

00681
2



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración
Facultad de Contaduría y Administración

T e s i s

**El compromiso personal hacia la
organización en hospitales de atención a la
población abierta**

Que para obtener el grado de

**Doctora en Administración
(Organizaciones)**

Presenta:
Patricia Mercado Salgado

Director de la tesis:
Dr. Luis Fernando Arias Galicia

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D.F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A

Martín y Aldebarán

INDICE

	Pág
INTRODUCCIÓN	v
I. EL COMPORTAMIENTO HUMANO EN LAS ORGANIZACIONES	
1.1 ¿Por qué y cómo estudiar las organizaciones?	3
1.2 Comportamiento humano en las organizaciones.	11
1.3 Las actitudes en el comportamiento humano.	13
1.4 Modelo de racionalidad retrospectiva	17
1.5 Teoría de la autopercepción.	19
1.6 Teoría de la equidad.	20
II. COMPROMISO PERSONAL HACIA LA ORGANIZACIÓN	
2.1 Importancia del estudio del compromiso personal hacia La organización	22
2.2 ¿Qué es el compromiso personal hacia la organización?	25
2.3 Algunos modelos sobre el compromiso	28
2.4 Variables organizacionales asociadas con el compromiso Compromiso personal hacia la organización	34
2.5 Variables individuales y el compromiso personal Hacia la organización	38
2.6 Manifestaciones del compromiso: esfuerzo percibido e Intención de permanencia	46
III. EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO: UN ENFOQUE HACIA EL FACTOR HUMANO	
3.1 Organización de los sistemas de atención médica	49
3.2 Aspectos generales de las organizaciones de atención A la población abierta	50
3.3 Atención a la población abierta en el Estado de México.	53
3.4 El reto de la salud en México	54
3.5 Profesionalización del personal de salud	56

	Pág
IV. MÉTODO.	
4.1 Acerca de la investigación	63
4.2 Problemática abordada	64
4.3 Objetivos	65
4.4 Preguntas de investigación	66
4.5 Tipo de investigación	66
4.6 Hipótesis	67
4.7 Variables y dimensiones	68
4.8 Diseño de investigación	70
4.9 Población y muestra	70
4.10 Recolección de datos	72
4.11 Análisis de datos	73
V. RESULTADOS	
5.1 Descripción de la muestra	76
5.2 Correlación de variables	77
5.3 Análisis de la varianza	86
A. Compromiso personal hacia la organización en los tres hospitales	86
B. Compromiso personal hacia la organización y características personales	89
C. Variables organizacionales y características personales	91
D. El esfuerzo percibido y la intención de permanencia frente a las características personales	97
5.4 Medida de bondad de ajuste del instrumento	100
VI. COMENTARIOS, CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	101
BIBLIOGRAFÍA	123
ANEXO 1 Cuestionario aplicado	130
ANEXO 2 Entrevistas	135

INDICE DE DIAGRAMAS Y TABLAS

	Pág
1.1 Modelo para diagnosticar la conducta humana en las organizaciones	8
2.1 Modelo de compromiso organizacional de tres factores de Meyer y Allen (1991)	29
2.2 Modelo de compromiso organizacional de cuatro factores de Meyer, Allen y Gellatly (2000)	30
2.3 Modelo de compromiso según Steers (1977)	31
2.4 Modelo de compromiso organizacional de Mathieu y Zajact (1990)	32
4.1 Objetivos generales y su relación con las preguntas de investigación	67
4.2 Definición y medición de variables	68
4.3 Población de estudio	71
5.1 Caracterización de la muestra por hospital	78
5.2 Coeficientes de correlación de Pearson. Hospital de Ginecología	82
5.3 Coeficientes de correlación de Pearson. Hospital del Niño	83
5.4 Coeficientes de correlación de Pearson. Hospital General	84
5.6a Puntuaciones medias del compromiso según el hospital	88
5.6b Prueba de homogeneidad de varianzas	88
5.6c Comparaciones múltiples	88
5.7 Diferencias significativas en las tres dimensiones del compromiso y variables personales, incluyendo hospital	89
5.8 Puntuaciones medias de las dimensiones del compromiso según el puesto	81
5.9 Diferencias significativas en clima, socialización, soporte percibido y compromiso profesional y variables personales, incluyendo hospital	92
5.10 Puntuaciones medias de las variables organizacionales con diferencias significativas y sexo	92
5.11 Puntuaciones medias de las variables organizacionales con diferencias significativas y puesto	94
5.12 Puntuaciones medias de las variables organizacionales con diferencias significativas y antigüedad laboral	96
5.13 Puntuaciones medias de las variables organizacionales con diferencias significativas y hospital	97
5.14 Diferencias significativas en esfuerzo y estabilidad, en relación a las variables personales, incluyendo hospital	97
5.15 Puntuaciones medias de esfuerzo con diferencias significativas y sexo	98
5.16 Puntuaciones medias de esfuerzo y estabilidad con diferencias significativas y puesto	98
5.17 Puntuaciones medias de esfuerzo y estabilidad con diferencias significativas y antigüedad	99
5.18 Puntuaciones medias de esfuerzo con diferencias significativas y hospital	99
5.19 Confiabilidad del instrumento de medición	100

INTRODUCCIÓN

Aunque en algunas culturas la idea de logro individual es muy marcada, resulta poco funcional no aceptar que el avance de la humanidad se sustenta en la existencia de las organizaciones. Sin darnos cuenta, estamos invadidos por ellas y son el espacio donde el conocimiento se crea y se re-crea, lo cual nos impulsa a reconocer que son las personas su capital más valioso.

Cuando se aborda el estudio de las organizaciones desde el campo de las ciencias sociales y del comportamiento, surge una duda: ¿por qué las personas se comportan de una manera y no de otra en las organizaciones? De esto se trata la investigación en el campo del comportamiento humano, pues las personas, la tecnología y el capital, no se organizan de manera natural y espontánea por el simple hecho de que se unan, ni tampoco pueden alcanzar sus objetivos sólo porque alguien lo ordene. Esto es, las organizaciones se edifican todos los días, no se construyen en poco tiempo; requieren de planes, programas y recursos, así como de acciones inteligentes.

En este sentido, los retos de la Administración deben ir más allá de enfrentar pequeñas irregularidades, pues se viven cambios graduales e irreversibles en donde el ser humano, el trabajo, las organizaciones y la vida social están en transición hacia un nuevo orden de cosas que irremediamente afectan el modo de vida individual y colectiva.

Ejemplo de ello es que, en algunas organizaciones, el deterioro del entorno laboral y del trabajo en sí, pueden llevar al personal a perder entusiasmo por sus actividades en la organización y esa pérdida se refleja en la lentitud, el desgano y la indiferencia que caracterizan a las organizaciones esclerosadas.

La materialización de una contribución en esta dirección, la constituye el estudio del compromiso personal en las organizaciones. En este sentido, el presente trabajo buscó respuestas a: ¿existe relación significativa entre el entorno laboral (clima y socialización organizacional) y el compromiso? ¿El compromiso profesional y el apoyo percibido se relacionan con el compromiso personal hacia la organización? y ¿en qué medida se manifiesta este compromiso en el esfuerzo percibido y la intención de permanencia de las personas? ¿es diferente el grado y tipo de compromiso personal hacia la organización según el sexo, el nivel de escolaridad, el puesto y la antigüedad laboral?

De aquí que el objetivo general haya sido describir el compromiso personal hacia la organización a partir de algunas características individuales, con la finalidad de determinar diferencias significativas, pero también, identificar asociaciones entre esta variable y algunas otras como el clima organizacional, la socialización organizacional, el compromiso

profesional y el apoyo percibido. Como puede verse, se trata de una investigación descriptiva y correlacional con un diseño no experimental transeccional.

Teóricamente se partió de un modelo de comportamiento humano, el de racionalidad retrospectiva (Pfeffer, 2000) y de las teorías de la autopercepción y la equidad. La población de estudio se integró por personal médico, paramédico y administrativo que en el primer semestre del 2002 laboraba en tres hospitales de atención a la población abierta, ubicados en la Ciudad de Toluca, Estado de México.

La estructura de este documento se conforma de seis capítulos: los dos primeros contienen el apoyo teórico en cuanto al estudio de las organizaciones desde el punto de vista del comportamiento humano y lo que a compromiso se refiere.

El capítulo tres, tiene como finalidad proporcionar el panorama del Sistema de Salud en México, particularmente en lo referente a las organizaciones de atención a la población abierta, dándole un enfoque hacia el factor humano, ya que resulta difícil entender el compromiso personal hacia la organización sin abordar la responsabilidad médica y la serie de compromisos que ésta encierra.

Los capítulos cuatro, cinco y seis contienen, respectivamente, la forma en que se llevó a cabo el estudio, los resultados obtenidos, así como los comentarios y conclusiones.

Aunque la responsabilidad de lo escrito en el presente documento recae en su autora, me es grato reconocer que no es un trabajo individual; en él está contenido un cúmulo de conocimientos, recomendaciones y atinados consejos profesionales de expertos en el comportamiento humano. Un agradecimiento a mi asesor, y amigo, el Dr. Fernando Arias Galicia; a los revisores asignados: Dr. Luis Felipe Abreu Hernández, Dr. José Ramón Torres Solís, Dr. Rodolfo Gutiérrez Martínez, Dr. Felipe Uribe Prado, Dr. Héctor Francisco Macías Díaz y Dr. Imanol Belaustegüigoitia Rius. Así también, un reconocimiento al personal médico, paramédico y administrativo que labora en estos hospitales, por haber contribuido con su tiempo, pero sobre todo, con la voluntad de proporcionar información, mediante entrevistas o cuestionarios, que sólo ellos poseen.

Confío en que lo que he escrito, sirva para algo más que preservarnos unos pocos. No debemos postergar más el fortalecimiento de lazos entre académicos y quienes están al frente de las organizaciones. Es decir, debemos incrementar el compromiso entre ambos ante los retos del crecimiento organizacional y el comportamiento humano.

El mensaje es claro: ya no es posible seguir tomando decisiones a partir, exclusivamente de la intuición, aunque también –reconozco- es un elemento por demás insustituible. Hagamos nuevas combinaciones, generemos otras formas de administrar, pues si las organizaciones no cambian, se renuevan y crecen, tampoco lo hará México.

Patricia Mercado Salgado
Septiembre 2002

CAPÍTULO I

EL COMPORTAMIENTO HUMANO EN LAS ORGANIZACIONES

Aunque la idea de logro individual es muy marcada, resulta poco funcional no reconocer que el avance de la sociedad se sustenta, en parte, en la existencia de las organizaciones. Prueba de ello es que nos hemos convertido en una sociedad organizacional: nacemos, vivimos y morimos en ellas. Esta invasión silenciosa refleja la existencia de un poder disimulado y disfrazado, pero cada vez más legitimizado.

Sin embargo, antes que el poder lo que caracteriza a las organizaciones es su orientación hacia el logro de metas y objetivos, ya sean el lucro, la educación, ya sean el lucro, la educación, la religión, o el cuidado de la salud, entre otros; mismos que se alcanzan con mayor eficacia y eficiencia mediante la acción concertada de los individuos. Sin embargo, reconocer que las personas constituyen un elemento esencial, no es suficiente para poseer una correcta interpretación de por qué estudiar las organizaciones. Es necesario abordar el concepto, sus componentes y algunos aspectos teóricos. De esto se trata el presente capítulo, el cual servirá de base para ubicar el campo de estudio del comportamiento humano.

1.1 ¿Por qué y cómo estudiar las organizaciones?

El espacio donde el conocimiento se crea y se re-crea, son las organizaciones (Drucker, 1993); pues han aprendido a adaptarse a las demandas del ambiente, aprovechando lo que éste les da en dos sentidos. Primero, los cambios en la composición de recursos que obtienen del medio y su transformación en productos, programas y servicios que proporcionan; y, segundo, los cambios en su estructura interna, sus procesos y la conducta de sus miembros (Méndez, Zorrilla y Monroy, 1993:76). Esto hace que las organizaciones no sólo tengan una finalidad meramente económica, sino también social, política y cultural, por lo que se puede considerar que son una forma de explicar el desarrollo histórico de la humanidad.

Las organizaciones son invenciones sociales o instrumentos que el ser humano ha desarrollado para lograr cosas que, de otra forma, no podría obtener (Litterer, 1979:6). Esto es, las organizaciones son creadas por individuos para alcanzar objetivos específicos, mediante el esfuerzo coordinado (Pfeffer, 2000:6).

De aquí que las organizaciones puedan ser abordadas desde dos campos de estudio: el que corresponde a las ciencias sociales y del comportamiento (sociología, antropología, psicología) y el meramente económico y tecnológico. El primero se orienta a la formación humana y, el segundo, se refiere a una actividad económica. Dado que el presente trabajo tiene como finalidad determinar el compromiso personal en la organización, se enmarca en lo referente al campo de estudio del comportamiento.

En cuanto a la definición, Chester I. Bernard (Kreitner y Kinicki, 1995:534) considera que una organización es "un sistema de actividades o fuerzas conscientemente coordinadas de dos o más personas". Para Hodge Anthony y Gales (1996:10), la organización se define como dos o más personas que trabajan juntas, cooperativamente, con lazos identificables para alcanzar una meta u objetivo común. En esta definición están implícitas varias ideas importantes: las organizaciones se hacen de gente, las organizaciones dividen el trabajo y las organizaciones persiguen metas y objetivos compartidos (Hodge et al. 1996, 10). Desde mi punto de vista, esto último no siempre se da, pero tampoco es nada nuevo que no se dé.

Para Crozier y Friedberg (Marín-Zamora, 1998), la organización es un sistema de acción concreta dotado de una estructura y orientado hacia la solución de problemas específicos en un ambiente de incertidumbre, tomando como eje las relaciones de poder en las organizaciones.

Katz y Kahn (1997:25), afirman que las organizaciones son sistemas energéticos de insumo-resultado, en que el energético proveniente del resultado reactiva al sistema. Las organizaciones son notoriamente sistemas abiertos por las transacciones entre ellas y su ambiente. Un enfoque sistémico implica la idea de que la organización está formada por partes y que éstas interactúan entre sí para alcanzar los objetivos. (Hodge, et al, 1996:13).

Los factores comunes que se desprenden de estas definiciones son: individuos o grupos, orientación al logro de objetivos, diversificación en las funciones a desempeñar, autoridad y poder, coordinación del comportamiento humano y continuidad en el tiempo.

Una organización está constituida por una serie de fuerzas (físicas, sociales, económicas, culturales y políticas) interrelacionadas, en donde es necesario recibir insumos (personas, materias primas, energía, información) que procesa y, al terminar de transformarlos los entrega a la sociedad como productos, bienes o servicios (Ruiz Olabuénaga, 1995:15).

En resumen, las organizaciones siempre buscan la consecución de objetivos, mediante la coordinación del esfuerzo de las personas. Una dificultad es que muchas organizaciones tienen empleados que no saben cuáles son dichos objetivos, o si los conocen, no necesariamente los apoyan o comparten. Por ejemplo, quizá para una maquiladora, la meta es maximizar las utilidades de los accionistas y, para los empleados lo que más les preocupa es la seguridad del empleo. En este mismo orden de ideas, tengo el testimonio de quien dice que si bien está comprometido con la meta de brindar atención médica a los pacientes que acuden al nosocomio, no le interesa conocer cuáles son las metas que la dirección, y puntualmente el director, del hospital ha fijado para un periodo determinado.

En este sentido, hay un claro mensaje para el administrador: los valores y las necesidades de la sociedad deben estar reflejados en las opciones y las prioridades que el ambiente de la organización pone a disposición del personal. Esto obliga a administrar el

comportamiento humano en las organizaciones considerando que no existen soluciones definitivas para la mayoría de los problemas, lo cual se convierte en un reto nada sencillo. Al respecto, sugiero cambiar el estilo que hasta ahora se ha seguido para administrar al personal. Es tiempo de pensar en el crecimiento de quienes integran las organizaciones, pero no exclusivamente en lo externo, es decir, con incentivos, prestaciones o "buenos sueldos". Optemos por algo más, busquemos el crecimiento interior. Así, las organizaciones rebasarán su elemental objetivo de sobrevivencia y crecerán en beneficio de una sociedad.

El crecimiento y el éxito de la organización tienen relación con el bienestar y el prestigio de quienes la integran, lo que produce un interés colectivo. Esto me permite suponer que un hospital de atención a la población abierta podrá comprometerse con los menos favorecidos si éste se compromete con su personal y, a la vez, cuenta con empleados comprometidos, no sólo con su profesión, sino con la organización como un todo. Así, tal vez algún día puedan decir que pertenecen a una organización que goza de prestigio y esto les confiera prestigio a ellos.

Para alcanzar esto, y retomando las definiciones de organización, no hay que olvidar que lo más importante es que la tecnología, el capital y el esfuerzo humano, al reunirse, formen un conjunto dinámico y coordinado, pero éstos no se organizan en forma natural ni espontánea por el simple hecho de que se unan. Tampoco pueden organizarse sólo porque alguien lo ordene (Litterer, 1979).

Con lo hasta aquí señalado, justifico el por qué es importante estudiar las organizaciones desde la perspectiva del comportamiento humano. Ahora abordo el cómo desde dos puntos: las metáforas y el diagnóstico.

Si el ser humano por sí solo resulta complejo, las organizaciones lo son aún más. Por esta misma complejidad, es recomendable el uso de metáforas para su estudio, con la finalidad de entender hechos o conceptos complicados al describirlos en términos de uso corriente.

