de componentes principales. Y, mediante la realización de un segundo taller, en el que participó el 90% de la población en estudio, se propusieron soluciones para los atributos que generan desmotivación.

Los participantes fueron divididos al azar en tres grupos. Cada grupo escogió un atributo desmotivador con alta frecuencia para ser analizado y discutido, resultado de lo cual se obtuvieron soluciones alternativas mediante el método de lluvia de ideas. Una vez realizada la fase de análisis y discusión, los participantes comenzaron a exponer de forma ordenada sus propuestas, utilizando el recurso MindMan-Mindjet, 2002, de manera tal que las diversas soluciones alternativas pudiesen ser observadas y sujetas a modificación. Esto permitió que los demás grupos aportaran sus ideas acerca de lo expuesto, generando retroalimentación.

Descripción del hospital de alta complejidad

El hospital de alta complejidad objetivo de la presente investigación,

fue fundado en el año 1803 gracias a la iniciativa de los propios vecinos, y en particular de dos hermanos de la localidad (Nicolás y Juan Manuel de la Cruz y Bahamondes, Región del Maule, Chile). El hospital se hallaba ubicado en la misma ciudad y, a medida que la población fue creciendo, se hizo evidente la estrechez del recinto para atender el creciente número de pacientes, por lo que se decidió construir un nuevo hospital, el cual fue inaugurado en 1886, ubicado en una nueva localización de la capital regional.

El hospital de alta complejidad está clasificado como tipo 1 y dispone de todas las especialidades médicas, consta de 577 camas y abarca un espacio de alrededor de 20 000 metros cuadrados en donde se ubican los servicios clínicos y administrativos. Depende del Servicio de Salud de la Región, que a su vez depende del Ministerio de Salud, a través del cual se financia y recibe apoyo técnico.

El establecimiento atiende a la población usuaria, que supera el millón de personas, con 1 317 funcionarios y proyecta sus servicios a una población que abarca todas las provincias de la Región del Maule, con una superficie de 39 692 km², compuesta por cuatro provincias.

La misión del recinto asistencial está dirigida a *prestar atención integral de salud de la región, con acciones de mediana y alta complejidad*, teniendo como desafío contar con un hospital técnica, administrativa y estructuralmente moderno, con un desempeño eficiente e integrado a la comunidad, con un equipo de salud idóneo, capacitado además de comprometido con la satisfacción usuaria.

En la actualidad, el Hospital de Alta Complejidad se encuentra en fase de creación de la Unidad de Gestión, que tiene como desafío, desde hace un año, implementar Centros de Gestión en los Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo, con el fin de integrar a los médicos en la gestión hospitalaria y en la estandarización de procesos; actividades fundamentales a la hora de optimizar recursos y garantizar calidad. Por otro lado, pretende también consolidar en el establecimiento el proyecto de Centro de Diagnóstico Terapéutico, para tener un lugar de atención digno para los pacientes y para el personal. Además, ya superó la etapa de evaluación con las autoridades nacionales para la urgente construcción de un nuevo recinto hospitalario, en este momento

Tabla 1. Jefaturas intermedias de los hospitales de la región del Maule, Chile.

Subdirecciones	Servicios clínicos y administrativos	Subdirecciones	Servicios clínicos y administrativos
Subdirección de operaciones	Alimentación Esterilización Servicios generales Equipos médicos Mantenimiento	Servicios clínicos	Medicina Pediatria Cirugía Obstetricia ginecológica Cirugía infantil
Subdirección administrativa	Recursos humanos SOME Control y presupuesto Abastecimiento Informática	Unidades de apoyo terapéutico	Emergencia Pabellón UCI Consultorio adosado Oncología Neonatología Centro de cáncer gástrico Especialidades Unidad asistencial nutricional intensiva Rehabilitación Pensionado general
Unidades de apoyo y diagnóstico	Laboratorio Banco de sangre Anatomía patológica Imagenología		

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los organigramas y de los registros de las unidades administrativas que se indican: Servicio de Orientación Médico Estadístico, SOME; Unidad de Cuidados Intensivos, UCI; Unidad Asistencial Nutricional Intensiva, UANI.

en fase de licitación pública, ya que su infraestructura fue gravemente dañada por el terremoto (8,8^o) que debió soportar en el año 2010, disminuyendo notoriamente su funcionalidad y su calidad de servicio.