Morgan (1994:2) señala que las metáforas se emplean normalmente como un recurso para embellecer el discurso, pero su importancia va más allá; implican un modo de pensar, por lo que pueden emplearse para comprender un elemento en término de otros, lo cual no elimina el riesgo de la parcialidad en la interpretación.

A lo largo del tiempo, se han desarrollado tres metáforas acerca de la organización que la caracterizan como sistemas militares/mecanicistas, sistemas biológicos y sistemas cognitivos. Cada una de estas perspectivas aporta algún elemento aprovechable (Kreitner y Kinicki, 1996).

Cuando se ve a las organizaciones como burocracias militares/mecanicistas, están presentes cuatro elementos que se dirigen a la eficiencia: división del trabajo, jerarquía de autoridad, marco normativo e impersonalidad administrativa. Todas las organizaciones poseen, en diverso grado, esas características; por consiguiente, todas las organizaciones son, hasta cierto punto, burocráticas y, retornando a la metáfora ideal, una burocracia debería funcionar como una máquina bien lubricada y sus miembros deberían desenvolverse con la precisión de una unidad militar. Sin embargo, surgen problemas de naturaleza tanto ética como práctica cuando las características burocráticas se exageran o se hacen disfuncionales.

Por otro lado, inspirados en la teoría general de sistemas, los teóricos de la organización propusieron, durante la década de 1950, un modelo más dinámico: la organización como sistema biológico. Esta metáfora compara las organizaciones con los seres vivos que existen en un ambiente del cual dependen para satisfacer sus necesidades (Morgan, 1994:30), lo que le da una importancia al entorno y a considerar a las organizaciones como sistemas abiertos.

Una metáfora más reciente describe a las organizaciones en términos de funciones mentales, esto es, la organización como sistemas cognitivos. Las organizaciones son algo más que procesos de transformación o sistemas de control. Para poder sobrevivir, tienen que interpretar sucesos ambiguos y ofrecer un significado y una dirección a los que forman parte de ella. Prácticamente todos los resultados en términos de estructura y diseño de la organización, tanto si son producto del medio ambiente, de la tecnología o del tamaño de la empresa, dependen de la interpretación que los administradores clave hagan de los problemas, lo cual da lugar al aprendizaje y adaptación.

Además de lo anterior y frente a las condiciones de cambio, surge un modelo útil al integrar las metáforas biológica y cognitiva. En otras palabras, la cabeza y el cuerpo de la organización deben estar ensambladas. Una no puede funcionar sin el otro. Los administradores asumen la responsabilidad de transformar los factores de producción en bienes y servicios (cuerpo) y serán competitivos si saben interpretar con acierto las oportunidades y obstáculos ambientales (la cabeza). La combinación de los modelos biológico y cognitivo nos permite obtener un marco realista de la organización para la teoría y para la práctica (Kreitner y Kinicki, 1996).

Complementario a las metáforas, los estudiosos se auxilian del diagnóstico como herramienta para entender y estudiar las organizaciones, el cual "se trata de un proceso en que un determinado observador explicará las experiencias que tiene de una organización y de su operar" (Rodríguez, 1999:32). Constituye una descripción, sobre el funcionamiento de la organización y, si se pretende que sea útil, deberá cumplir con los criterios de validación de las explicaciones científicas.

Para que el diagnóstico esté dirigido a la eficiencia organizacional, se hacen necesarios tres momentos, según Waler, Nadler y Camman (1980, referidos por Rodríguez, 1999, 41-42): las herramientas conceptuales, las técnicas y procesos de medición y las tecnologías de cambio. Esto es, en primer lugar se requiere contar con conceptos y teorías que permitan entender cómo funcionan las organizaciones, cómo se da el comportamiento dentro de ellas y qué diferencia a las eficientes de las ineficientes. En segundo lugar, las técnicas y procesos de medición hacen referencia a la necesidad de un instrumento que ayude a recolectar datos. Finalmente, las tecnologías de cambio aparecen cuando, dado el conocimiento sobre el funcionamiento organizacional teórico y la descripción de la situación actual, es posible aplicar métodos y procesos específicos para cambiar pautas de comportamiento dirigidos a mejorar el esfuerzo y la estabilidad del personal, entendidos éstos como algunos elementos del desempeño organizacional.

Diagnosticar en lo general a una organización puede ser complejo y poco práctico. En este sentido, Litterer (1979, 88-90) sostiene que los elementos esenciales para el análisis organizacional pueden dividirse en tres categorías: actividades, interacciones y sentimientos. Las primeras son las cosas que la gente hace, las acciones que llevan a cabo,

mientras que las interacciones, aunque están íntimamente ligadas a las acciones, ocurren cuando dos personas se reúnen de manera tal que una de las partes produce determinado efecto en la otra. Aquí interviene la duración, la frecuencia y hasta el orden o dirección. Por último, los sentimientos, categoría amplia, fugaz y compleja, se refieren a los estados interiores del ser humano y que, se busca, sean los que requiere la organización para alcanzar sus objetivos.

Conjugando lo anterior y aterrizando en los propósitos del presente trabajo, Harrison (1994) propone un modelo para diagnosticar la conducta humana, el cual divide en tres niveles: organizacional, grupal e individual (ver figura No. 1.1).

El punto de partida es lo individual para llegar a lo organizacional. Por ello, el presente trabajo considera como fuente de información las respuestas de los sujetos que laboran en hospitales de atención a la población abierta ubicados en la Ciudad de Toluca. Estas respuestas se refieren a las opiniones frente al trabajo. Éstas ya existen en ellos y tal vez desde hace tiempo permanezcan igual, pero si se pretende cambio alguno deberá describirse primero la situación presente.

La importancia del diagnóstico radica en contar con criterios que sustenten la toma de decisiones y midan el éxito organizacional, pues no hay que perder de vista que, "como sistemas abiertos, las organizaciones sobreviven mientras son capaces de... incorporar en todas sus formas mayores volúmenes de energía de los que envían al ambiente" (Katz y Kahn, 1997:168) en forma de producto o servicio.

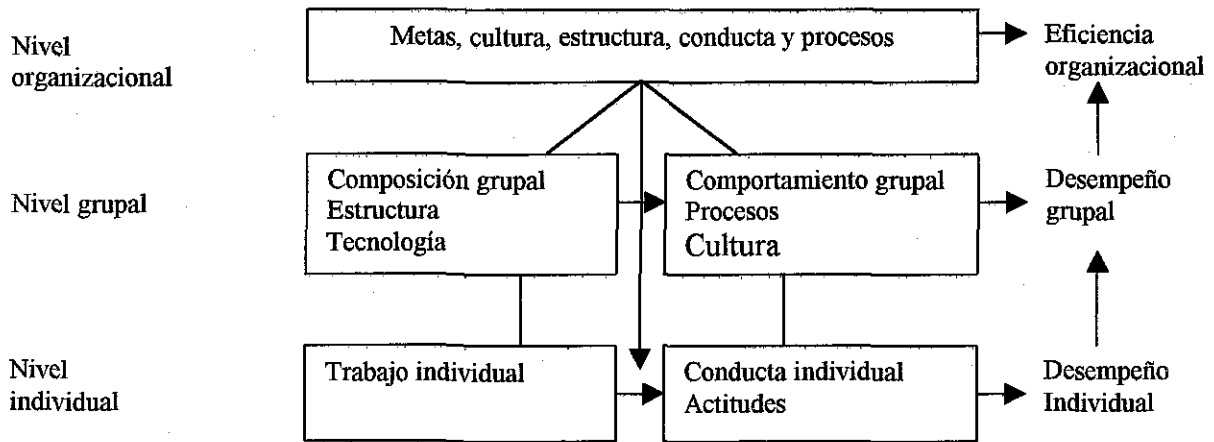
Por la naturaleza del presente documento, termino este apartado, caracterizando a los hospitales a partir de algunos aspectos referidos en párrafos anteriores. De manera general, un hospital es el lugar a donde acuden enfermos, por un tiempo determinado, en busca de recuperar su salud.

Desde el punto de vista metafórico, es una combinación entre lo militar, lo biológico y lo cognitivo. Cumplir con su misión, exige exactitud en la realización del trabajo individual; debe existir una coordinación destacada, pues si Laboratorio o Rayos X no tienen a tiempo los resultados clínicos del paciente, el cirujano enfrentará serios problemas, o llegará hasta posponer la cirugía. Aunque pareciera que no, la función administrativa es tan importante como otras: es necesario el expediente médico, la ficha de consulta, la autorización de una donación o el abasto de insumos, para que el usuario reciba el servicio. Un error en la coordinación puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.

Desde un enfoque de sistema, toda institución hospitalaria, dada su misión esencial a favor del ser humano, debe preocuparse por un mejoramiento permanente, en tal forma que logre una integración armónica de las áreas médicas, tecnológicas, administrativas, asistenciales y si fuere el caso, también de las áreas de docencia e investigación (Paganini y de Moraes, 1992).

Por otro lado, la materia prima que ingresa es el enfermo y lo que la organización debe entregar es salud. Consecuentemente, el concepto de "ser humano" es consubstancial al ser de estas organizaciones, que adquieren pleno sentido cuando se conciben en razón y servicios de la persona (Paganini y de Moraes, 1992).

Figura No. 1.1
Modelo para diagnosticar la conducta humana en las organizaciones



Los hospitales se diferencian de los sistemas industriales en varios aspectos, pero dos merecen mención especial. En primer lugar, muchos hospitales carecen de una línea única de autoridad. La junta directiva, los médicos y la administración constituyen centros de autoridad, de modo que se tiene un delicado equilibrio de poder en vez de una línea de mando jerárquica única. En segundo lugar, se han profesionalizado los dos principales tipos de empleados: médicos y enfermeras, lo cual resulta en que sus recompensas estén en el ejercicio de su profesión (Katz y Kahn, 1997:150).

Los hospitales también son lugares donde se aprende; son hospitales-escuela en donde estudiantes y egresados de licenciaturas de medicina, odontología, enfermería y personal auxiliar, realizan su internado o especialidad; son espacios en donde se crea y re-crea el conocimiento, a veces a costa de la vida humana. Ahí se forma el personal de salud que después ofrecerá, en algunos casos, sus servicios de manera particular.

Una semblanza de hospital, desde el punto de vista personal, es ésta: cuando uno pasa frente a un hospital, se ve todo tan tranquilo, pero estando adentro el mundo es una revolución, una feria, una convulsión. Las penas de uno disminuyen frente a las del otro; el consuelo lo damos y lo recibimos sin darnos cuenta.

La vida ahí es acelerada y deprimente, pero también satisfactoria y llena de retos. La materia prima con que se trabaja, la cual hay que transformar, es el dolor humano, el sufrimiento, sentimientos destrozados, angustias encerradas... presencia de malestares y ausencia de recursos.

El tiempo es tan importante como cualquier otro recurso. Para los médicos transcurre rápido, para las enfermeras resulta apremiante, el enfermo a veces no se da cuenta de él y para quien lo acompaña llega a ser eterno. No hay tiempo para escuchar y ser escuchado.

Para lograr alguna mejora en el paciente, no sólo se necesita equipo, medicamentos, instalaciones o conocimiento. Es esencial el ser humano que presta sus servicios y que cuando lo hace, está acompañado de sus emociones, así como las de familiares y amigos

del enfermo. Y entonces, con este escenario, ¿cómo es el ser humano que cotidianamente vive este ambiente en el cual busca satisfacer sus necesidades y cubrir sus expectativas?

Una cosa es cierta: las personas que ahí trabajan nos hacen sentir diferente, a veces mejor, a veces peor. Casi siempre nos dan seguridad, confianza y atención, aunque tal vez esperaríamos más.

En resumen, lo más representativo de estas organizaciones hospitalarias es que:

- Son un instrumento para hacer llegar la salud a quienes más lo necesitan.
- Sus resultados se piensan en dos sentidos. En primer lugar, el paciente espera no tener que regresar; y, en segundo lugar, con la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano encargado de dar cabal resolución a las quejas presentadas por usuarios de servicios médicos, el prestador del servicio vive el riesgo, o hasta el temor, de ser acusado de negligencia médica.
- Practican la medicina curativa más que la preventiva, pues predomina el ingreso de enfermos graves o accidentados, es decir, no sólo hay servicio de consulta, sino también de hospitalización.
- Cuentan con programas, recursos y personal dedicados a la medicina preventiva, en respuesta a la tendencia de las políticas nacionales en materia de salud, las cuales están apoyadas en la experiencia de otros países. Este criterio se sustenta en que a mayor esfuerzo dedicado a lo preventivo, menor será la necesidad de atención, con lo cual los recursos insuficientes podrían optimarse.
- Atienden padecimientos recurrentes de sencillo tratamiento, pero también se enfrentan a enfermedades crónicas, degenerativas y accidentes.
- Son necesarias porque en México existe una distribución inequitativa de la riqueza: hay una clase alta minoritaria, una clase media incipiente y una clase baja creciente. La pobreza extrema sigue siendo alarmante y hay mucha gente que no tienen seguridad social o recursos para acudir a hospitales privados y su única alternativa son las instituciones de salud de atención a la población abierta. Tal vez sean estas organizaciones quienes deban atender a los 53.7 millos de mexicanos pobres, según la última cifra reportada oficialmente.
- Su capacidad de rendimiento no alcanza a cubrir la demanda de la población y enfrentan limitaciones en el abastecimiento de recursos.
- Es notoria la contribución personal, pues se integran de especialistas. Se distingue más la del personal médico y paramédico que la del administrativo. Aunque se dice (Drucker, 1993:12) que “en la mayoría de las instituciones, la contribución individual se absorbe totalmente en la tarea y desaparece en ella”, éste no es el caso. El paciente está agradecido con el médico o la enfermera y se lo manifiesta personalmente; el reconocimiento hacia el hospital es casi nulo.

Una vez abordado por qué y cómo estudiar las organizaciones, debo ubicarlas en una perspectiva teórica acorde al estudio presentado. Para tal fin, me remito a la teoría de la organización, tema obligado para los estudiosos de este campo.

“La teoría organizacional, es una manera de pensar sobre las organizaciones” (Daft, 1998:20) y puede ser entendida como un conjunto de conceptos, principios e hipótesis relacionados entre sí y que hacen referencia a las organizaciones (Hodge et al. 1996, 18), lo cual implica que durante su desarrollo hayan existido enfoques diferentes, desde la división del trabajo, la burocracia, la escuela clásica, la escuela de las relaciones humanas o la de contingencias, además de las más contemporáneas como son la cultura y el simbolismo organizacional.

La teoría de la organización ha evolucionado básicamente en los países industrializados, en respuesta a los problemas que presentaron las grandes empresas características del sistema capitalista (Simón, 1995:5), lo que implica que el medio económico y social de los centros en que se ha desarrollado la mayor parte de estos enfoques es diferente al de países en desarrollo, por lo que las interrogantes que se tengan en universidades norteamericanas o europeas acerca de las organizaciones –su estructura, su desarrollo, sus problemas y su control o manejo- no pueden, ni deben, aplicarse mecánicamente sobre nuestra realidad social (Dávila, 1985:11), aunque sí optamos por una adaptación ponderada.

De manera general, la teoría de la organización, sustento teórico y metodológico de la administración, busca comprender, explicar y predecir el comportamiento de las personas dentro de una organización, considerando para ello: (a) que la teoría no debe nunca separarse de la práctica; (b) que los intentos para mejorar la comprensión de la actividad humana dentro de las organizaciones ha derivado de una amplia gama de disciplinas; y (c) que se consideran distintos aspectos de la organización, incluyendo factores económicos, técnicos, sociales, psicológicos y estructurales (Brayns y Cronin, 1985:1).

Pugh (citado en Khandwalla, 1977) define la teoría de la organización como “el estudio de la estructura y el funcionamiento de las organizaciones y el comportamiento de grupos e individuos en ellas”. Kast y Rosenzweig (1998) establecen que la teoría de la organización es el conjunto de conocimientos que incluye hipótesis y proposiciones que surgen de la investigación en un campo definido de estudio que puede ser llamado ciencia organizacional.

Una de las primeras y más influyentes contribuciones a la teoría de las organizaciones fue la del sociólogo alemán Max Weber (1864-1920). Presentó a la burocracia como la forma ideal de organización. En 1800, las organizaciones eran simples extensiones de la estructura familiar. Las contrataciones y promociones del personal se efectuaban utilizando el favoritismo como único criterio. Durante la Revolución Industrial, las organizaciones crecieron y fue entonces cuando se evidenciaron las ineficiencias organizativas. El modelo burocrático propuesto por Weber reúne características como la división del trabajo, la jerarquía de autoridad con cadena de mando, selección de empleados según su competencia técnica, rendimiento individual, los oficiales administrativos no eran los dueños de los medios de producción y la función administrativa fue asumida por profesionales de carrera que trabajan con un salario fijo (Hodge, et al, 1996:18).

Crozier y Friedberg centran su trabajo en el análisis de las relaciones de poder en las organizaciones, entendiéndolo como la capacidad de ejercer influencia sobre otros, misma que puede ser o no consistente con la organización formal (marín-Zamora, 1998).

El poder se estudia en las organizaciones a nivel individual y organizativo. El poder es resultado de las relaciones de dependencia, el control de la información, el control de los recursos, y la capacidad para resolver problemas clave dentro de la organización (Hodge, et al, 1996:330).

Una contribución más. Ibarra (1998:139) sostiene que la teoría organizacional se constituye como la disciplina científica que se encarga de estudiar a las organizaciones, y destacadamente a sus estructuras, atendiendo tres grandes ejes de indagación: el contexto, las decisiones y el comportamiento.

En cuanto al contexto, incluye el análisis del mercado para explicar la conformación de la estructura organizacional, las formas de organización, la ecología organizacional (procesos de creación, cambio y desaparición de las organizaciones) y los factores político-culturales que producen y reproducen la estructura de la organización.

El segundo eje se centra en la toma de decisiones desde una perspectiva organizacional. Cuando se toman decisiones en situaciones ambiguas o realidades confusas, es que predomina la coincidencia fortuita de personas, problemas, soluciones y elecciones.

El tercer eje, el comportamiento, es el resultado de los dos enfoques anteriores (contexto y decisiones), pues muestra la relevancia del comportamiento grupal y los valores que se producen en la organización.

En resumen, lo que la teoría de la organización busca es entender y explicar cómo las organizaciones pueden operar de manera más eficiente, considerando su complejidad innata y el dinámico ambiente donde se desenvuelven. Esto hace que cada cultura entienda de manera diferente lo que hasta ahora se considera como teoría de la organización. El reto para nosotros es construir, o remodelar lo construido, a partir de nuestra particular mexicanidad.

1.2 Comportamiento humano en las organizaciones

Ya se ha dicho: sin darnos cuenta, las organizaciones nos invaden; llegan a ser indispensables para satisfacer nuestras necesidades, para desarrollar nuestros conocimientos y habilidades y para interrelacionarnos, lo que hace que gran parte de nuestro tiempo lo pasamos dentro de ellas. Lo paradójico es que cuando llegamos a las organizaciones como usuarios, clientes, estudiantes, empleados, socios, trabajadores, profesionistas, directivos, etc., nos puede ser difícil adaptarnos y no siempre son lo que esperábamos. En algunos casos sus objetivos y valores difieren a los propios y por lo regular cedemos, enfrentando un proceso de cambio, muchas veces doloroso, otras frustrante, pero también a veces enriquecedor, alentador y retador. Pues como se dice: “es más fácil que nos adaptemos al sitio, a que el sitio se adapte a nosotros”.

A causa del creciente interés en las organizaciones, su teoría y su estudio científico tienen una base muy amplia. Es una teoría ecléctica, un sistema formado por muchos subsistemas de disciplinas afines: antropología, psicología, sociología, economía, ciencia política e historia, aunque no todas tienen el mismo grado de aplicación, sí se basa en un cuerpo de conocimientos generado por la experiencia y la investigación científica acerca de las organizaciones (Kast y Rosenzweig, 1998).

Toda organización se enfrenta a la tarea de reducir la variabilidad, inestabilidad y espontaneidad de los actos humanos individuales. En algunos casos, dentro de la organización los miembros se conducen de un modo en que no lo harían fuera de ella: quizá vistían uniformes o ropa que en otras circunstancias no usarían; en sus relaciones interpersonales adoptan ciertos modales y gestos que no manifiestan en otros ámbitos; pero, sobre todo, su conducta en la organización muestra un grado de selección, restricción y persistencia que no se observa en la misma persona cuando se encuentra fuera de aquélla (Katz y Kahn, 1997:223).

De aquí que el estudio del comportamiento humano en las organizaciones sea inagotable. Cada persona tiene ideas relacionadas con el comportamiento de los individuos y los grupos en las organizaciones, pero algunos estamos más obligados que otros a participar en la búsqueda de nuevos conocimientos; estos somos aquellos que, de alguna forma, tenemos acceso a un componente esencial: la información organizacional. La verdadera prueba es cómo las ideas y conceptos pueden aplicarse a situaciones organizacionales reales para mejorar tanto el desempeño como las actitudes hacia el trabajo de quienes integran las organizaciones.

El punto de partida es reconocer que la interacción entre la organización y las personas es inevitable, pero también trascendente. Es un intercambio, ya sea de dinero por productividad o de reconocimiento por desempeño; entraña una obligación mutua, una interdependencia, en donde si cualquiera de las dos partes falta a sus obligaciones, la relación se ve afectada. En este sentido, puede afirmarse que “el destino de la organización dependerá en gran parte de su capital humano” (Arias y Heredia, 1999:217).

Las sociedades y las organizaciones están integradas mediante conductas diseñadas y en gran medida la conducta de cada individuo está determinada por las exigencias del esquema más amplio (Katz y Kahn, 1997:20).

En este sentido, más allá de un contrato laboral existe un contrato psicológico entendido como “el mutuo intercambio o reciprocidad entre el individuo y la organización” (Huse y Bowditch, 1980), el cual constituye la suma total de las expectativas percibidas por el individuo y la organización acerca de su relación. Y dentro de este contrato psicológico, ocupa un lugar muy especial el compromiso, el cual “tiene su equivalente a cómo estar metido, inmiscuido en una problemática con otros; es ir más allá de un simple convenio y su estructura cambia con el nivel de los comprometidos” (Giraldo, 2001).

De esto se trata el estudio del comportamiento humano en las organizaciones: entender lo que la gente piensa, siente y hace en, y alrededor, de las organizaciones, con la finalidad de predecir cómo esos comportamientos ayudan al éxito organizacional (McShane y Von Glinow, 2000:4), considerando que lo que buscan las organizaciones es que las personas se comporten de cierta manera y lo hagan intencionalmente. En pocas palabras, Matteson (1989:50) dice que el comportamiento organizacional se define como “el estudio de los individuos y los grupos dentro de las organizaciones”.

Por ello, además de entender la naturaleza del trabajo humano, cualquier estudio del comportamiento en las organizaciones involucra capacidades, esfuerzo y ambiente, traducido en saber hacer, hacer y querer hacer, y tener oportunidad para hacer (Kast y Rosensweig, 1998), aunque no de manera tan lineal como se menciona.

En resumen, el comportamiento humano en las organizaciones puede estudiarse a partir de teorías y modelos diferentes, corriendo el riesgo de ser engañados por su simplicidad frente a una realidad compleja. Este es un campo que debiera tener especial interés tanto por los que están al frente de los centros de trabajo como por los investigadores, sobre todo por las características tan dinámicas que rodean al ser humano, y que al mismo tiempo él las genera, dentro de las organizaciones.

La escritura musical se basa en siete notas lo mismo en México que en Italia; el agua se representa por dos moléculas de hidrógeno y una de oxígeno tanto en Moscú y Washington. Aunque tal uniformidad no puede aplicarse a las personas, esto no quiere decir que no existan ciertos conceptos básicos sobre el comportamiento organizacional, y aunque esa falta de uniformidad presenta limitaciones, su estudio no deja de contribuir al engrandecimiento de las organizaciones, lo cual se refleja también en la sociedad, pues un mejor ambiente laboral influye en la salud, la educación y el bienestar.

Aunque el propósito básico del campo de estudio del comportamiento organizacional es identificar, y después contribuir a mejorar, las principales variables humanas y organizacionales que afectan a los resultados que las organizaciones pretenden alcanzar, en el caso de algunas variables, lo que más pueden hacer los administradores es estar al tanto de ellas y advertir su influencia; en el de otras, pueden ejercer sobre ellas cierto control (Davis y Newstrom, 1999). En este sentido, está latente el peligro de usar o intentar manipular a las personas con resultados negativos y, en contraparte, está una responsabilidad de los individuos para con la organización.

Como ya se dijo, las organizaciones se integran de capital, tecnología y esfuerzo humano, ubicándose la presente investigación en este último elemento, el cual está integrado por características físicas, capacidades y actitudes (de mayor a menor visibilidad). El siguiente apartado aborda éstas últimas.

1.3 Las actitudes en el comportamiento humano

Una actitud es la manera en que percibimos o interpretamos una situación, un objeto, una persona, un grupo... y forman un papel clave en nuestras relaciones con los demás (Baron y Byrne, 1998).

Aunque la definición de actitud no es muy uniforme, sí existe coincidencia en que es un estado interno evaluativo con tres vías de expresión: cognitivo, afectivo y conductual (Eagly y Chaiken, 1998); sin embargo, por tratarse de un estado interno, Fishbein (Morales y Huichi, 1999) diferencia las actitudes de las creencias. Las primeras son predisposiciones aprendidas para responder a un objeto (o clase de objetos) de una manera favorable o desfavorable y, las segundas, son hipótesis referentes a la naturaleza de estos objetos y los tipos de acción que deberían tomarse con respecto a ellos.

La importancia de las actitudes radica en que éstas ayudan a predecir el comportamiento hacia el trabajo, pero también ayudan a las personas a adaptarse al ambiente laboral (Luthans, 1989:172), o bien, orientan a las personas en su mundo social para que puedan comportarse de manera flexible (Morales y Huici, 1999).

Entender el complejo vínculo entre actitud y comportamiento nos lleva a saber, de manera general (Baron y Byrne, 1998:129):

- Cómo se forman las actitudes;
- Cuándo y cómo ejercen efecto las actitudes en el comportamiento;
- La persuasión en el cambio de actitudes.

a. Formación de actitudes

Una persona puede tener muchas actitudes, pero el comportamiento humano en las organizaciones se centra en aquellas relacionadas con el trabajo, tales como satisfacción y compromiso (Robbins, 1994:180). Su importancia radica en que las actitudes afectan la conducta laboral; sin embargo, para entender las actitudes, es necesario saber cómo se forman.

Aunque es difícil negar que algunas actitudes pueden tener su origen en factores genéticos (Baron y Byrne, 1998), o se adquieren de los padres, profesores y compañeros (Robbins, 1994), cuando tomamos como punto de partida que las actitudes se aprenden, los principales caminos son dos. El primero de ellos está sustentado en el condicionamiento clásico (estímulo y reacción) y el segundo en la comparación (Baron y Byrne, 1998).

El condicionamiento clásico está basado en la asociación; por ejemplo, si el empleado tiene como estímulo un reconocimiento verbal en público, una reacción puede ser un mayor compromiso hacia la organización. No menos importante es el aprendizaje de las actitudes mediante la adopción de perspectivas “correctas”, es decir, aquellas que son favorecidas por los altos niveles jerárquicos o por las personas reconocidas institucionalmente como honorables.

Las actitudes también se aprenden con el ejemplo, observando las acciones de los demás. Si para el jefe de departamento en verdad es importante la calidad, ésta se manifestará en sus actividades y es mayor la probabilidad de que el personal de esa unidad aprenda que la calidad es parte esencial del trabajo cotidiano.

En cuanto al segundo camino para aprender las actitudes, prevalece el mecanismo de compararnos a nosotros mismos con los otros para determinar si nuestra visión de la realidad es correcta o no. Es fácil llegar a creer que en la medida en que nuestras opiniones coincidan con las de los demás, nuestras actitudes son apropiadas. Aquí no podemos hacer de lado el hecho de que pesan tanto las actitudes negativas como las positivas. Entonces, como lo afirma Baron y Byrne (1998:136), nuestras actitudes están moldeadas por la información que percibimos del ambiente organizacional, junto con nuestro propio deseo de tener la perspectiva correcta, y ésta puede ser aquella que tienen las personas que respetamos y admiramos. Por esto, es importante considerar al clima organizacional y a la socialización como factores que contribuyen al surgimiento o reforzamiento del compromiso personal hacia la organización.

b. Influencia de las actitudes en el comportamiento

Para describir cuándo influyen las actitudes en el comportamiento de las personas en las organizaciones, los psicólogos sociales (Baron y Byrne, 1998:143) se auxilian de tres elementos, mismos que también están presentes en las organizaciones, pues de alguna manera éstas pueden ser consideradas como microsociedades. Dichos elementos son la situación, algunos aspectos de las propias actitudes y los individuos.

b.1 La situación, cuya influencia en las actitudes es mediante normas que indican cómo han de comportarse las personas en determinada situación, da lugar a restricciones. No menos importante es la presión temporal; esto es, cuando las personas están bajo presión, deciden y actúan rápidamente, pero sus actitudes no dejan de servirles como guía para realizar sus actos. Sin embargo, por lo regular “tendemos a preferir situaciones que nos permitan mantener una estrecha relación entre nuestras actitudes y nuestro comportamiento (Baron y Bryan, 1998:144)”, o bien, buscamos espacios y situaciones en donde lo que decimos y hacemos coincida. Aquí radica el beneficio de socializar permanentemente a los integrantes de organizaciones hospitalarias, para avanzar cada vez más hacia esta anhelada coincidencia, pero no de manera impuesta sino participativa.

b.2 Algunos de los aspectos de las actitudes que más presencia tienen en el comportamiento son su origen, su intensidad y su importancia. Las actitudes formadas sobre la base de experiencias directas pueden ejercer un mayor efecto en el comportamiento que aquellas que se forman por los rumores. En otras palabras, una actitud generada por una vivencia es más fuerte que aquella que se origina por comentarios de quienes nos rodean, particularmente en el ámbito laboral. En otras palabras, las actitudes no se generan sólo a partir de palabras, buenos consejos, lecturas amenas o cursos.

La intensidad de una actitud se refiere a la fuerza con que produce una reacción, por lo que cuando ésta es más intensa, su presencia es mayor en el comportamiento, pero también se resiste más al cambio.

La importancia de la actitud, es decir, la medida en que el individuo se preocupa por ella, está determinada por el interés propio, la identificación hacia la organización y la relevancia de los valores frente a la actitud (Baron y Bryan, 1998:145-146).

b.3 No para todos los individuos es igual el vínculo actitud-comportamiento (Baron y Bryan, 1998:147), lo cual es sustentado por la teoría de la acción razonada. Unos utilizan sus actitudes como verdaderas guías del comportamiento y “miran” hacia su interior cuando buscan decidir cómo comportarse en un momento determinado; otros centran su atención hacia el exterior y hacen o dicen lo que consideran más conveniente para un caso específico. En ambos, es innegable que las actitudes afectan el comportamiento de los individuos en la organización.

Más allá de entender el cuándo las actitudes se vinculan al comportamiento, está el cómo aquéllas influyen en éste. Baron y Bryan (1998:148) afirman que la “respuesta depende de la intención” y del punto hasta el cual una persona percibe un comportamiento como difícil o fácil de llevar a cabo. En resumen, un hecho activa una actitud, la cual influye en la percepción del objeto actitudinal y el conocimiento sobre lo que es apropiado o no, para aterrizar en una conducta.

Para profundizar un poco más sobre el vínculo entre actitud y comportamiento, es necesario abordar la teoría de la acción razonada, la cual refuerza el modelo de racionalidad retrospectiva, sustento del compromiso personal hacia la organización.

Cada vez resulta más innegable la existencia de una distancia entre actitudes y comportamiento, lo que, aparentemente, pudiera llevarnos a creer que las actitudes son

elementos inadecuados de pronóstico del comportamiento. “Es una suposición ingenua decir que las actitudes predicen el comportamiento. Los factores que median entre actitudes y comportamiento son: nivel de especificidad, actos únicos contra actos múltiples, factores situacionales (los factores externos limitan el comportamiento) y variedad de actitudes” (Furnham, 1997:215).

Ajzen y Fishbein (1980:912) concluyeron que “las actitudes de una persona tienen una relación muy estable con su comportamiento cuando éste se dirige hacia el mismo objetivo e implica la misma acción. Por ejemplo, las actitudes hacia el trabajo pueden predecir el comportamiento hacia el mismo cuando ambas son evaluadas de manera adecuada y se toman en cuenta factores relevantes combinados.

En 1975, Fishbein y Ajzen (Morales y Huici, 1999) formulan la teoría de la acción razonada partiendo de:

- La actitud hacia un objeto es el resultado de las creencias (ideas, pensamientos) que la persona mantiene hacia dicho objeto, aunque una crítica generalizada es que la actitud no sólo es razonada, pues esto equivaldría a afirmar que las personas tienen un control racional sobre sus emociones y sentimientos.
- Las personas mantienen creencias conductuales que incluyen dos tipos de información: probabilidad subjetiva de que realizar cierta conducta produzca una consecuencia y deseabilidad subjetiva al creer que las consecuencias expresadas por la creencia son positivas o negativas (consecuencias deseables y consecuencias indeseables).

En pocas palabras, la teoría de la acción razonada representa la relación entre actitud y conducta. Lo complejo de las actitudes no queda ahí. Más allá de la relación actitud-conducta, también interviene la norma social subjetiva, entendida como la presión social del contexto más próximo, descansando en dos pilares (Furnham, 1997): (i) creencias normativas, es decir, la probabilidad de que la conducta a realizar resulte aceptada o no por compañeros, jefe, padres, etc.; y (ii) motivación para acomodarse, esto es, la disposición de la persona a conformarse en las opiniones de los otros.

Entonces, la intención de realizar una conducta es: actitud más norma social subjetiva. Y todavía más: esta teoría de la acción razonada ha crecido hasta la teoría de la acción planificada, la cual se refiere al control conductual percibido basado en creencias de que la persona posee o no capacidades, recursos y oportunidades para comportarse de una manera y no de otra en las organizaciones. Esto mejora sustancialmente la predicción de la intención (Morales y Huici, 1999).

c. Persuasión en el cambio de actitudes

Que alguien (una persona, un grupo o una organización) intente cambiar nuestras actitudes no es extraño, pero ¿realmente lo logran?, o bien, ¿se puede prever la conducta del individuo si se conoce su actitud ante un tema cualquiera? (Robbins, 1994). De esto se trata la persuasión en el proceso de cambio actitudinal.