Población y muestra

La caracterización demográfica del censo³⁷ de 62 directivos en estudio (Tabla 1) muestra que las edades de los entrevistados se ubican entre los 30 y los 66 años, con una media de 44,6 años, en tanto que el ingreso laboral al sistema de salud público data de entre 1967 y 2008 y donde el 57% de los entrevistados registra su ingreso con posterioridad al año 1987.

Los entrevistados constituyen la línea de mando intermedia, es decir jefes de servicios clínicos y administrativos pertenecientes al tercer nivel jerárquico de la estructura organizacional, bajo cuya supervisión se encuentran 1 317 funcionarios.

Descripción del cuestionario

El cuestionario se estructura en tres partes en las cuales se utiliza escalas nominal, ordinal, intervalo, razón y, para la medición de actitudes, la escala Likert³¹ de cinco puntos en grado creciente a través de 57 afirmaciones.

Se establecieron cinco intervalos de clase para la interpretación de la escala Likert. Entre 1.0 y 1.79 puntos el rango "completamente en desacuerdo" y entre 4.2 y 5.0 puntos el rango "completamente de acuerdo".

Para jerarquizar las variables motivacionales y desmotivacionales se utilizó una escala ordinal^{34,37} creciente de siete puntos, a fin de conocer la importancia y significación de éstas

en los entrevistados. El *ranking* resultante se obtuvo mediante una estandarización a la normal de los promedios.

Validez, confiabilidad y consistencia

Se verificó la validez de contenido sobre la base de la teoría de Herzberg,²⁷ considerando factores intrínsecos y extrínsecos que representan los dos componentes del modelo. La validez del constructo se determinó mediante la identificación y definición operativa de las variables constitutivas de la motivación-desmotivación. Además, se verificó su aplicabilidad mediante el análisis de componentes principales, y la validez convergente se determinó mediante las correlaciones o cargas de los componentes respecto de cada factor (coeficiente de correlación superior o igual a 0.5). La validez discriminante se verificó mediante las varianzas explicadas de cada factor respecto de la varianza total, y la validación del instrumento se realizó mediante prueba piloto que se aplicó a una muestra aleatoria de 15 profesionales de salud no incluidos en el censo y luego fue sometida a la opinión de seis académicos expertos, verificándose la unidireccionalidad de las proposiciones, redacción y estructura de las afirmaciones.³⁴

La consistencia interna de los instrumentos aplicados o indicador de unidimensionalidad fue determinada través del índice alfa de Cronbach,³⁹ requiriendo que fuese superior o igual a 0.70 a fin de que el estudio pudiese ser calificado de alta confiabilidad.³⁷

Para asegurar la confidencialidad se optó por un cuestionario anónimo, según lo establecido en la ley N°

17.347, artículo 29, promulgada en 1970 por el Congreso Nacional.⁴⁰ Por último, el cuestionario fue aplicado durante las dos últimas semanas del mes de octubre del año 2009 en una sesión por semana.

Resultados

Se realizó un análisis factorial (Tabla 2) de los distintos atributos implícitos en las 57 afirmaciones del cuestionario, agrupándolas en la respectiva matriz de componentes principales de acuerdo con las correspondientes correlaciones entre los atributos y los factores. A partir de dicha matriz de componentes se derivó la matriz de componentes rotados, la cual arrojó 17 factores.

Se optó por la matriz rotada, que se efectuó con el método Varimax,^{34,37} con el propósito de que los factores se encuentren con los atributos más altamente correlacionados. Se analizó cada factor de la matriz rotada con los atributos asociados y se seleccionaron aquellos componentes que obtuvieron un mayor grado de correlación en valor absoluto con cada factor y se extrajeron los seis primeros factores, considerados los componentes con las más altas correlaciones del conjunto de atributos, con lo cual se totaliza una varianza explicada del 52%.

Los resultados obtenidos para cada uno de los factores se ubican por encima del valor umbral, alcanzando entre 0.70 y 0.88 de confiabilidad. En consecuencia, el estudio alcanza un índice de alta confiabilidad; además, es factible suponer que, al aumentar el número de ítems incorporados se pueda aumentar dicha confiabilidad.³⁹

Tabla 2. Percepción de los grados de motivación y desmotivación. Del análisis de factores.****

Factor 1: Satisfacción laboral				Factor 2: Condiciones del trabajo			
P*	Variable	C**	S***	P*	Variable	C**	S***
10	Satisfacción personal	0.84	1.38	7	Ascensos	0.8	0.39
16	Labor	0.84	1.35	12	Grado servicio	0.89	-0.24
22	Vocación de servicio	0.75	1.28	15	Remuneración recibida	0.8	-0.62
52	Ayuda paciente	0.69	1.28	38	Tipo trabajo	0.35	-1.32
53	Espíritu de servicio	0.9	1.09	50	Entorno laboral	0.59	-0.78
	Coefficiente alfa	0.88			Coefficiente alfa	0.79	
	Varianza explicada		0.14		Varianza explicada		0.11
Factor 3: Falta de reconocimiento				Factor 4: Compromiso organizacional			
P*	Variable	C**	S***	P*	Variable	C**	S***
17	Comunicación	0.7	-.21	30	Compromiso	0.69	-0.59
31	Ambiente laboral	0.41	-1.04	32	Beneficios laborales	0.86	-0.97
34	Críticas	0.83	-0.08	42	Desorden organizacional	0.58	0.11
43	Burocracia	0.58	0.78	44	Compromiso colegas	0.52	-0.78
47	Dirección	0.52	-0.82	51	Lealtad laboral	0.46	-0.85
	Coefficiente alfa	0.73			Coefficiente alfa	0.74	
	Varianza explicada		0.09		Varianza explicada		0.07
Factor 5: Falta de recursos				Factor 6: Convivencia laboral			
P*	Variable	C**	S***	P*	Variable	C**	S***
26	Recursos	0.74	0.78	11	Relaciones laborales	0.8	0.52
39	Recursos humanos	0.2	0.55	23	Relaciones humanas	0.68	1.09
40	Materiales	0.88	0.39	27	Clima laboral	0.26	0.49
48	Incentivo monetario	0.47	1.09	33	Desarrollo profesional	0.27	-0.08
54	Desempeño	0.27	0.65	37	Nuevos conocimientos	0.36	1.28
	Coefficiente alfa	0.70			Coefficiente alfa	0.71	
	Varianza explicada		0.06		Varianza explicada		0.05

* (P) Pregunta ** (C) Correlación *** (S) Satisfacción

**** Método multivariado de análisis de factores de componentes principales.

Se trabajó en valores estandarizados sobre la base de una escala de Likert de 5 puntos.

Se aplicó el software de análisis estadístico SPSS versión 15.0.

En total, se incorporaron al análisis 30 atributos resultantes mediante los cuales se inició el estudio de las bases para la propuesta de un Plan Motivacional, el que se formuló considerando que, en el corto plazo, la acción propuesta produce un efecto inmediato en la conducta motivada, mientras que, en el mediano plazo, una acción de estímulo implicaría un efecto de impacto retardado. En el largo plazo, las acciones de estímulo propuestas implicarían impactos de lenta maduración a nivel organizacional.

Factores de motivación

El primer factor, *satisfacción laboral*, está compuesto por cinco atributos altamente correlacionados con el factor, con una confiabilidad de 0.88 y una varianza explicada de 13.74%. Destaca el atributo *espíritu de servicio*, con la correlación más alta, de 0.90, siendo la principal causa por la cual las jefaturas intermedias se sienten satisfechos en sus trabajos. Acompaña el atributo *labor*, con una correlación de 0.84, lo que pone de manifiesto que, cuando la población en estudio siente que su trabajo es útil,

esta actitud incide positivamente en la satisfacción laboral. Le sigue el atributo *satisfacción personal*, con una correlación de 0.840, lo que señala que el papel de los jefes de unidad es esencial, puesto que al demostrar una actitud positiva en el trabajo que realizan en relación con sus subordinados y subalternos incide directamente en su satisfacción. Además, parece razonable suponer que, por tratarse de un servicio de ayuda a la comunidad, presenta un vínculo natural con el atributo *ayuda al paciente*, que muestra una correlación de 0.69 con el factor. Por último, *vocación de servicio* resultó ser uno de los atributos que parece explicar la sensación de realización personal de los entrevistados en su ejercicio profesional, atributo que alcanzó un índice de 0.75 de correlación con el factor *satisfacción laboral*.

Convivencia laboral, sexto factor identificado en el análisis, presentó una confiabilidad de 0.71, con 5.16% de varianza explicada. Es de carácter motivacional y está asociado con cinco atributos, entre los cuales *relaciones laborales* resultó con la más alta correlación, de 0.80, con el fac-

tor. Mientras que el atributo *relaciones humanas* arrojó la segunda correlación más alta con el factor, con un valor de 0.68. Estos atributos demuestran que, en general, los jefes de unidad consideran la convivencia en el trabajo como buena, tanto con los jefes superiores como con los subordinados, lo que ratifica el hecho de que una buena convivencia laboral trae consigo múltiples beneficios para las jefaturas intermedias, como son por ejemplo, la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, el desarrollo de proyectos participativos y un clima laboral de cooperación entre compañeros de trabajo. Esta situación se confirma por los atributos *nuevos conocimientos* (0.36), *desarrollo profesional* (0.27) y *clima laboral* (0.26).