Las funciones de las actitudes (conocimiento, expresión o identidad y autoestima) son importantes, ya que a ellas les llegan los mensajes persuasivos, y dependiendo de su

función en determinada situación, será el mensaje para que la persuasión tenga éxito (Robbins, 1994).

Sin embargo, al percibir un atentado directo a nuestra libertad personal, aparece la resistencia a la persuasión, pues nuestra capacidad para ello es sorprendente, haciendo uso de la reactividad, el sobreaviso o evitar lo que nos conviene. Una salida a lo anterior es el conocimiento previo al intento de la persuasión, es decir, debemos informar para qué se busca un cambio de actitud y en qué consiste éste. En palabras de Pfeffer (1992:54): "...las actitudes persisten a menos que el individuo cuente con información que determine un cambio en su actitud".

Para complementar lo anterior, es necesario hacer referencia a la disonancia cognitiva: la incompatibilidad entre lo que se hace y lo que se cree o se dice (Baron y Bryan, 1998:162). La importancia de la disonancia cognitiva frente al comportamiento organizacional radica en que debido a ésta cambiamos nuestras propias actitudes y llegamos a sentirnos incómodos. La teoría de la disonancia cognitiva empieza con una idea muy razonable: a las personas no les gusta la incoherencia y cuando se presenta se sienten motivados a evitarla (Robbins, 1994).

No es sorprendente que cuando experimentamos la disonancia, busquemos reducirla del modo más sencillo posible, lo que tiene gran impacto en la conducta laboral. Se me ocurre: al surgir un sentimiento de incomodidad por el nuevo programa de guardias en el servicio de urgencias del hospital para el periodo vacacional, mi actitud hacia quien tomó la decisión puede ser negativa. Una manera de reducir la disonancia es disfrutando de días económicos o de alguna prestación similar. Esto es una forma sencilla para reducir mi sentimiento de incomodidad, pero no necesariamente es lo más productivo.

Frente a este escenario, la organización debe ser cuidadosa para que esta salida no se traduzca en un "escape sencillo y cómodo", es decir, debe darle su justo valor a las actitudes o comportamientos inconsistentes, lo cual se puede lograr a partir de "predicar con el ejemplo".

Pues bien, tomando como base la información presentada sobre comportamiento humano y las actitudes orientadas al ambiente laboral, es menester abordar el modelo de racionalidad retrospectiva y acompañarlo de las teorías de la autopercepción y la equidad, con la finalidad de soportar teóricamente el compromiso personal hacia la organización. De esto se ocupa el resto del presente capítulo.

1.4 Modelo de racionalidad retrospectiva

Para entender el comportamiento humano en las organizaciones son necesarias dos cosas: buscar las causas y adoptar una postura sobre la concepción de la naturaleza humana. En cuanto a esta última, Pfeffer hace una clasificación de cinco modelos de comportamiento organizacional: económico, social, racionalidad retrospectiva, moral y cognoscitivo o interpretativo, los cuales pareciera que "...suelen asumir una cualidad religiosa; esto es, se adoptan o se rechazan con base en la creencia o estética, en lugar de fundarse en pruebas científicas" (2000:106).

En este sentido y aún cuando las organizaciones son entidades inherentemente sociales, existe gran interés en el modelo económico de comportamiento, pese a que

proviene de una postura de individualismo y en donde lo más destacado es la relevancia de los premios extrínsecos, fomentando una racionalidad prospectiva e intencional, es decir, las organizaciones buscan que las personas se comporten de cierta manera y que lo hagan intencionalmente, a partir de premios y reconocimientos.

En contraste con este modelo, está el de racionalidad retrospectiva, el cual “indica que los individuos y las organizaciones adoptan medidas que van de acuerdo, o son congruentes, con sus decisiones o elecciones anteriores” (Pfeffer, 2000:87).

Hay dos variantes fundamentales de este modelo. La primera hace referencia a un proceso cognitivo “más calculador” de autopercepción, con dos posturas: una de ellas señala que la conducta es racional y seleccionada conscientemente para alcanzar alguna meta. Por ejemplo, *me comporto de esta manera para obtener aquello*; lo que predomina es la visión, la experimentación, el ensayo y error. La otra dice que la conducta se racionaliza después del hecho: *me sucedió algo y a partir de ello ya me comporto de determinada manera*; es la experiencia. En ambos casos una conducta particular puede afectar la conducta posterior.

La segunda variante del modelo de racionalidad retrospectiva aborda procesos psicológicos sociales “más emotivos”, como el compromiso y la autojustificación. Los individuos, “para mantener su propia identidad, dar la impresión a otros y a sí mismos de actuar con congruencia, conseguir que sus decisiones pasadas parezcan sensatas..., persistirán en un curso de acción y, en ocasiones, incluso aumentarán su compromiso con éste” (Pfeffer, 2000:89). Es en este momento cuando el compromiso personal hacia la organización y el compromiso profesional se vinculan, pues la elección de la profesión sucede antes que la decisión de trabajar en un lugar determinado y ambos encierran, en parte, una decisión emotiva.

Considero que cuando el compromiso está orientado a defender una decisión o postura anteriores (autojustificación), puede llegar a ser un obstáculo para la resolución de problemas, pues lo que prevalece es un pensamiento vertical.

Por otro lado, cuando no hay fuertes razones extrínsecas (económicas o sanciones) para realizar una actividad, las personas creen que lo hacen porque en verdad les agrada; cuando sí existen razones extrínsecas notables para hacer algo, y éstas no son habituales, se considera la actividad menos interesante y atractiva (Pfeffer, 2000). Por lo tanto, cuando se ofrecen recompensas y controles extrínsecos (incluida la supervisión), existe la posibilidad de debilitar el interés intrínseco, el disfrute hacia el trabajo, el compromiso personal hacia la organización.

A partir de estas dos vertientes, Pfeffer (2000) considera que una vez que los individuos se comprometen con cierta organización o actividad, los incentivos adicionales externos probablemente no tengan efecto positivo; por el contrario, pueden socavar las actitudes. Sin embargo, cuanto mayor sea el compromiso producido mediante la inversión de recursos (materiales y no materiales) en el factor humano, sin limitarse exclusivamente a una inversión de tiempo, más preferencia habrá por la actividad y la organización. Esto es, a mayor inversión mayor compromiso, aunque no mostrar compromiso continuo representa reconocer que se cometió un error en la toma de decisión, lo cual pudiera afectar la autoestima.

Al respecto O'Reilly y Caldwell en 1980 (referidos por Pfeffer, 2000), realizaron una investigación con 108 egresados de Maestría en Administración y la elección de empleo. Detectaron una relación positiva entre los factores intrínsecos de decisión (sentimientos personales acerca del empleo) y satisfacción y compromiso; encontraron que las decisiones fundadas en beneficios familiares o económicos se relacionan inversamente con la satisfacción y el compromiso en el trabajo. Esta investigación permite suponer que las características propias del trabajo y el sentido que éste tenga para quien lo realiza son una fuente favorable de compromiso.

A modo de resumen, las personas deciden si se comprometen o no a partir de vivencias anteriores, tanto dentro de la organización como fuera de ella, en donde intervienen sus objetivos personales frente a los de la organización, la información que reciben del ambiente y las normas o programas en los que se ven involucrados (Litterer, 1979).

En conclusión, me parece que el modelo de comportamiento de racionalidad retrospectiva, está muy ligado a la teoría de la acción razonada, particularmente en cuanto al componente cognitivo de las actitudes, tanto en la manera en que surge la actitud como en la forma de manifestarla, ya que la actitud es el producto final de los procesos (cómo se produce la evaluación positiva o negativa de un objeto) cognitivo, afectivo y conductual mediante los cuales se genera la experiencia y, a la vez, la actitud es el resultado de toda una serie de experiencias de la persona con el objeto actitudinal (Morales y Huici, 1999:135).

Una conclusión más. La teoría de la acción razonada representa la forma deliberada en que se puede pasar de la actitud a la conducta. El modelo de racionalidad retrospectiva dice cómo se llega, razonadamente a la actitud.

Para comprender qué hay atrás del modelo de racionalidad retrospectiva, y al mismo tiempo justificar la inclusión de las variables analizadas en el presente trabajo, considero necesario hacer referencia a dos teorías vinculadas con los procesos cognitivo y emotivo de las actitudes: la de autopercepción y la de equidad.

1.5 Teoría de la autopercepción

Como todavía resulta difícil afirmar que las actitudes sí influyen en la conducta, una alternativa más es analizar si la conducta influye en las actitudes. Esta última es la posición de la teoría de la autopercepción (Robbins, 1994:185). Para Ben (1972, Pfeffer, 1992:121) es una afirmación representativa del punto de vista de la racionalidad retrospectiva, pues cuando un individuo determina su actitud hacia un objeto, sujeto o situación, él recordará su conducta referente a eso e inferirá la actitud de una conducta pasada. Este argumento implica que las actitudes, en vez de anteceder y guiar la acción, dan sentido a lo ya realizado. En este proceso de construir retrospectivamente explicaciones para los sucesos, tiene un gran peso la información que se tiene al alcance, tanto en lo interno (experiencias) como en lo externo (ambiente laboral).

Así pues, la teoría de la autopercepción afirma que las actitudes se usan, después del hecho, para dar sentido a un acto que ha ocurrido, y no como instrumentos que anteceden al acto o la dirigen. En palabras de Abelson (1972, Robbins, 1997:185) "somos muy buenos

para encontrar motivos que explican lo que hacemos, pero no tan buenos para hacer aquello para lo cual tenemos motivos”.

Las premisas básicas de la autopercepción (examinar en retrospectiva el comportamiento en el pasado) son las siguientes (Pfeffer, 2000):

- El comportamiento no siempre es compatible con nuestras preferencias, pues a veces es necesario descubrir cuáles son estas preferencias.
- Preferimos, y buscamos, parecer sensatos, lógicos y congruentes al dar una explicación.

Buscamos explicaciones de las actitudes o del comportamiento, recurriendo al pasado o al ambiente exterior, lo cual sirve de base para la inclusión de las variables de clima organizacional, socialización, compromiso hacia la profesión y apoyo organizacional percibido en el presente estudio sobre compromiso personal hacia la organización.

1.6 Teoría de la equidad.

Pertenecer a una organización o ser integrante de un grupo es una vía de doble sentido: una parte exige y recibe resultados; la otra se ajusta a ciertas normas, se esfuerza en el cumplimiento de sus tareas y hasta subordina sus objetivos personales. En esta relación se espera un trato equitativo.

La teoría de la equidad de J. Stacy Adams postula que los empleados tienden a juzgar la imparcialidad comparando los resultados que reciben con sus respectivas aportaciones y esta proporción con las de otras personas en puestos similares y aún diferentes (Davis y Newstrom, 1999).

La teoría de la equidad considera al individuo como parte de un grupo, pues le permite desarrollar su capacidad para efectuar comparaciones con el ambiente interno y externo que lo rodea, pues a los empleados, además de interesarles la obtención de recompensas por su desempeño, también desean que éstas sean equitativas, lo que transforma en más complejo el compromiso. Es decir, existe una tendencia a comparar los aportes (esfuerzo) y resultados (recompensas), pero además a realizar comparaciones con otras personas ya sea de la organización o no.

Frente al comportamiento humano en la organización, la importancia de este deseo de equidad radica en que al percatarse de su ausencia, puede surgir la ira, el resentimiento y hasta la revancha, afectando negativamente la conducta. De aquí que sea necesario conocer –desde la perspectiva de los empleados– si han sido tratados equitativamente o no, y las formas en que se pueden eliminar esas injusticias. Por ello, cuando se estudia el compromiso, es importante conocer cómo percibe el personal que ha sido apoyado por la organización.

Por ejemplo, aún sin ser intencional, nos llegamos a dar cuenta del “trato especial” para otros, pero también percibimos un desequilibrio entre las contribuciones individuales y los beneficios obtenidos. Tampoco puede negarse que somos más sensibles por el hecho de recibir menos de lo merecido que por recibir más de lo que nos corresponde.

En este sentido, no sólo es importante lo que se obtiene, sino también el cómo; esto es, los procedimientos, la consideración y hasta los buenos modales manifestados por la parte que distribuye las recompensas.

Lo interesante es conocer cómo reaccionan las personas frente a la injusticia o la percepción de la misma. En primer lugar, pueden reducir sus esfuerzos, llegar tarde e irse antes de tiempo; también pueden negarse a desempeñar algo más allá de lo que incluye su trabajo y entonces se escucha el típico “eso no me toca”. En segundo lugar, buscan recompensar por otros medios lo que no se les da y se llevan propiedades de la organización, es decir, roban mercancías, herramientas, medicamentos, etc., para llenar el hueco de injusticia percibida (Baron y Bryan, 1999).

Para tener un panorama en este sentido, la presente investigación aborda al soporte percibido (Eisenberger, Cummings, Arnei y Lynch, 1997) como variable importante en el compromiso hacia la organización, buscando determinar en qué medida el personal se siente apoyado, pues el compromiso es un baile entre dos: para que exista se requiere que tanto la organización como el personal estén comprometidos mutuamente.

Con lo hasta aquí expuesto sobre el comportamiento humano en las organizaciones, el modelo de racionalidad retrospectiva, las actitudes y las teorías de la autopercepción y equidad, entonces las preguntas que no pueden evitarse son: ¿cómo afecta en esa decisión de comprometerse o no el clima y la socialización? ¿cómo el soporte percibido? ¿qué tanto influye el haber decidido antes del lugar en dónde trabajar la profesión a la cuál dedicarse? Las respuestas a estos cuestionamientos es lo que se pretende encontrar en la presente investigación tomando como población de estudio las personas que integran tres unidades hospitalarias de atención a la población abierta ubicadas en la Ciudad de Toluca, Estado de México.

Para continuar con los elementos que integran el argumento teórico, a continuación se presenta lo más importante sobre el compromiso personal hacia la organización, así como la relación con las variables ya referidas.

CAPÍTULO II

COMPROMISO PERSONAL HACIA LA ORGANIZACIÓN

Por funcionalidad, es recomendable aislar un tema para su estudio; sin embargo, para incrementar su utilidad, es necesario ubicarlo en un ambiente teórico mayor a él mismo. Esta fue la razón del capítulo anterior. Así, una vez que se ha revisado el porqué y cómo estudiar las organizaciones, la teoría organizacional y el comportamiento humano, fue posible entender la importancia que tienen las actitudes hacia el trabajo dentro de las organizaciones. A partir de ahí, se aborda el modelo de la racionalidad retrospectiva, mismo que sirve de sustento al compromiso personal hacia la organización, ya que puede predominar la visión y el deseo de experimentar, o bien, la racionalización después de lo hecho. Ahora, es necesario señalar qué es y por qué es importante el compromiso personal hacia la organización, así como las variables relacionadas con él, tanto en lo ambiental como en lo individual.

2.1 Importancia del estudio del compromiso personal hacia la organización

Desde la perspectiva de la sociología organizacional, las personas pueden ser vistas como poseedoras de tres grandes recursos: (a) su talento diferencial personal; (b) su participación y colaboración traducidas en sentido de compromiso; y, (c) su identificación con la propia organización (Ruiz, 1995:358-360). Esto nos convierte en capital humano, en el cual se puede invertir y ser ampliado mediante estrategias de desarrollo, que necesitan evaluarse constantemente para evitar desperdicios o despilfarros.

En este orden de ideas, el sentido de compromiso debe ser entendido como una fuerza interior que empuja a los sujetos a “entrar y permanecer en forma activa y adecuada, orientando su esfuerzo hacia el alcance de los objetivos de la organización” (Ruiz, 1995:358).

Aunque en teoría se ha dicho mucho desde hace ya tiempo, la organización todavía llega a ver a las personas como un gasto más que como una inversión. Se estima que en México el pago al personal de salud representa entre el 70% y 75% del gasto destinado a este sector, siendo el porcentaje más alto de todos los rubros, lo cual no quiere decir necesariamente que tengan “buenos sueldos” (Nigenda, 1997:221), pero sí pareciera ser una razón para hacer este factor más eficiente, y al mismo tiempo dejarlo de traducir solamente en números en donde, aparentemente, lo más importante es la remuneración económica.

Lo anterior implica la búsqueda de formas que permitan lograr mayor eficiencia del personal en la producción de servicios de salud, protegiendo -al mismo tiempo- la calidad. Como dice Nigenda (1997:221): “esto se pretende lograr a través (*sic*) de la aplicación de diversas estrategias, entre las que destaca mejorar la forma de participación de los recursos humanos”. Una alternativa bastante viable es fortalecer el compromiso hacia la organización del personal médico, paramédico y administrativo que ya forman parte de los hospitales dedicados a brindar atención a aquella población de escasos recursos sin derecho a seguridad social, es decir, a la población abierta.

Este cambio obliga a construir conjuntamente un ambiente propicio en donde las personas puedan desarrollarse a partir de la interacción e interdependencia y del reconocimiento de potencialidades y debilidades.

Otro enfoque de la importancia del estudio del compromiso: el sector salud, y particularmente las unidades hospitalarias de atención a la población de escasos recursos deben responder al incremento en la presión social; vivimos una sociedad más informada (mayor educación), más organizada (mayor participación) y con mayor vigilancia social por parte de las organizaciones no gubernamentales (ONG's), la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), la Procuraduría Federal del Consumidor (PFC) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CNAM), entre otros. Esto modifica la prestación de los servicios médicos de manera irreversible (Niganda, 1997), modificación que demanda un proceso de cambio en el cual están involucrados quienes tienen funciones directivas-administrativas, académicas o de atención directa a los pacientes.