Factores de desmotivación

En esta categoría se identifica el segundo factor, *condiciones del trabajo*, con una varianza explicada del 11.07% y una confiabilidad de 0.79. Está altamente correlacionado con cinco atributos, *grado de servicio* es el de mayor incidencia, con 0.89 de correlación, reflejando la inconformidad de los jefes de unidad con el actual sistema de calificación de funcionarios, en donde la labor desempeñada no refleja el grado de servicio, desmotivando a los directivos. Actualmente, el sistema de calificación es percibido como rígido y obsoleto. Por una parte, se basa en percepciones personales de los jefes de servicio, que provocan el descontento en los funcionarios y, por otra, porque sienten que sus respectivos trabajos son esencialmente eficientes y no se traducen necesariamente en mejoras salariales, permaneciendo en un *grado de servicio* que no refleja la labor realizada. Así lo confirma el atributo *ascensos* con una correlación de 0.80 con el factor, lo cual indica que representa un elemento de preocupación y relevancia para los directivos por el hecho de que las posibilidades de ascender en el trabajo son bajas. En esta misma perspectiva de análisis, el atributo *remuneración recibida* alcanzó un 0.80 de correlación con el factor, ratificándolo como un componente de disconformidad y reflejando el sentimiento negativo que provocan las compensaciones recibidas y que parecen no estar a la altura de las expectativas.

Desde una perspectiva más amplia, el atributo *entorno laboral*, con una correlación de 0.59 respecto del factor, incide en la desmotivación de los

Tabla 3. Propuesta de plan motivacional.

Factor	α	Teoría	Plan de Acción
1. Satisfacción en el trabajo	0.89	- Teoría de los dos factores de Herzberg (1959) ²⁷	- Desarrollo de proyectos, autonomía y recompensas relacionadas con la capacitación y oportunidades de educación - Acciones de mediano y largo plazo
2. Condiciones del trabajo	0.79	- Teoría de las expectativas de Vroom (1964) ²² - Teoría de la equidad de Adams (1963) ²⁵	- Nuevo sistema de calificación equitativo y acorde a la naturaleza de los puestos de trabajo - Acciones de largo plazo
3. Falta de reconocimiento	0.73	- Teoría del reforzamiento de Skinner (1977) ⁴¹	- Formación de comités integrados por jefes y funcionarios - Acciones de mediano y largo plazo
4. Compromiso organizacional	0.74	- Teoría de los dos factores de Herzberg (1959) ²⁷	- Programa de involucramiento de empleados - Acciones de mediano y largo plazo
5. Falta de recursos	0.70	- Teoría de los dos factores de Herzberg (1959) ²⁷	- Mejoramiento de la gestión administrativa - Decisiones de inversión y equipamiento de largo plazo
6. Convivencia laboral	0.71	- Teoría de las necesidades aprendidas de McClelland (1961) ⁴²	- Fomento de acciones de recreación social entre jefes y funcionarios - Actividades de relacionamiento interpersonal en el lugar de trabajo

α = Coeficiente alfa de Cronbach que mide la confiabilidad de cada factor.

jefes de unidad cuando ciertas conductas del personal, de manera progresiva, van conformando un entorno de trabajo poco grato difícil de tolerar. En tanto que el atributo *tipo de trabajo* obtuvo un 0.346 de correlación con el factor, siendo el atributo de menor desmotivación del factor en estudio, explicado por el hecho de realizar trabajos que no van con la profesión pero que, sin embargo, no desmotivan de manera considerable a los jefes de unidad.

El tercer factor, *falta de reconocimiento*, describe la desmotivación con 0.73 de correlación y 8.68% de varianza explicada a través de cinco atributos. *Críticas* arrojó la mayor correlación (0.83), lo que pone de relieve que no se reconoce el buen trabajo funcionario por parte de los jefes de unidad, eventualmente a causa de fallas en la comunicación entre jefes y subordinados. Esto último lo ratifica el atributo *comunicación*, con una correlación de 0.70, además del atributo *dirección*, que con una correlación de 0.52 indica un estilo de dirección poco eficiente. Situación que se ve acentuada por los atributos *burocracia en la toma de decisiones* (0.58) y el *ambiente laboral* (0.41) en que desenvuelve la población en estudio, incidiendo de manera importante en la *falta de reconocimiento* que muestran los Jefes de Unidad.

El factor *compromiso organizacional*, también definido como desmotivacional, arrojó una varianza explicada del 7.17% y una confiabilidad de 0.74, y lo componen cinco atributos. Entre ellos, *beneficios laborales*, cuya correlación fue la más alta (0.86), pone de manifiesto la existencia de un cierto grado de abuso de los funcionarios respecto de beneficios médicos y sociales que obtienen por el hecho de trabajar en el Hospital Regio-

nal. Situación que se ratifica en el atributo *compromiso de los funcionarios* y *compromiso de los colegas*, con una correlación de 0.70 y 0.52, respectivamente. Complementariamente, el atributo *lealtad laboral* (0.46) releva un escenario complejo para la organización, por cuanto los individuos superponen sus intereses personales a toda otra consideración. Situación que se acentúa si la organización es administrada con políticas ineficientes o poco claras y que se refleja en el atributo *desorden organizacional*, con una correlación de 0.58 con el factor. Finalmente, con una aceptabilidad de los datos de 0.70 y una varianza explicada del 5.59%, el factor *falta de recursos* representa el quinto factor identificado en el análisis multivariado de datos. Es de carácter desmotivacional y está compuesto por seis atributos, donde se destaca *materiales*, con una correlación de 0.88 con el factor. Asimismo, el atributo *recursos* arrojó la segunda correlación más importante, de 0.74 con el factor. Además, el atributo *desempeño* arrojó un discreto 0.27 de correlación con el factor, mientras que el atributo *recursos humanos* obtuvo la menor correlación con el factor (0.21). El comportamiento de estos atributos confirma que la población en estudio no cuenta con los materiales necesarios a tiempo para la ejecución de sus tareas, lo que limita, por cierto, el trabajo en la organización, haciendo lento y deficiente el desempeño de algunos funcionarios en el centro asistencial.

Plan motivacional

Para la elaboración del Plan Motivacional¹⁹ se contó con la colaboración de los propios sujetos de la investigación, los cuales confirmaron, mediante grupos focales y sesiones de

retroalimentación^{32,35} las variables clave del plan, el cual derivó del análisis de los seis primeros factores relevantes, lo que permite explicar el 52% de la varianza total. Los componentes de motivación de dicho plan corresponden a los atributos que forman parte de los siguientes factores: *satisfacción en el trabajo*, *condiciones del trabajo*, *falta de reconocimiento*, *compromiso organizacional*, *falta de recursos* y *convivencia laboral*; para cada uno de los cuales se detallan las sugerencias que permitan fortalecer aquellos factores de motivación y corregir los que resulten en desmotivación.

En la Tabla 3 se presenta cada factor en relación con diversas teorías de la motivación que respaldan los planes de acción para cada componente y se indican las propuestas correspondientes y los respectivos plazos de implementación.

Discusión

Respecto del factor 1, *satisfacción en el trabajo*, el plan reconoce que las jefaturas intermedias están dirigidas en su mayoría por médicos, ingenieros y administrativos altamente calificados. Estos profesionales reciben una enorme motivación intrínseca por su trabajo. Su lealtad se dirige a menudo más hacia su profesión que hacia la organización, actualizando regularmente sus conocimientos y su compromiso hacia su profesión. La principal recompensa es el trabajo en sí mismo, valoran el apoyo y quieren que los demás piensen que lo que están haciendo es importante. Con estas características, Herzberg²⁷ señala que una forma de estimular aún más la satisfacción del trabajo es enriqueciéndolo, de manera que el empleado tenga la oportunidad de experimentar logros, reconocimientos, responsabilidades y avances.²⁸

Acerca de la motivación de los profesionales, se sugiere proporcionarles, en el mediano y largo plazo, nuevos proyectos que constituyan desafíos continuos, dándoles autonomía para seguir sus propios intereses así como permitirles además estructurar su trabajo de la manera que consideren más productiva. Consecuente con ello, las recompensas deben estar relacionadas con la capacitación, talleres de trabajo, conferencias y oportunidades de educación, que les permitan mantenerse actualizados en su campo.