Por otro lado, al ser considerada una organización como entidad conscientemente coordinada, implica una dirección y la existencia de personas que interactúan mutuamente entre sí, en la búsqueda de objetivos supuestamente comunes (Ruiz, 1995). Esta coordinación premeditada requiere de la creación de un lazo afectivo permanente (compromiso) entre los integrantes y la organización, el cual puede ser de diferente grosor, textura y resistencia; en cuanto al tiempo no siempre será vitalicio, pero sí debiera permanecer activo mientras la persona no abandone la organización. Lo importante es que responda a los intereses de ambas partes, aunque es necesario decir que este lazo implica una fijación de conductas a las personas dentro de la organización, lo cual suele ser bastante criticado, pues en ocasiones lejos de que la organización participe en el crecimiento personal, llega a ser un instrumento minimizador de capacidades y creador de actitudes negativas y conformistas.

No menos importante es considerar que el deterioro del ambiente laboral lleva al personal a perder entusiasmo por su trabajo y esa pérdida puede traducirse en mayores niveles de ausentismo y rotación, además de una marcada lentitud, desgano e indiferencia hacia el trabajo. Una alternativa para evitar esta situación es crear un ambiente en donde pueda florecer el compromiso hacia la organización, pues ante su ausencia el personal se retira emocionalmente, predominando una actitud de cumplir nada más con el mínimo requerido, en hacer lo elemental para no ser despedido y ser francamente mediocre; sin embargo, algunas organizaciones lejos de comprometer a los individuos con su desarrollo propio, pareciera que buscan hacerlos cada día más dependientes.

Desde otro ángulo, puede decirse que “el compromiso introyectado por los sujetos de la organización... facilita cualquier proceso de ajuste y cambio..., pues ya se ha visto que sin

mucho resultado el mundo capitalista ha intentado solucionar la discrepancia entre las organizaciones y los intereses personales de quienes las integran a base de programas de corte paternalista (ayudas familiares, seguridad, social, jubilación...)” (Ibarra, 1998:158). Esto da pie a pensar en otras opciones, pues las necesidades de autonomía en el trabajo, creatividad, desarrollo personal y deseo de progreso social, son exigencias a las que hay que responder y al mismo tiempo son incentivos que ayudan a que se incremente el compromiso en cada cual. Con esta intención, las personas pueden dejar de ser dependientes de las organizaciones y lograr su libertad emocional traducida en autoempleo o defensa para cuando se encuentren fuera de éstas (despido y jubilación, por ejemplo).

Quienes tienen la fortuna de estar al frente de las organizaciones debieran infundir la búsqueda personal de algo más que una remuneración y hasta un reconocimiento. El compromiso puede ser un camino para lograrlo, sobre todo si se piensa que el contexto económico de la organización de la atención médica en México exige mayor eficiencia en dos sentidos: (a) aprovechar más los recursos con que cuenta, y (b) dar mayor énfasis a la prevención para que en un futuro disminuya la atención por curación, en donde el propósito no es sólo prevenir enfermedades o mayores deterioros a la salud, sino también, y de manera explícita, controlar los costos, mediante la prevención de daños futuros y de más consecuencias (Ruelas y Concheiro, 1997:384). Sin embargo, otro enfoque es que, “en realidad, la prevención alarga la vida socialmente útil de los individuos, pero no detiene el envejecimiento y al final se requiere tanta o más curación, que cuando alguien fallece de cólera a los 5 años. Es decir, curación y prevención son dos funciones que deben mantenerse en paralelo, desde luego que existen enfermedades prevenibles, las cuales pueden suprimirse, por lo menos en teoría, pero existen otras que las reemplazarán, a menos que descubramos el secreto de la vida eterna” (Abreu, 2002).

Al margen de la escasez de los recursos económicos, debieran ser prioritarios los recursos de poder (Niganda, 1997), como el conocimiento, el aprendizaje organizacional, y, ¿por qué no?, la capacidad individual de vincularse emocionalmente con la organización y su entorno. Es así como también se justifica el estudio del compromiso personal hacia la organización.

Así como la calidad de un producto sólo puede estar dada cuando existe calidad en el factor humano que participa en su elaboración, también el compromiso hacia la población de escasos recursos en lo que a brindar servicios de salud se refiere, sólo podrá existir cuando los que laboran en las unidades hospitalarias manifiesten cierto grado de compromiso personal hacia la organización y ésta también lo haga hacia ellos.

De aquí la importancia de visualizar que el factor humano no está dentro de las organizaciones, sino más bien es quien conforma las organizaciones, fragmentos de una sociedad compleja, lo que implica que lograr un compromiso conjunto sea una tarea un tanto laboriosa, sobre todo si se considera que es una variable poco conocida en el ámbito organizacional y que para fortalecerla se requiere de una cultura que la contemple.

Hasta aquí he justificado el estudio del compromiso en las organizaciones desde tres elementos de la práctica administrativa: individuo, ambiente laboral y recursos.

Además, busco dar respuesta a algunos de los problemas que enfrentan los estudios ya existentes, tales como la falta de claridad del concepto, su medición, así como fuentes y consecuencias, ya que el compromiso es una variable a la que relativamente se le ha

prestado poca atención en cuanto a explicar o investigar los mecanismos mediante los cuales algunas variables ejercen influencia sobre ella (Meyer, 1997).

2.2 ¿Qué es el compromiso personal hacia la organización?

El uso de la palabra *compromiso* es tan común que pareciera ser una muletilla o una carta de buena presentación y que al servir para todo, hace que su uso sea ambiguo. "*Nuestro compromiso es servirle*" (Elektra, 1999), "*yo me comprometo a...*" (precandidato presidencial priista, 2000); "*mi compromiso es con México*" (precandidato presidencial panista, 2000), "*certificarse... es una prueba inequívoca del compromiso con la calidad*" (VW de México, 2001). Así también, no es difícil que en una revista de negocios aparezca repetidamente esta palabra, lo que permite suponer que una organización que ofrece compromiso sólo puede hacerlo con un factor humano comprometido.

El compromiso también tiene un uso en el ámbito del conflicto. Cuando una persona tiende a buscar soluciones intermedias que no satisfacen ni a él mismo ni a los demás, lo que hace es distribuir equitativamente los costos del grupo (Baron y Byrne, 1998:509-511) y entonces se dice aceptar una situación determinada exclusivamente por compromiso, para evitar la generación de conflicto o simples dificultades. Por ejemplo, el lema del Sol de Toluca, diario de circulación local, es "*le ofrecemos noticias sin compromiso*" (2000).

Desde la visión de la antropología filosófica, y con una adaptación hacia las organizaciones, el compromiso se trata de una situación privilegiada. Lo importante no es tanto el momento en que se establece el contrato laboral como una voluntad de unión, alianza, ayuda o marcha conjunta. Lo importante es la experiencia vital en la que empleado y empleador se sienten ligados entre sí y realizan proyectos paralelos y adecuados el uno al otro. Ya lo dijera Gutiérrez Saenz (2001:130): el compromiso "origina vidas paralelas, pero no por esto es actitud donante de uno hacia el otro de los sujetos comprometidos". Desde un punto de vista personal es evitar el "*si me das, te doy*". Estar comprometido es un signo de maduración. Vivir comprometido es vivir el nosotros, es organizar la vida en plural, es el existir, pero también el coexistir.

En el ambiente del trabajo diario, puede perderse la frontera entre compromiso y algunas variables que también caracterizan el desempeño de las personas en las organizaciones. Por ejemplo, responsabilidad y compromiso, o motivación y compromiso. A este momento, puedo distinguir que responsabilidad equivale a tener la habilidad de responder y que el compromiso es más profundo que la motivación, porque ésta se encuentra a flor de piel y desaparece o aparece según la presencia-ausencia de ciertas necesidades y estímulos.

De lo que se ocupa la presente investigación es del compromiso personal hacia la organización, con la expectativa de determinar la influencia en el desempeño, valorado mediante el esfuerzo y la intención de permanencia, sin olvidar que también el compromiso de la organización hacia las personas es trascendente, porque se convierte en un mecanismo de ajuste de actitudes y expectativas.

En el campo del comportamiento humano, este compromiso ha sido definido por varios autores. Porter, Steers y Mowday. (1974) definen al compromiso organizacional como la fuerza relativa de la identificación de un individuo para involucrarse con la

organización, incluyendo tres factores: (i) creencia en los objetivos y valores de la organización; (ii) voluntad para realizar un esfuerzo considerable en beneficio de la organización; y (iii) deseo para continuar como miembro de la organización. El compromiso no es simplemente lealtad a la organización, más bien es un proceso continuo mediante el cual los miembros manifiestan su interés hacia la institución, sintiéndose bien y teniendo éxito.

Blau y Boal (1987) abordan al compromiso organizacional desde dos perspectivas: una como actitud y otra como conducta. En cuanto a la primera, el compromiso es una orientación positiva individual hacia la organización y se define como un estado en el cual el empleado se identifica con las metas institucionales y desea continuar en ella, lo que enfatiza el vínculo con otras actitudes relacionadas al trabajo. La perspectiva de conducta implica que el individuo se compromete con la organización según su "inversión de costos" expresada en capacitación, beneficios y salarios por antigüedad; y, al mismo tiempo, el individuo se convierte en un compromiso para la organización porque ha sido demasiado costoso para que se vaya. Como puede verse, ambos aspectos son incluidos posteriormente tanto en la definición de Steers y Porter (1991) como en la de Meyer y Allen (1991).

Para Steers y Porter (1991) es el proceso por el cual la gente se adhiere psicológicamente a una organización, buscando aumentar el involucramiento del empleado y su contribución a la efectividad de toda la organización. En este sentido, los autores consideran como síntomas de un compromiso débil el ausentismo y la rotación.

Meyer y Allen (1991) determinan el compromiso como un estado psicológico que caracteriza la relación entre una persona y una organización, la cual presenta consecuencias respecto a la decisión para permanecer o marcharse. Dividen al compromiso en tres grandes componentes: afectivo (deseo), normativo (deber) y de continuidad (necesidad), mismos que se abordan en con mayor amplitud en el apartado 2.3 (Pág. 25). Así, los empleados con alto compromiso afectivo continúan con la organización porque quieren, aquellos con alto compromiso normativo lo hacen porque creen que deben, y los que tienen alto compromiso de continuidad permanecen porque lo necesitan.

Con la creciente popularidad del compromiso en las organizaciones, se observan conceptos, tipos, enfoques y mediciones diversas. Mathieu y Zajac (1990) señalan como término común en las definiciones de compromiso que es un vínculo o eslabón del individuo hacia la organización (yo diría entre el individuo y la organización) y las definiciones difieren en los términos en que esta liga es desarrollada.

Por su parte, Dunham (1994) señala que el compromiso puede ser catalogado como actitud o perspectiva de comportamiento, ya que es una afirmación evaluativa (favorable o desfavorable) en relación con objetivos, personas o hechos; refleja la forma en que uno se siente acerca de algo. Las actitudes, al igual que los valores, se adquieren de los padres, los maestros y el ambiente. Nacemos con ciertas predisposiciones genéticas y pueden ser modificadas durante el ciclo de vida. En contraste con los valores, las actitudes son menos estables, lo que las hace importantes en las organizaciones porque afectan el comportamiento en el trabajo (Robbins, 1994).

Para dimensionar el compromiso, Robbins (1997) señala que así como un alto involucramiento con el puesto significa identificarse con el puesto únicamente, un alto compromiso significa identificarse (reconocerse) con la organización como un todo. Esto

es, un empleado puede estar insatisfecho con su puesto, pero considerarlo como una situación temporal y, sin embargo, no dejar de sentir compromiso hacia la organización.

Desde el punto de vista personal, el compromiso es un ingrediente, entre otros, del trabajo humano que hace de lo ordinario lo extraordinario, de lo adecuado lo excelente, y que llega a las emociones más que a la lógica, que parte de lo emotivo más que de lo argumentativo. Es una emoción dirigida y orientada. Es la presión que uno se pone. Para aclarar un poco más: lo contrario al compromiso es hacer lo mínimo posible para no ser despedido, es indiferencia hacia el trabajo, la organización y los compañeros, es ser un auténtico mediocre.

Lo que inhibe el compromiso, desde la perspectiva de la organización, es pensar que prevalecen personas flojas, apáticas, que no les gusta trabajar y que necesitan de una supervisión y un control constantes; que existe una falta de congruencia o incompatibilidad entre los objetivos organizacionales y los personales. Bajo este tenor, difícilmente florecerá el compromiso personal hacia la organización.

En contrapartida, si se piensa en las necesidades de autonomía en el trabajo, comunicación, creatividad, desarrollo personal y deseo de progreso social (Pierre y Monconduit, 1995:18), se pudiera generar un compromiso reflejado en ser mejor de lo que somos. En resumen, el compromiso ni surge de la nada, ni se reproduce solo; es necesario un ambiente propicio.

En este mismo sentido, y una vez que individuo y organización deciden iniciar una relación laboral, ésta debe estar guiada en mayor o menor medida por el compromiso, para lo cual es menester cultivarlo. Al respecto, Salancik (Steers y Porter, 1991) recomiendan cuatro elementos: visibilidad, claridad, irreversibilidad de la conducta y voluntad. En seguida se describen.

Como ya se dijo, las actitudes también se aprenden con el ejemplo. Una alternativa para que el compromiso se convierta en una conducta es observando a los demás y que los demás lo observen a uno (visibilidad). Las conductas o comportamientos secretos o poco observables hacen que el compromiso no tenga fuerza, pues no puede ser ligado a nadie en particular. Mantener la visibilidad no es una tarea difícil. Por ejemplo, presentar al nuevo empleado o avisar de su cambio, son tareas que no implican mucho esfuerzo y no requieren de sumas elevadas de dinero, pero que sí permiten que los demás conozcan a un nuevo empleado o sepan de una reubicación. Otra de las maneras más simple, directa, sincera y honesta para comprometer a los individuos en la organización es hacerlos partícipes de la información y así, si ellos se sienten parte de las metas y objetivos, estarán más comprometidos para alcanzarlos. Sims (2000) señala que cuando el empleado detecta mentiras, disminuye su compromiso afectivo.

Pero la visibilidad sola no es suficiente para crear el compromiso; debe ser combinada con la claridad y la precisión, entendidas como el grado en el cual el individuo no puede negar que el comportamiento ocurrió. Cuando un comportamiento no puede ser observado sino sólo inferido, resulta ser una fuente de confusión y conflicto. Por ejemplo, si dejo un documento confidencial sobre mi escritorio y más tarde alguien comenta algo referente a su contenido, no puedo afirmar que leyó el documento, pues tal vez se pudo enterar de alguna otra fuente. Si yo veo que el subordinado está leyendo el documento en

mi oficina, entonces sé con exactitud que sí lo hizo. Esto es, el compromiso se cultiva cuando el comportamiento observado está libre de interpretaciones equívocas.

Cuando se habla de irreversibilidad, significa que la conducta no es fácil de cambiar o desechar. En las organizaciones muchas veces esta conducta se va condicionando a las prestaciones y cuando éstas no están claramente establecidas surgen sentimientos de trato diferenciado. La irreversibilidad de la conducta es importante porque influye en el contrato psicológico; esto es, una vez que hemos aceptado una posición y percibimos que tiene cualidades atractivas, el compromiso hacia ella y la organización se incrementa.

La irreversibilidad de la conducta va acompañada de la voluntad, la cual liga nuestras intenciones con las acciones. Sin voluntad y responsabilidad personal, la conducta no está comprometida. Esto implica que si existe apertura para la toma de decisiones, el compromiso será mayor porque hay que responder por los actos propios y la decisión participativa.

2.3 Algunos modelos sobre el compromiso

Angle y Perry (1983) comparan dos modelos de compromiso organizacional: (a) el modelo basado en la persona, sostiene que el compromiso se origina en las acciones y atributos personales de los empleados; y, (b) el modelo basado en la organización, el cual parte de la premisa de que el compromiso refleja una reciprocidad del sujeto por lo que la organización le ha proporcionado para satisfacer sus necesidades más importantes. En pocas palabras, el locus del compromiso reside en los atributos y acciones del individuo, o bien, el compromiso está en función de la manera en que los empleados han sido tratados por la organización.

Esta investigación (Angle y Perry, 1983) se realizó con una muestra de 1099 operadores de transporte público de 24 empresas del oeste de Estados Unidos. Los atributos personales considerados fueron: sexo, nivel educativo, estado civil, antigüedad en la organización, participación en el sostenimiento familiar y edad. También se consideró la percepción que los sujetos tenían en relación a otras oportunidades de trabajo y la posibilidad de ser transferidos.

Los resultados arrojaron que el modelo basado en la persona explica el 11% de la varianza del compromiso organizacional, mientras que el modelo basado en la organización alcanzó un porcentaje de 58.8%, siendo la variable dominante el trato que reciben de la organización. Con ello, los autores (Angle y Perry, 1983) concluyeron que el compromiso surge de un proceso recíproco entre la organización y los empleados.

En el modelo de tres dimensiones de Meyer y Allen (1991), el compromiso afectivo comprende los lazos emocionales intensos que las personas forjan con su organización, pues perciben que se satisfacen sus necesidades (especialmente psicológicas) y expectativas; por ende disfrutan de su permanencia en la organización. El componente normativo se refiere al sentido moral por pertenecer a la organización, a la lealtad hacia ella, quizá por recibir ciertas prestaciones que pueden generar en las personas un sentido de deber, un sentido de correspondencia.

Con relación al componente de continuidad, las personas sienten que han invertido mucho tiempo y esfuerzo y que salir de la organización se traduciría en una pérdida

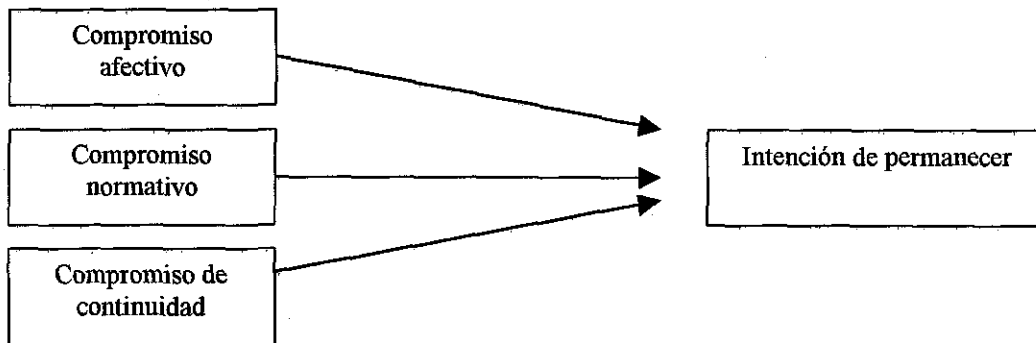
personal. Se refleja aquí una faceta calculadora, pues prevalece más el interés hacia un plan de pensión y primas de antigüedad, entre otros, que contribuir con un esfuerzo mayor para que la organización cumpla sus objetivos. Es decir, dejar la institución resulta cada vez más costoso y crea un "compromiso por conveniencia", no dejando de lado que un elevado índice de desempleo en una sociedad acarrea un mayor compromiso de este tipo (Meyer, Allen y Gellatly, 1990). En este sentido, los empleados con un fuerte compromiso afectivo permanecen en la organización porque quieren, mientras que los de alto compromiso de continuidad permanecen porque lo necesitan.

El modelo se completa cuando estas tres dimensiones del compromiso personal hacia la organización se reflejan en la intención de permanecer o no en la organización (ver figura No. 2.1). Cuando existe alto compromiso afectivo y bajo compromiso de continuidad es mayor el desempeño y el esfuerzo realizado; pero, cuando hay un alto compromiso normativo y un bajo compromiso de continuidad, lo que predomina es un comportamiento de sacrificio (Hartmann y Bambacas, 2000). La dimensión afectiva y normativa están positivamente relacionadas con la percepción del empleado de cómo es tratado por el empleador y su ambiente de trabajo.

La intención de permanecer o no en la organización ha sido consistentemente correlacionada con el compromiso afectivo y normativo, pero muy poco con el de continuidad (Hartmann y Bambacas, 2000).

Figura No. 2.1

Modelo de Compromiso Organizacional de tres factores de Meyer y Allen (1991)



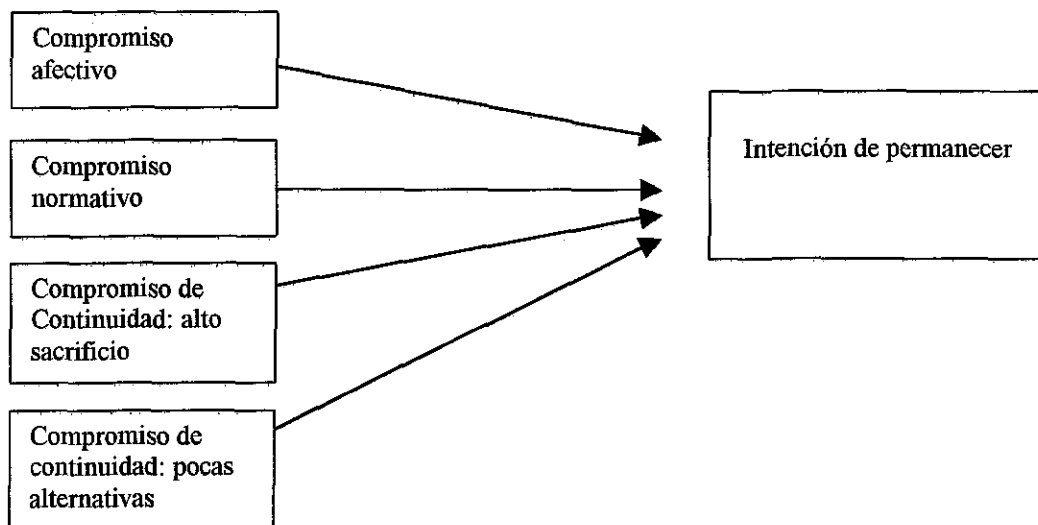
Sin embargo, Meyer, Allen y Gellatly (Hartmann y Bambacas, 2000) examinaron su propio modelo y encontraron cierta inconsistencia en la dimensión de continuidad, debido a la ambigüedad en la interpretación de los reactivos correspondientes y a la naturaleza de los costos (financieros y no financieros) con los cuales la gente se sentía atada a la organización, lo cual podían tener implicaciones en el compromiso afectivo. Esto es, las personas que tienen un mayor compromiso afectivo pueden percibirse a sí mismas estar más atadas a la organización porque tienen pocas alternativas de desarrollo fuera de ella. Así surge el modelo de cuatro dimensiones: a) compromiso afectivo, b) compromiso normativo, c) compromiso de continuidad con alto sacrificio, y d) compromiso de

continuidad por pocas opciones de trabajo (ver figura No. 2.2). Las consecuencias para el trabajo se reflejan en la intención de permanencia.

Por su parte, Cohen (2000) desarrolla un estudio que examina dos modelos de relación entre el compromiso y los resultados en el trabajo, tales como intención de renunciar, rotación y ausentismo. Este estudio se realiza con 283 enfermeras de tres pequeños hospitales en Israel. El primer modelo se basa en la literatura tradicional que argumenta que la relación entre el compromiso y los resultados del trabajo es directa, señalando con toda claridad a quién va dirigido el compromiso: hacia la organización, hacia el grupo de trabajo, hacia la profesión, o hacia el trabajo. El segundo modelo, el cual retoma de Randall y Cote, incluye al involucramiento en el trabajo como mediador entre el compromiso organizacional y la intención de renunciar, la rotación o el ausentismo, entendiendo por involucramiento la identificación que el empleado tiene hacia la organización y su trabajo.

Los resultados obtenidos en el referido estudio, señalan que, en cuanto al modelo directo, sólo el compromiso organizacional y el involucramiento en el trabajo estuvieron fuerte y negativamente relacionados con la intención de retirarse, el ausentismo y la rotación. Mientras tanto, el modelo de Randall y Cote (Cohen, 2000) confirma al involucramiento como mediador de la relación entre el compromiso y las intenciones de rotación.

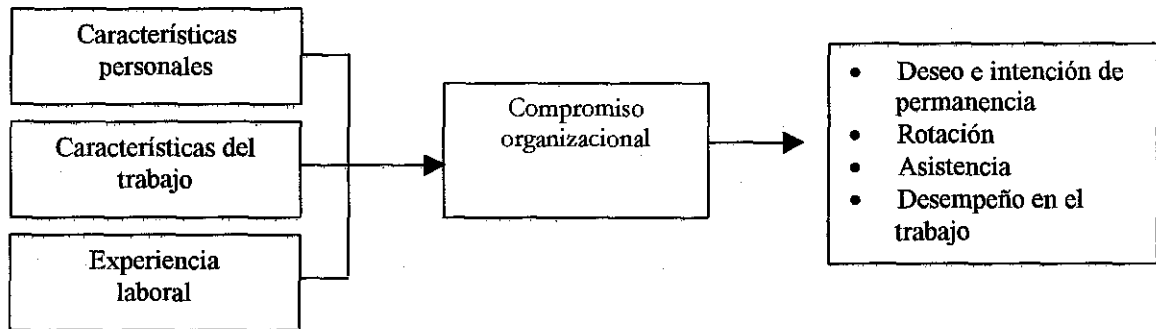
Figura No. 2.2
Modelo de Compromiso Organizacional de cuatro factores de Meyer, Allen y Gellatly (2000)



Puesto que el comportamiento en las organizaciones, y con ello el compromiso, no sólo se explica desde el ambiente, sino también desde lo individual, es menester presentar algunos modelos de compromiso organizacional que incluyen características personales.

Al analizar varios estudios sobre determinantes del compromiso organizacional (¿qué determina el compromiso?), Steers (1977) encuentra que la mayor influencia está en el ambiente laboral o en el clima organizacional. Por esta razón, presenta un modelo compuesto de antecedentes y consecuencias del compromiso (Figura No. 2.3), en donde los primeros son agrupados en tres categorías: características personales, características del trabajo y experiencia laboral. En un estudio con 382 empleados de hospital y 119 científicos e ingenieros Steers (1977), concluye -con este modelo- que el compromiso está fuertemente relacionado con el deseo de permanencia en la organización y moderadamente con la rotación y la asistencia, lo cual coincide con lo encontrado por Meyer y Allen (1991); sin embargo, Steers agrega uno más: el desempeño en el trabajo.

Figura No. 2.3
Modelo de compromiso según Steers (1977)



Para ello, considera a las características personales como aquellas variables que definen al individuo. Por ejemplo, se ha mostrado que el compromiso está relacionado con la edad, las oportunidades de logro, la educación, la tensión (ansiedad) del rol y el interés central de la vida (Steers, 1977). El modelo sugiere, además, que las características del trabajo también influyen en el compromiso, aunque esta influencia es probablemente más acentuada en otras respuestas afectivas como es la satisfacción en el trabajo. Esto es, las características del trabajo influyen más en la satisfacción en el trabajo que en el compromiso organizacional, lo cual también ha sido confirmado por Mathieu (1992).

Este mismo modelo (Steers, 1977) sugiere que el compromiso está influido por la naturaleza y calidad de la experiencia laboral de los empleados durante su permanencia en la organización, la cual se manifiesta mediante la actitud del grupo hacia la organización, solidez y credibilidad organizacional, las percepciones de una inversión personal y la importancia que la organización brinde al personal, lo cual incluye las recompensas y el cumplimiento de expectativas.

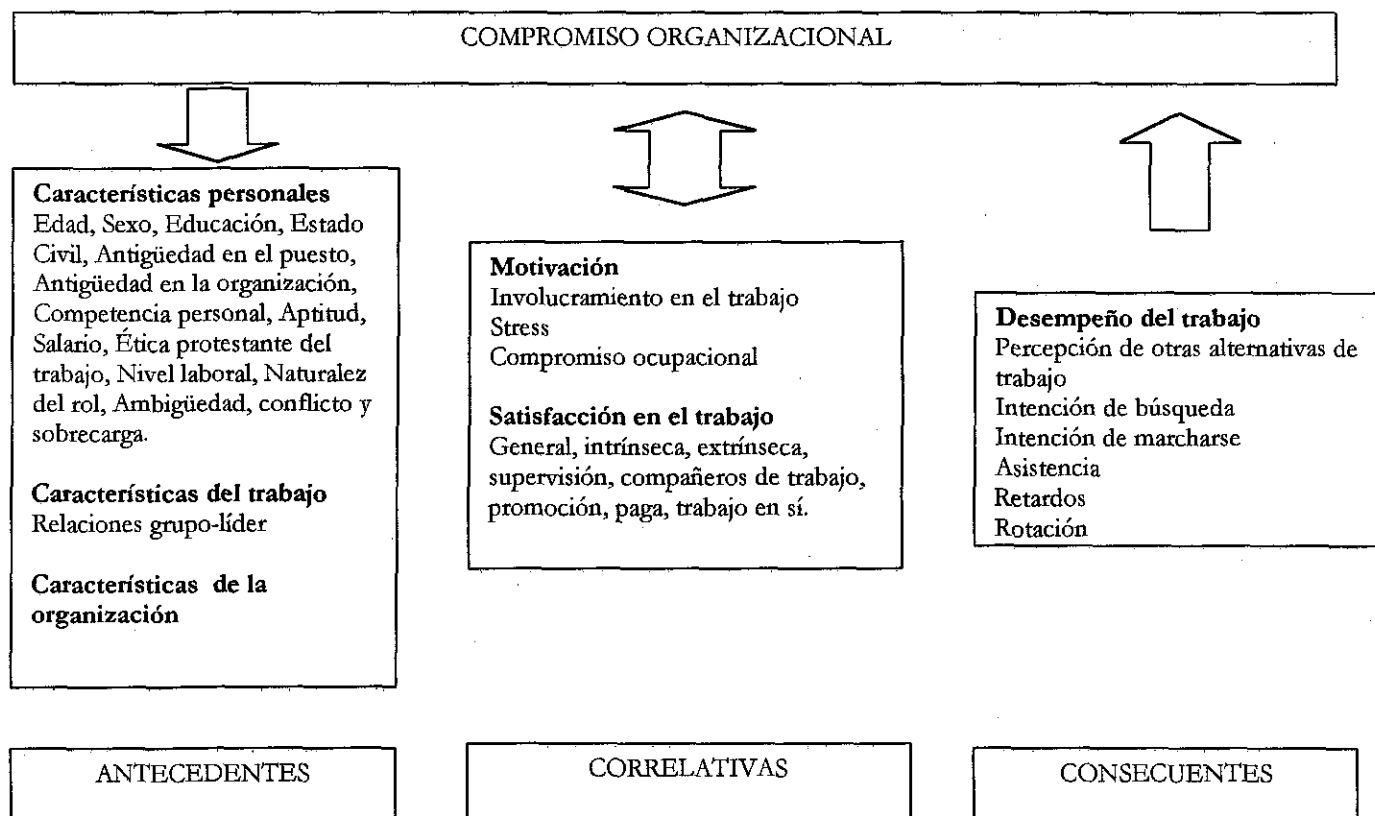
Los resultados de la investigación de Steers (1977) le permiten concluir que el origen y la naturaleza de los antecedentes del compromiso son muy diversos, que el compromiso está más relacionado con la experiencia laboral que con las características personales y del trabajo, pero sobre todo que cuando el individuo llega a una organización, lo hace con ciertas necesidades, deseos y habilidades en busca de un ambiente donde pueda satisfacer lo

básico, por lo que cuando la organización provee un vínculo para ello, la probabilidad de aumentar el compromiso está, aparentemente, dada.

Mathieu y Zajac (1990) hacen especial énfasis en que se entiende al compromiso estrictamente como aquel que el empleado tiene hacia la organización. En este sentido, han conformado un modelo que incluye variables clasificadas como antecedentes, consecuentes y correlacionales (recíprocas) (Figura No. 2.4), aunque también resultaría de interés señalar la relación que existe entre estos tres grupos de variables.

Este modelo (Mathieu y Zajac, 1990), considera como antecedentes del compromiso las características personales, naturaleza del rol, características del trabajo, relaciones líder-grupo y características de la organización. De éstas, la relación más fuerte es con las características del trabajo y el vínculo líder-grupo, mientras que en menor grado están las características personales y estructurales (características de la organización y naturaleza del rol). En cuanto a las variables consecuentes, el compromiso se relaciona más con la rotación, aunque también considera el desempeño laboral, la percepción de otras alternativas de trabajo, la intención de búsqueda de trabajo, el abandono, la asistencia y los retardos.

Figura No. 2.4
Modelo de compromiso organizacional de Mathieu y Zajac (1990)



A manera de conclusión, las cuatro investigaciones que consideran a las características personales como antecedentes del compromiso organizacional, manifiestan poca consistencia al respecto. De aquí que su carácter sea más bien descriptivo que explicativo.

Lo hasta aquí expuesto con relación a los modelos de compromiso organizacional, permite determinar que:

- Los componentes abordados por otros autores están integrados en el modelo de tres componentes de Meyer y Allen (1991), por lo que elegí este para describir el compromiso personal hacia la organización.
- Las características individuales como sexo, edad, escolaridad, puesto y antigüedad laboral se contemplan como variables clasificatorias, con la finalidad de determinar diferencias significativas en cuanto al grado y tipo de compromiso personal hacia la organización.
- Aunque existe una fuerte relación entre compromiso y satisfacción, por ser ambas actitudes laborales, no se ha determinado aún la naturaleza de esta relación (Mathieu, 1991). Sin embargo, para la presente investigación no se considera la variable satisfacción, pues, además, “la satisfacción de los empleados ya no es más la medida para la efectividad... ahora es qué tan bien cada persona entiende la misión de la organización y su papel en dirigir la organización hacia el cumplimiento de los objetivos. Sin duda, ahora el compromiso de los empleados es crítico en la era del cambio organizacional impredecible” (Potomac, 2000).
- Según Davis y Newstrom (1999), el comportamiento del empleado en la organización depende de la interacción en el ambiente que lo rodea y de la persona misma, lo cual también justificaría el estudio de la motivación; sin embargo, en el presente trabajo no abordo esta variable porque si bien en su afán por comprender la actividad humana, la psicología ha asignado a la motivación el cometido de explicar las causas del comportamiento, la asociación entre explicación causal (motivación) y efecto resultante (conducta) ha generado, con frecuencia, cierta confusión, que se explicita en la circularidad presente en bastantes definiciones psicológicas, en las que el concepto de motivación se infiere a partir de las conductas que deberían explicarse apoyándose en él. La crítica a la explicación circular plantea que una teoría científica debe definir los estados (necesidades, deseos, impulsos, incentivos) que se postulan como motivos del comportamiento con independencia de las actividades que se pretenden explicar (Barberá, 1997).