Con relación al factor 2, *condiciones del trabajo*, la teoría de las expectativas sostiene que el esfuerzo individual está directamente relacionado con los beneficios y recompensas que los empleados pudieran recibir, de manera de alcanzar sus metas individuales. Asimismo, la teoría de la equidad asocia igualdad y justicia de una recompensa con el esfuerzo individual realizado. En consecuencia, ambas confirman el hecho de que la motivación de los empleados tiende a reducirse si las calificaciones se realizan sobre la base de información de rendimiento imprecisa,²¹ de modo que, mejorar la precisión de la información resultante de los logros individuales así como la de los logros colectivos es vital para disponer de datos realmente objetivos.

Es por las razones señaladas que se hace necesario diseñar a mediano plazo y verificar progresivamente a largo plazo un nuevo sistema de información, retroinformación y de calificación del personal de manera que sea equitativo, sostenido en antecedentes verificables, de aplicación sistemática a lo largo del período de trabajo evaluado, de modo que no afecte negativamente la motivación de las personas. Es preciso enfatizar el carácter recursivo de un sistema de retroalimentación y de mejoramiento continuo del desempeño que se realice sobre la base de instrumentos de medición adecuados y acordes con cada puesto de trabajo.

En torno del factor 3, *falta de reconocimiento*, según lo establecido en la teoría del reforzamiento,⁴¹ una forma de disminuir la incidencia desmotivacional de este factor es aplicando programas de reforzamiento a los empleados. Estos programas deberían establecer que si se recompensa un comportamiento con un reconocimiento inmediatamente después de dicho comportamiento, probablemente provoque que éste

se repita. Complementariamente, si se reconocen públicamente los logros de los funcionarios, éstos sentirán cómo se satisface su necesidad de aceptación social, incrementando la cohesión de grupo y la motivación individual.

Es así como, a mediano y largo plazo, se sugiere estudiar la posibilidad de formar, en cada servicio clínico o unidad administrativa del hospital sujeto a estudio, un comité integrado además por los propios funcionarios, el cual tendrá como propósito identificar aquellos empleados que más destacan en el desempeño de sus funciones. Una vez realizada esta actividad, se puede resaltar en cada servicio, los logros del funcionario destacado a través de un cuadro de honor de amplia difusión organizacional.

El factor 4, *compromiso organizacional*, conlleva el desafío de comprometer a los jefes de unidad con el hospital, a través del involucramiento de los empleados, quienes deberán actuar de manera participativa utilizando la totalidad de las capacidades de las personas para alcanzar el éxito de la organización. Esto implica involucrar a los jefes de unidades con las decisiones que los afectan, requiere aumentar su autonomía y capacidad formal de autocontrol en su desempeño,⁴³ a fin de que se sientan motivados y comprometidos con la organización y, junto con ello, puedan lograr más satisfacción en sus respectivos puestos de trabajo.²⁸ Asimismo, según la teoría de los dos factores,²⁷ un programa de involucramiento del empleado puede reflejar la motivación intrínseca en la persona, al incrementar sus oportunidades de crecimiento, responsabilidad y participación en el trabajo mismo.²⁴

Se propone, en consecuencia realizar, a mediano y largo plazo, grupos de trabajo formado por jefes y funcionarios, quienes deberían reunirse regularmente para analizar diversos problemas que pueda presentar cada servicio, en cuanto a calidad, rendimiento y convivencia, investigando las causas y recomendando soluciones, así como también, llevando a cabo acciones correctivas. Se estima que este tipo de acciones de gestión colectiva permite que los empleados se sientan representados, observen cómo sus esfuerzos y logros son efectivamente resaltados superponiéndose a sus naturales limitaciones y carencias. Este tipo de mecanismos mejora la comuni-

cación entre jefes y subordinados y hace evidente en la organización cómo un plan de acción de esta naturaleza puede mejorar con efectividad el reconocimiento de los funcionarios.

El penúltimo factor, *falta de recursos*, pone en evidencia la importancia que tiene para los individuos un conjunto de factores higiénicos, por cuanto, si dichos factores no son los adecuados o, simplemente, no están presentes en la oportunidad y cuantía necesarios, provocarán insatisfacción en los empleados.²³ Es esto precisamente lo que ocurre con las jefaturas intermedias, las que perciben que cada uno de dichos atributos efectivamente les produce insatisfacción, haciendo necesario enriquecer el trabajo además de propiciar la disponibilidad de medios suficientes como para que cada desempeño sea realmente una alternativa viable de ejercicio profesional que tienda a disminuir la insatisfacción de los empleados.

Una forma de disminuir la insatisfacción en los jefes de unidad como causa de la carencia de recursos en la organización, es mejorar a mediano y largo plazo la gestión administrativa de operaciones y logística, de esta manera se puede optimizar la distribución de los recursos, adecuándolos a las necesidades de la organización.

Finalmente, el factor 6, *convivencia laboral*, enfatiza las relaciones interpersonales al interior de la organización y la forma en que éstas influyen en las personas, por una parte, a través de las necesidades de afiliación de la teoría general de Maslow⁴³ o de la teoría de las necesidades aprendidas,^{21,23,24} las cuales señalan que las personas que presentan marcadamente este tipo de necesidades dedican más tiempo del habitual a reuniones sociales y convivencia de grupo, buscando satisfacer dichos vacíos atesorando sentimientos de aprecio.^{42,43}

En consecuencia, entre las opciones alternativas para fortalecer la convivencia laboral^{37,38} de las jefaturas intermedias del hospital estudiado se prevé el fomento de espacios y momentos de recreación social entre jefes y subordinados, organizando actividades deportivas, paseos, cenas, etcétera. Con estas acciones, entre otras del mismo tipo, se pueden estrechar las relaciones sociales de los funcionarios, mejorando la convivencia tanto dentro como fuera de la organización.

Conclusiones

En síntesis, el plan motivacional descrito en estas páginas, sostenido por las teorías que en cada caso se mencionan, propone que ante la *falta de compromiso* se realicen talleres de integración entre jefes y subalternos; se establezcan convenios con institutos de formación profesional, ferrocarriles, farmacias, entre otros y se creen instancias de participación informativa, consultiva y de decisión pertinentes.

Además, que respecto de la variable *estilo de administración*, se estudie la carga de trabajo, y un sistema de comunicación que incorpore el elogio como conducta de mejora-

miento para fortalecer comportamientos deseados.

El componente *económico y sueldos*, clasificado como el menos relevante, confirma que los factores higiénicos²⁷ no producen motivación y que tampoco generan desmotivación. Sin embargo, dada su importancia relativa, se verifica la relevancia de una de las teorías de las expectativas²² según la cual, variables económicas como el salario pueden ser efectivamente motivacionales o desmotivacionales de acuerdo con el nivel de cobertura alcanzado y con el grado de desarrollo experimentado por la persona. En general, los resultados obtenidos reflejan la situación

que enfrentan los jefes de servicios intermedios de un hospital de alta complejidad y que opera en el contexto de la reforma en curso en el sector salud chileno, sin perjuicio de que los mismos puedan servir de hipótesis de trabajo para futuras investigaciones sectoriales. Adicionalmente, y sobre la base de la validación del cuestionario utilizado,⁴⁴ y de la aplicación exitosa de la metodología, sería altamente valioso, desde la perspectiva sistémica del sector salud, pudiese ser empleada en investigaciones a nivel del sistema de servicios de salud en su totalidad y, eventualmente, de otros países de la región.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siic.salud.com