Por otro lado, el tema de motivación responde al por qué lucha la gente para desempeñar diversas labores. Aunque encontrar respuesta a esta pregunta parecería una panacea para el desempeño en el trabajo, hasta ahora los resultados de los esfuerzos de los directivos para hacer frente a la crisis de la motivación no han sido impresionantes ya sea porque representan erogación de recursos o bien porque las propuestas resultan ser demasiado sencillas frente a la complejidad de los fenómenos de la organización. Una explicación a ello pudiera ser que no ha dejado de existir una gran distancia entre los problemas, por un lado, y las aplicaciones de la teoría y la investigación, por el otro (Levinson, 1976)..

Ahora bien, conjuntando la experiencia personal con el estado del arte del tema central del presente trabajo, concluyo que el compromiso personal hacia la organización puede tener como factores clave el ambiente laboral y lo individual. En el primero se contempla un entorno dado por el clima organizacional y la socialización organizacional, mientras que en el segundo se consideran el compromiso profesional, el apoyo percibido y las características personales. Así también, el compromiso puede tener una manifestación en el esfuerzo y la intención de permanencia, variables medidas desde la percepción de quien responde. De aquí que el siguiente apartado tiene como finalidad describir las variables referidas y señalar su asociación con el compromiso personal hacia la organización.

2.4 Variables organizacionales asociadas con el compromiso personal hacia la organización

Aunque es difícil negar que son demasiadas las variables que se asocian con el compromiso organizacional, a partir de la búsqueda en la literatura y ligada a la experiencia personal de trabajo dentro de unidades de salud, el presente trabajo considera las siguientes:

a. Clima organizacional.

Esta variable tiene un carácter descriptivo y es una cualidad relativamente estable del entorno, que al mismo tiempo que es experimentada por los integrantes de cualquier organización, son ellos quienes crean ese ambiente. Esto hace que no haya sido posible definir con precisión cuáles son los elementos que lo constituyen, cómo se entrelazan entre sí y qué influjo ejerce en la conducta de las personas en la organización.

Entendido como las propiedades del ambiente de trabajo que perciben los empleados como característico de la naturaleza de la organización (Ivancevich, 1992), o bien, como la manera en la cual las personas perciben e interpretan el medio circundante (James y James, 1989). Brown y Leigh (1996) proponen cinco componentes del clima organizacional, tomando como base las ideas de Kahn (1990). Mientras los dos primeros se refieren al trabajo en sí mismo, los otros tres lo hacen con respecto a los factores ambientales:

- **Contribución personal.** Si la persona siente que su esfuerzo tiene sentido respecto a los procesos y resultados de la organización, muy probablemente se sienta identificada y comprometida (Kahn, 1990).
- **Claridad del rol.** Si las situaciones del trabajo y las expectativas respecto a la manera en la cual se pueden lograr resultados son imprecisas, los niveles de estrés se incrementan y la satisfacción y el compromiso disminuyen (Arias Galicia, 1989; Kahn, 1990). Por otro lado, hay que recordar que una alternativa para cultivar el compromiso es la claridad del comportamiento, la cual pudiera emanar de conocer con certeza qué es lo que cada persona debe realizar y de qué manera debe hacerlo.
- **Apoyo del superior inmediato.** Pueden establecerse dos extremos. En uno se localiza un estilo inflexible y rígido como un síntoma de falta de confianza en el subordinado para efectuar el trabajo sin una supervisión estrecha; en el otro, en cambio, el estilo

permite cambiar los métodos y aprovechar los errores, utilizar la creatividad para solucionar los problemas. Se ha encontrado una relación entre el último estilo descrito y la motivación y el compromiso (Kahn, 1990). Por otro lado, Kast y Rosenzweig (1998:306) afirman que el superior inmediato desalienta y sofoca el compromiso con actitudes negativas y comportamiento orientado hacia el control.

- **Expresión de sentimientos.** Esta dimensión se refiere a la libertad que perciben los empleados para ser sinceros en cuanto a lo que sienten hacia el trabajo y la organización, sin temor a represalias. En este sentido, Kahn (1990) afirma que si los miembros de la organización se sienten tratados como individuos y no como máquinas al manifestar sus sentimientos, muy probablemente se sientan más comprometidos.
- **Reconocimiento.** La percepción de que la organización aprecia el propio esfuerzo y los resultados obtenidos, trae como consecuencia mayor compromiso (Kahn, 1990). Esto es, el refuerzo positivo incrementa el compromiso, mientras que el enfoque negativo lo disminuye. La crítica y el castigo producen tensión al largo plazo e inhiben la comunicación, aunque al corto pueden dar resultados. La crítica es un enfoque negativo, ya que se concentra en lo que no se debe hacer, mientras que el refuerzo positivo (reconocimiento) apunta hacia el comportamiento deseado y, a la larga, es más eficaz. El reconocimiento puede ser de diversas formas: dinero, elogio, libertad para decidir, oportunidad de verse a sí mismo como una persona que está mejorando, que es más importante o más útil (enriquecimiento del trabajo) y oportunidad para influir sobre los compañeros de trabajo o sobre la gestión administrativa (Kast y Rosenzweig, 1998).

La relación entre compromiso y clima organizacionales está manifestada en la investigación realizada por Toro Álvarez (1998), con una muestra de 2,426 empleados colombianos. Se obtuvo que el compromiso de las personas con el trabajo y con la empresa depende en un 53% del clima organizacional. Así, el clima es una condición externa facilitadora o inhibidora del compromiso.

El deterioro del clima organizacional pudiera llevar al personal a perder el entusiasmo por su trabajo, lo cual se refleja no sólo en mayores niveles de ausentismo y rotación, sino también en la lentitud, desgano e indiferencia al realizar las actividades encomendadas. Estos elementos son contrarios al compromiso y caracterizan a las instituciones esclerosadas. En otras palabras, el personal se retira psicológicamente de sus labores y predomina la actitud de cumplir nada más con el mínimo requerido para no ser despedido, si es el caso (Werther, 2000).

En resumen, el clima organizacional puede verse como un puente entre las características formales de organización y el comportamiento individual. Su función de enlace se deriva del hecho de que el comportamiento de los empleados es tanto una función de su evaluación subjetiva del ambiente, como de los aspectos objetivos y reales de éste (Dessler, 1979).

Por ello, un cambio obliga a construir un ambiente propicio en donde las personas puedan autodesarrollarse a partir de la interacción e interdependencia y del reconocimiento

de potencialidades y debilidades. Parte de ese ambiente es el clima organizacional; de aquí que el compromiso no pueda darse por supuesto, que su generación y su fortalecimiento o su modificación es tarea que compete tanto a los individuos como a la organización; es una labor conjunta que incluye la forma en que son concebidas las personas dentro de la organización.

b. Socialización organizacional.

El término socialización tiene un claro significado sociológico, pero no así en las ciencias del comportamiento o la administración, aunque el concepto es muy útil para entender la interacción entre un sistema social estable y las nuevas personas que entran a él (Schein, 1988); de aquí que en el presente trabajo se nombre a esta variable socialización organizacional.

La socialización organizacional es el proceso mediante el cual una persona conoce las expectativas de la organización para la que trabaja, llega a entender los valores, aptitudes, comportamientos y conocimientos de tipo social que resultan fundamentales para desempeñar su trabajo en la organización y participar como miembro de la misma. Su objetivo es fomentar la colaboración, honestidad y comunicación (Meryl, 1980 referido por Gibson, Ivancevich y Donnelly, 1997).

La socialización organizacional puede darse de manera formal e informal. La primera se refiere a los programas de orientación y la segunda a que el jefe y los compañeros de trabajo proporcionen información a la persona de recién ingreso, sobre las expectativas que puede encontrar en la organización. Esto encierra dos posturas: por un lado, las personas se integran a la organización para trabajar y alcanzar sus objetivos personales y, por otro, la organización contrata personal que haga ciertos trabajos, los cuales –generalmente- ya están definidos por una estructura. Para llegar a la eficiencia, la coincidencia es esencial, pues el éxito depende, en parte, de esta adaptación (Gibson *et al.*, 1997).

Recobra importancia la socialización organizacional al verla como un proceso en el cual se enseña a las personas, y ellas aprenden, las reglas de la organización (Robbins, 1994), por eso en el punto en que un empleado es exitosamente socializado estará comprometido para permanecer en la institución, redundando en la disminución de la rotación (Roberts y Hunt; 1991:137).

La socialización organizacional puede expresarse en tres etapas: bienvenida, introducción a la organización y seguimiento (Martínez-Luna, 1999). Además de sembrar es necesario cultivar y cuidar a quienes pertenecen a la organización, aunque es difícil negar que cada vez las organizaciones pueden contar menos con la lealtad y el compromiso de sus empleados. Por ello, el primer año de vida en la organización es importante para el desarrollo del compromiso (Louis, 1980 y Wanous, 1980; referidos por Meyer, 1997).

Pero la socialización organizacional va más allá de infundir el compromiso; las prácticas de socialización organizacional tienen efectos múltiples y enfocarse a una sola es un acto miope, además de que debe pensarse más en la forma que en el contenido. La capacitación exitosa puede contribuir al desarrollo del compromiso afectivo y, viceversa con una capacitación inadecuada (Meyer, 1997).

Los beneficios de la socialización organizacional pudieran traducirse en oportunidades para el crecimiento profesional y proyecciones dentro de la organización, aumentos salariales justos y una gran variedad de reconocimientos tangibles o intangibles (Taormina, 1999).

La socialización organizacional también tiene un lado oscuro. Algunos aspectos en contra son los siguientes (Gibson et al. 1997):

- Supone manipular a las personas y hacerlas prescindir de sus propios valores y objetivos.
- Los premios y los castigos pueden llevar a las personas a comportamientos que nunca adoptarían si no existieran estos estímulos de por medio.
- Tienen mejores puestos y salarios quienes muestran mayor lealtad y dedicación, aunque ellos no sean los más aptos para esos puestos.
- El precio más alto que una organización debe pagar por seducir a sus empleados es el conformismo.

Partiendo de que la socialización organizacional implica aprendizaje, y no manipulación (Schein, 1988), su medición e interpretación presenta cuatro dimensiones (Taormina, 1999): cómo entienden los empleados su papel y el de la organización; apoyo de los compañeros de trabajo; capacitación; y, proyecciones dentro de la organización.

Entender el papel personal y organizacional conlleva saber cómo opera la organización, conocer sus metas y objetivos, pero también tener claro los deberes personales. La relación con los compañeros se traduce en la aceptación, así como el apoyo y la ayuda en el trabajo, para lograr una adaptación al ambiente de la organización.

La capacitación, como dimensión de la socialización organizacional, se fortalece cuando es proporcionada con calidad y oportunamente, esperando que se refleje en la manera como el trabajo es desempeñado. Aunque se dice tan sencillo, lo que encierran estos renglones es más complejo. Esto es, a veces la capacitación puede ser todo lo que se espera, pero para traducirla en resultados se necesita contar con instalaciones, materiales, equipo, insumos y similares.

La percepción de que se tiene cierta proyección en la organización se entiende como las posibilidades de ascenso y las oportunidades de desarrollo, pero también como las compensaciones que la organización ofrece.

En esencia, el proceso de socialización organizacional puede contribuir a que algunas reacciones personales ante el puesto o la organización, sean positivas, lo cual no significa que el desempeño se alcance exclusivamente por la socialización organizacional.

Una investigación sobre compromiso y socialización organizacional es la de Lee *et al.* (1992), quienes encontraron en un estudio longitudinal que las actividades de socialización organizacional no están en modo alguno relacionadas con dos variables muy importantes: motivación laboral y compromiso hacia la organización. Por tanto, puede suceder que una persona tenga experiencias positivas o negativas con los procesos de socialización organizacional de una organización y, en consecuencia, tenga una motivación laboral y un compromiso hacia la organización positivo o negativo. Una postura para llegar

a una explicación probable es que ambas variables “son consecuencia del trabajo en sí y de los valores personales” (Gibson *et al.* 1997).

Taormina (1999) afirma, con una muestra de 193 empleados chinos de Hong Kong que la socialización organizacional influye tanto en la satisfacción como en el compromiso, lo cual es compatible con los resultados de Steers (1977) con 382 empleados de hospital.

En resumen, aunque la socialización organizacional puede establecer cimientos sólidos para el desarrollo dentro de la organización, esto no puede ser generalizado, pero un proceso débil de socialización organizacional denota descuido o poca atención de los directivos a procesos tan importantes (Gibson *et al.*, 1997), dado que, mientras la socialización organizacional busca el rendimiento eficaz desde el punto de vista de la organización, el compromiso profesional es algo personal que busca mejorar la eficacia individual, dentro de la institución. Así, socialización organizacional es fomentar la colaboración, la honestidad y la comunicación, lo cual soporta el desarrollo personal.

En esencia, la importancia de la socialización organizacional (conocer su trabajo y la organización), radica en que “si el adiestramiento se culmina adecuadamente, se consigue la creación de esas actitudes” (Morales y Huici, 1999:139), ya que la conducta puede ser también una fuente de adiestramiento.

2.5 Variables individuales y el compromiso personal hacia la organización

a. Compromiso hacia la profesión

El saber popular, por fuerza del uso, considera carreras profesionales aquellas que tienen como cometido prestar servicios directos al público, tales como medicina, abogacía, contaduría, ingeniería, etcétera.

La selección de la carrera es un proceso que se da en un nivel microsocioal, fundamentalmente la familia, y está en función del costo de oportunidad (oferta educativa) y la competencia que representa lograr el ingreso, la cual considera la capacidad personal. En esta selección también están presentes la expectativa de beneficio a largo plazo, el prestigio social de la carrera y la supuesta remuneración (Giddens;1992).

Morrow (referido por Mathieu y Zajac, 1990) aborda el compromiso ocupacional en términos de un compromiso del empleado a su ocupación, profesión o carrera. Mientras el compromiso personal hacia la organización se enfoca sobre el afecto de uno hacia la entidad en donde presta sus servicios, el compromiso profesional lo hace hacia un grupo que se distingue de otros por compartir elementos propios de alguna carrera u oficio profesión en particular.

El modelo de tres dimensiones de Meyer y Allen (1991) ha sido extendido a la ocupación. Meyer, Allen y Smith (1993), con dos muestras de enfermeras (una de estudiantes con 461 sujetos y otra ya graduadas de 618), encontraron evidencia suficiente para afirmar que también hacia la profesión existen los tres componentes del compromiso. Además, de que tanto el compromiso organizacional como el profesional contribuyen, de manera independiente, a predecir variables tan importantes como el desempeño y la intención de abandonar la organización.

El referido estudio (Meyer, *et al.*, 1993) arroja, aunque modesta, una correlación positiva y significativa entre la dimensión normativa y la de continuidad, tanto en el

compromiso ocupacional como organizacional. Como era de esperarse, también se obtuvo una relación positiva entre las dimensiones afectiva y normativa. También aparece una relación negativa entre el compromiso de continuidad hacia la profesión y la intención de permanencia en ella.

Cohen (1993, referido por Meyer, 1997) examinó la relación entre edad y puesto y el compromiso profesional en diferentes etapas de desarrollo de la carrera. Encontró que la relación entre edad y compromiso profesional fue más fuerte entre empleados más jóvenes (alrededor de 30 años) que para otros grupos de edades. En contraste, la correlación entre puesto y compromiso fue mayor entre los empleados de más antigüedad (más de 9 años de experiencia). Estos hallazgos sugieren que las correlaciones que involucran edad y puesto pudieran no ser lineales y tal vez ayuden a dar cuenta de la relativa debilidad correlacional reportada por Mathieu y Zajac (1990).

La importancia del compromiso hacia la profesión radica en que las personas deciden si permanecen ligados emocionalmente, o no, a partir de vivencias anteriores tanto dentro de la organización como fuera de ella, en donde intervienen sus objetivos personales frente a los de la organización, la información que reciben del ambiente y las normas o programas en los que se ven involucrados (Litterer, 1979). En este sentido, la decisión de estudiar una profesión antecede a la de elegir un espacio laboral.

La investigación realizada por Mathieu y Zajac (1990) mostró que la ocupación está más relacionada con el compromiso que la posición jerárquica, aunque ambos efectos fueron poco significativos.

El compromiso hacia la organización y hacia la profesión no son necesariamente incompatibles. La magnitud de la correlación entre ambos varió en la investigación realizada por Wallace en 1993 (referido por Meyer, 1997). En la investigación realizada en un hospital de asistencia pública de la Ciudad de Toluca, México (Mercado, 2000), se encontró que el compromiso organizacional en sus tres dimensiones (afectivo, normativo y de continuidad) era menor que el ocupacional; esto es, resulta de mayor importancia la profesión que la organización para el personal que labora en dicha institución (n=222). De aquí se puede concluir incipientemente que las organizaciones pueden incrementar el compromiso de los empleados considerando, en esencia, aspectos que no implican costos mayores; esto es, depende más de actitudes directivas que de recursos financieros.

Vandenberghe et al. (2001) realizaron un estudio con una muestra de 580 traductores, de 12 nacionalidades europeas, que laboraban en las oficinas de la Unión Europea. Los resultados mostraron que (a) para las dimensiones normativa y de continuidad, tanto el compromiso organizacional como profesional no hay distinción empírica y que (b) no hubo variación en el modelo de compromiso a pesar de la diversidad cultural de los participantes. También se confirmó que este modelo de tres dimensiones es útil para predecir la intención de permanencia, tanto en la organización como en la profesión.