Bibliografía

- Giacconi J. Políticas y organización del sector salud: década de los ochenta. Transición a la democracia y salud. Editor: María Inés Romero, pp. 167-204, 1992.
- Giacconi J. Reeducación del sistema de salud chileno. Administración y economía. U.C. 7:16-19, 1991.
- Giacconi J. El sector público de salud. Cuadernos Médico Sociales 33:11-13, 1992.
- Giacconi J. Futuro de los sistemas de salud. Revista Universitaria XL:10-2, 1993.
- Hollstein R, Vega J, Carvajal Y. Desigualdades sociales y salud: Nivel socioeconómico y mortalidad infantil en Chile, 1985-1995. Revista Médica de Chile 126:333-340, 1995.
- Hernández S, Sandoval H, Delgado I. Monitoreo y seguimiento de la reforma: determinación de línea basal de equidad en el financiamiento y protección financiera. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud 2006.
- Hernández S, Sandoval H, Delgado I. 2000. Sistema de salud: Las diferencias entre lo público y lo privado, citado en: www.cepal.com.
- Ley N° 19.937, de la Reforma del Sector Salud, Chile.
- Jadue L, Delgado I, Sandoval H. Análisis del nuevo modelo de salud de la encuesta CASEN 2000. Revista Médica Chile 132:750-760, 2004.
- Giacconi J. Escenario futuro del desempeño del médico en Chile. Boletín del Hospital San Juan de Dios 40:303-304, 1993.
- Subramanian V, Delgado I, Jadue L. Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual de las comunas chilenas. Revista Médica Chile 131:321-330, 2003.
- Salinas H, Erazo M, Reyes A. Indicadores de gestión de servicios de salud públicos y asignación de recursos desde el Ministerio de Salud de Chile. Revista Médica Chile 132(12):1532-1542, 2004.
- Reeve JM. Motivación y emoción. Primera Edición. España. Ed. Mc Graw Hill, 1999.
- Scanlan, Burt K. Principios de la dirección y conducta organizacional. Tercera Edición, México, Ed. Limusa S.A. 1990.
- Escalante E, Gago L. Relaciones en el entorno del trabajo. Primera Edición, España. Ed. Mc Graw Hill, 1998.
- FENPRUSS, 2005. Mensaje de S.E. la presidenta de la república con el que inicia un proyecto de ley que modifica el decreto con fuerza de ley n°1, de 2005, del Ministerio de Salud, la ley n°19.490; se delegan facultades para fijar y modificar las plantas de personal que indica y otros beneficios para el personal de los servicios de salud, 25 de septiembre de 2006. Disponible en <http://www.fenpruss.cl>.
- Madsen KB. Teorías de la motivación: un estudio comparativo de las teorías modernas de la motivación. 2ª edición. Paidós: Buenos Aires, Argentina, 1972.
- Morris CG, Maisto A. Introducción a la psicología. Pearson Educación: México, 2001.
- Kreitner R, Kinicki A. Comportamiento organizacional: conceptos, problemas y prácticas. McGraw Hill: México, 2003.
- Robbins SP. Comportamiento organizacional. 10ª edición. Prentice Hall: México, 2004.
- Locke E. Toward a theory of task motivation and incentives. Ed. Nacional de Salud y Seguridad Social, 1968.
- Vroom R. Work and motivation. John Wiley and Sons: Nueva York, EE.UU., 1964.
- Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford University Press: EE.UU., 1957.
- Deci L. Effects of externally mediated reward on intrinsic motivation. Journal of Applied Psychology 18:105-115, 1971.
- Adams JS. Toward an understanding of inequity. J. of Abnormal and Social Psychology 76: 422-436, 1963.
- Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Prentice Hall: New Jersey, EE.UU., 1986.
- Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. The motivation to work. 2a edición. John Wiley and Sons: Nueva York, EE.UU., 1959.
- Vansteenkiste M, Simons J, Lens W, Sheldon KM, Deci EL. Motivating learning, performance, and persistence: The synergistic effects of intrinsic goal contents and autonomy-supportive contexts. Journal of Personality and Social Psychology 87:246-260, 2004.
- Robbins S. Comportamiento organizacional, teoría y práctica. Octava Edición, México, Editorial Prentice Hall Hispanoamericana S.A., 1999.
- Delgado JM, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Síntesis, Madrid, 1994.
- Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology 140:1-55, 1932.
- Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales. Madrid, Síntesis Psicológica, pp. 287-316, 1994.
- Krause M. La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. Temas de educación N°2, pp. 19-39, 1995.
- Zikmund WG. Investigación de mercados. Prentice-Hall, México, 1998.
- Mella O. Grupos focales como técnica cualitativa de investigación. pp. 1-25, 2000.
- Russi B. Grupos de discusión, de la investigación social a la investigación reflexiva. En: Galindo L. Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. México, Addison Wesley Longman, pp. 75-115, 1995.
- Kinney T, Taylor J. Investigación de mercados, un enfoque aplicado. Quinta edición. Santafé de Bogotá D.C., Colombia, Editorial Mc Graw Hill, 2000.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Cuarta edición, México, Ed. Mc Graw Hill, 1994.
- Cronbach LJ. Designing evaluation of educational and social program. San Francisco, Jossey Bass, 1982.
- Ley N° 17.347, art. 29, 1970.
- Skinner BF. Contingencias de reforzamiento: un análisis teórico. Trillas, Madrid, 1979.
- McClelland D. The achieving society. McGraw Hill, Princeton, Van Nostrand, New York, EE.UU. 514, 1961.
- Maslow A. Motivation and personality. Nueva York, Harper, EE.UU., 419, 1954.
- Bustamante Ubilla MA, Del Río Rivero MC, Lobos Andrade GE, Villarreal Navarrete PI. Percepción de la motivación de los directivos intermedios en tres hospitales de la Región del Maule, Chile. Salud Pública México 51:417-426, 2009.