A partir de la concepción de la medicina como una ciencia liberal (ejercicio libre y público de determinadas facultades o habilidades, principalmente intelectuales) germina esencialmente un ánimo individualista que legitima, de diversas formas y grados, la ilimitada expansión de las potencialidades personales en todos los órdenes sin atender al contexto socioeconómico. Divorciada de la colectividad, de sus necesidades y exigencias,

se puede convertir simplemente en práctica privada, similar a una actividad comercial de venta de servicios.

En el caso de México, este modelo ha tenido un rápido y ascendente crecimiento, desplazando las prácticas médicas tradicionales, mediante la intervención del Estado que, merced a crear e institucionalizar una serie de dependencias para la salud, ha ampliado considerablemente la cobertura de esta ciencia liberal (Barquin, 2002:55).

b. Apoyo organizacional percibido

La clave para entender la percepción es reconocer que es una interpretación única de la situación, no una grabación exacta de ella. La percepción es un proceso cognitivo muy complejo que produce una imagen del mundo, la cual puede ser muy distinta de la realidad (Luthans, 1989:142). Penetrar al campo del estudio del comportamiento humano obliga a reconocer que puede haber diferencia entre lo percibido y lo real.

De aquí que la conducta de las personas se fundamente en la forma en que perciben la realidad y no en la realidad misma. El receptor lleva consigo ciertas actitudes, motivos, intereses, experiencias y expectativas (Robbins, 1994), acompañados siempre de una situación determinada.

Eisenberger et al. (1997) sugieren que los empleados se forman una percepción general respecto al grado en el cual la organización valora sus contribuciones, percepción que, drásticamente, llegaría a suponer la explotación del personal. Más de una vez hemos escuchado decir: “esta organización explota a su personal”, “¡cómo nos explotan!”, o bien, “me siento explotado”.

La percepción de justicia y apoyo pudiera ser considerada de mayor peso en el fortalecimiento del compromiso que, por ejemplo, las características del trabajo y las políticas de la organización. La racionalidad retrospectiva, en este sentido, señala que el empleado puede (Meyer, 1997:195):

- Evaluar los beneficios que tenga, o haya tenido, derivados de pertenecer o permanecer a la organización.
- Elegir, libremente, trabajar o no para la organización.

Como ya se dijo, el compromiso aumenta frente a experiencias positivas del trabajo, sobre todo cuando éstas se atribuyen a la propia organización (apoyo percibido) y no solamente a otras causas como son el sindicato, la profesión o los compañeros (Meyer, 1997).

Por otro lado, la autopercepción, según el modelo de la racionalidad retrospectiva del comportamiento, enfatiza que cuando no hay fuertes razones extrínsecas (remuneraciones o sanciones) para realizar una actividad, las personas creen que lo hacen porque en verdad les agrada, es decir, se sienten verdaderamente comprometidas con su trabajo; por el contrario, cuando sí existen razones extrínsecas notables para hacer algo y éstas no son habituales, consideran que la actividad es menos importante y atractiva (Pfeffer, 2000). En otras palabras, las remuneraciones o sanciones, desde la autopercepción, pueden llegar a inhibir el compromiso hacia la actividad propia dentro de la organización.

En contraste con lo anterior, resulta interesante el hecho de que mediante el apoyo percibido pueda lograrse que los empleados participen más y se incremente su disposición al recompensar mayores esfuerzos, ya sea de manera económica o simbólica (Eisenberger, et al., 1997).

El apoyo organizacional percibido es una variable que representa especial interés en investigaciones sobre comportamiento en general y particularmente en compromiso, pues mientras otras señalan los efectos que la falta de compromiso en el individuo pueden tener sobre la organización, ésta pone de manifiesto el antídoto para evitar que eso pase y obliga a participar a ambas partes: empleado y empleador. Ejemplo de ello es el hecho de que los empleados roban no por falta de compromiso, sino por cómo perciben que son tratados (justicia interpersonal); roban lo que se pueden llevar con ellos (medicamentos, material de curación, instrumental...) y normalmente sin ningún sentimiento de culpa; lo ven como simples obsequios o sencillamente como algo que merecen y no les es dado de otra manera (Baron y Byrne, 1998:526).

Según Eisenberger, et al. (1997), el apoyo organizacional percibido fortalece el compromiso afectivo hacia la organización e incrementa el esfuerzo, entendido como hacer y querer hacer. Por el contrario, cuando en repetidas ocasiones la organización le da poco valor a las contribuciones personales y a las cosas bien hechas, se modifica la imagen que el empleado tiene del empleador. En este caso, disminuye el compromiso afectivo, así como el desarrollo de las actividades normales del trabajo.

La medición de esta variable (Eisenberger et al., 1997) está orientada a conocer la percepción que los empleados tienen de la organización con relación a la manera en que son apoyados mediante el reconocimiento de sus opiniones, sus problemas personales y su bienestar, así como la manera en que reaccionarían los superiores frente a un error involuntario del personal.

c. Características personales

A pesar de que al aumentar la población también lo hace la oferta de la fuerza de trabajo, la organización debe considerar el fortalecimiento de la gente en su decisión de participar, permanecer e involucrarse en las actividades que en ella se realizan. Esto es, supongo que la organización debe buscar que permanezcan las personas que tienen y quieren desarrollar sus capacidades mediante el trabajo, pues en la mayoría de los casos, se quedan quienes no piensan así.

En este sentido, es necesario revisar las características personales o aspectos demográficos del individuo para determinar el compromiso personal hacia la organización y encontrar diferencias significativas.

Steers (1977) realizó un estudio con una muestra de 382 empleados de hospital y 119 científicos e ingenieros, en donde encontró que el compromiso está relacionado con la edad, las oportunidades de logro, la educación, la tensión (ansiedad) del rol y el interés central de la vida; además, que las características del trabajo influyen más en la satisfacción en el trabajo que en el compromiso organizacional, lo cual también ha sido confirmado por Mathieu (1991). Sin embargo, se vislumbra una influencia de estas

características personales hacia el compromiso mediante los retos, las oportunidades para interactuar y la retroalimentación por el trabajo realizado.

Las características personales son consideradas como antecedentes del compromiso en la investigación de Angle y Perry (1983) para describir el compromiso de 1099 operadores de transporte público en Estados Unidos, utilizando el instrumento de medición de Porter (cuestionario de compromiso organizacional) y considerando seis atributos personales: sexo, nivel educativo, estado civil, antigüedad en la organización, participación en el sostenimiento familiar y edad. Se encontró que el sexo fue una de las características personales que no se relacionaban con el compromiso y que la edad tiene sentido al ubicarla en la etapa de la carrera.

Por su parte, Porter, Steers y Mowday (1974) correlacionando el compromiso organizacional y la satisfacción en el trabajo con la rotación en técnicos psiquiatras, concluyeron mediante una investigación longitudinal de 10.5 meses, que entre los que se quedaban y los que se retiraban no hay diferencias significativas respecto a la educación, el sexo y el ingreso.

Edad

Las diversas transiciones por las que atravesamos a lo largo de la vida parecen, a primera vista, estar determinadas biológicamente, desde la infancia a la madurez, para terminar en la muerte. Sin embargo, las cosas son mucho más complejas. Las etapas de la vida humana son de naturaleza social tanto como natural. Están influidas por las diferencias culturales, así como por las circunstancias materiales en las que vive la gente en determinados tipos de sociedades. Por ejemplo, en el mundo occidental la muerte se suele relacionar con la vejez porque la mayoría de la gente vive durante setenta años o más. Sin embargo, en las sociedades tradicionales moría más gente joven de la que sobrevivía hasta la vejez (Giddens, 1992).

Dado que el entorno cultural en el que nacemos y alcanzamos la madurez tiene tanta influencia en nuestro comportamiento, podría parecer que carecemos de individualidad o de voluntad propia, podría pensarse que simplemente nos acoplamos a unos moldes preestablecidos que la sociedad tiene preparados para nosotros. Pero es aquí donde entra la socialización organizacional, la que también es el origen de nuestra propia individualidad y de nuestra libertad; con ella, cada uno desarrolla un sentido propio de la identidad y la capacidad de pensar y actuar de un modo independiente, pero mediante el contacto con otros seres humanos. El indefenso bebé llega a ser de un modo gradual un ser humano capaz de conocimiento y conciencia, diestro en las formas de una cultura y un entorno dado, sin dejar de considerar que en cada una de las fases de la vida tiene que enfrentar transiciones y superar crisis (Giddens, 1992).

Tal vez lo anterior ayude a entender porqué en el estudio realizado por Mathieu y Zajac (1990), sobre el análisis de investigaciones previas que examinaron antecedentes y consecuentes del compromiso organizacional utilizando el meta-análisis, se obtuvo que la edad estuvo significativamente más relacionada al compromiso actitudinal que al intencional. Esto es, la edad se relaciona más con el compromiso como la identificación con las metas de la organización y el deseo de continuar en ella (compromiso actitudinal), que

con el simple hecho de permanecer por la percepción de haber invertido gran parte de su vida en la organización (compromiso intencional) (Blau y Boal, 1987).

Muchos investigadores (Mathieu y Zajac, 1990) aseguran que la edad debería estar más relacionada al compromiso intencional, pues esta relación se atribuye a limitadas oportunidades alternativas y mayores costos ocultos a lo largo de los años. Sin embargo, Meyer y Allen (1984) han sugerido que los trabajadores más viejos llegan a estar más comprometidos actitudinalmente hacia una organización por varias razones, incluyendo mayor satisfacción con su trabajo, habiendo recibido mejores puestos y teniendo cognoscitivamente justificada su permanencia en la organización.

Suponiendo oportunidades de ascenso, los trabajadores de mayor edad tenderán a puestos de más jerarquía que los más jóvenes o los contratados recientemente. En este sentido, es más apropiado considerar un proceso general de carrera dentro de una organización para ser asociado al compromiso organizacional que enfocarlo sobre la influencia de cualquier variable de manera separada, tal como la edad o antigüedad en la organización (Mathieu y Zajac, 1990).

Porter, Steers y Mowday (1974) encontraron en su investigación longitudinal con técnicos psiquiatras que la media de la edad de los que permanecieron en la organización fue significativamente mayor que la media de los que se fueron. Este hallazgo sugiere la posibilidad de que cualquier relación encontrada entre actitudes y rotación pueda ser atribuible a diferencias en la edad.

El porqué la edad y el puesto operan de manera diferente en relación con el compromiso, Meyer (1997), supone que la edad, como la rotación, tienen relevancia no sólo para el trabajo de uno, sino para la vida en general. Aunque la fuerza de la correlación entre ambos fuera más fuerte para empleados más jóvenes cuando el intervalo entre las mediciones fue corto, para los empleados más viejos el compromiso predijo mejor la rotación cuando el intervalo fue más largo. Esto puede deberse a que el compromiso es menos estable en empleados más jóvenes y, por lo tanto, en un intervalo más largo, lo más probable es que cambie, conjuntamente con la decisión de permanecer o irse. En contraste, para empleados más viejos el compromiso probablemente tiende a ser más estable, aunque pudiera ser más difícil para aquellos con compromiso débil abandonar la empresa debido a lazos estructurales, falta de alternativas o algo similar.

Por su parte, Taormina (1999) en una investigación sobre la influencia de aspectos demográficos y variables de socialización organizacional sobre el compromiso y la satisfacción en el trabajo, encontró, con una muestra de 193 empleados chinos de Hong Kong que la edad estuvo positivamente relacionada con el compromiso de continuidad y el normativo, aunque esta relación fue mayor con el estado civil, particularmente en el aspecto normativo.

Sexo

Para abordar la variable sexo como característica personal que influye en el compromiso, es menester considerar las condiciones de trabajo de la mujer en una región, estado o país, esto es, conocer variables macroeconómicas. En Japón, Mohsin (1997) obtuvo los siguientes datos antes de interpretar la diferencia de compromiso entre hombres y mujeres: (a) el 80% de los empleos de mujer son de oficina y el resto de jefe de sección,

de división, o superior, a pesar de tener -en promedio- un nivel similar de estudios; (b) el 32% de los empleos femeninos son de tiempo parcial, mientras que esta proporción en los hombres es del 9%; (c) 40% de las empleadas han cambiado de trabajo, mientras que sólo el 22% de los hombres lo han hecho; (d) los hombres obtienen mayor número de días para desarrollar su capacitación en el trabajo; y (e) en promedio, las mujeres reciben solamente 3/4 del pago de los hombres, aunque el número de años de estudio y la antigüedad en la organización sea casi igual.

En la referida investigación de Mathieu y Zajac (1990), se encontró que las mujeres tienden a ser más comprometidas que los hombres, aunque la magnitud de este efecto es pequeño (Mathieu y Zajac, 1990). Grusky en 1966 (idem) propuso que las mujeres llegarían a estar más comprometidas debido a que tenían que superar/vencer más barreras que los hombres para ganar un lugar en la organización. Treinta años después pudiera precisarse de una nueva interpretación, pero en general, pareciera no haber una relación consistente entre sexo y niveles del compromiso organizacional.

El interés aumenta en cuanto a las diferencias y similitudes en las variables del comportamiento individual con enfoque de género, pues las mujeres ingresan cada vez más a la planta productiva y conquistan espacios diversos. Así, aunque en general se cree que no hay diferencia entre el compromiso hacia la organización de mujeres y hombres, o que si la hay ésta es muy poca, una reflexión personal es que las mujeres que deciden trabajar tienen mayor predisposición al compromiso que aquellas que pudiendo hacerlo, no lo hacen.

Comparada con el hombre, la actitud pasiva de la mujer frente al compromiso de continuidad hacia la profesión, es el resultado de políticas y prácticas discriminatorias en el mercado laboral (Mohsin, 1997), lo cual pudiera estar relacionado con el rol de esposa y madre, el trabajo doméstico y el paquete de prestaciones.

Nivel educativo

La educación es un fenómeno eminentemente social, tanto por su origen como por sus funciones. Su finalidad se traduce en desarrollar un cierto número de estados físicos, intelectuales y morales exigidos por la sociedad en su conjunto y por el medio al que el individuo pertenece. La educación se ha considerado muchas veces como un instrumento para conseguir la igualdad, y reducir las disparidades de riqueza y poder. Sin embargo, la realidad es otra: la educación tiende a expresar y reafirmar desigualdades ya existentes en mucha mayor medida de lo que contribuye a cambiarlas (Giddens, 1991).

Esto le da más sentido a la investigación de Mathieu y Zajac (1990), en donde el nivel educativo mostró una ligera correlación negativa con el compromiso. Aunque la magnitud de la relación fue pequeña, significativamente fue más fuerte (por ejemplo, más negativa) para el compromiso actitudinal comparado con el compromiso intencional. Esta relación inversa pudiera resultar del hecho de que individuos con mayor nivel educativo tienen expectativas más altas de lo que la organización puede ofrecerles, o bien, tienen más oportunidades laborales y probablemente lleguen a arraigarse menos en cualquier posición o empresa (Mathieu y Zajac, 1990).

Combinando nivel educativo y sexo, UNESCO (1998) hace tres apreciaciones interesantes en relación a educación superior y las mujeres, las cuales comparto, sin llegar a declararme feminista.

En primer lugar, las mujeres graduadas forman parte de la base de recursos humanos esenciales de cada país. Por eso, tienen derecho a las mismas oportunidades que sus colegas masculinos. Las prácticas discriminatorias, además de ser injustas, suponen despilfarro de capacidades valiosas.

En segundo lugar, debería contraerse un firme compromiso de dotar a las mujeres con todas las competencias necesarias para contribuir a la renovación general del sector educativo y de salud.

En tercer lugar, puede que sea necesario conceptuar de manera diferente el poder ejercido por puestos directivos. La feminización de las funciones de dirección requiere ser analizada y definida, particularmente en los sectores educativo y de salud.

Estado civil

Mathieu y Zajac (1990) encontraron que los valores más altos de compromiso están en los individuos casados, aunque la correlación entre estado civil y compromiso resultó pequeña, por lo que más bien se incluye como una estadística descriptiva y no como una variable explicativa. Pareciera razonable predecir que el estado civil pudiera estar más relacionado con el compromiso debido a que los empleados casados, en general, tienen mayor responsabilidad económica.

Antigüedad en la organización

Los años gastados en una organización son para incrementar el desarrollo personal pero también para producir mayores beneficios laterales, tales como un plan de pensión. La dirección causal de estas relaciones (por ejemplo, si los empleados más comprometidos son los que permanecen en la organización) es poco clara (Mathieu y Zajac, 1990).

La conjetura general (Mathieu y Zajac, 1990) es que al acumular más años en una organización, probablemente se adquieran mayores derechos e inversiones. Sin embargo, con las nuevas formas de contratación, tales como free lance, por honorarios o consultorías, bien vale la pena considerar que si no se genera antigüedad, tampoco se acumulan derechos. Entonces pareciera suponer que con estas modalidades de contratación el compromiso organizacional sería menor. Me parece que determinar el nivel de compromiso hacia la organización con personal contratado bajo estas modalidades es un tema serio de investigación.

Resumiendo, las correlaciones entre características personales y el compromiso son generalmente débiles (Mathieu y Zajac, 1990), por lo que éstas son consideradas más bien como descriptivas y no como variables explicativas. Al respecto, Moon (2000) señala que cuando se estudia al compromiso, las características individuales son consideradas como variables de control porque éstas pudieran influir en el nivel de compromiso, aunque no sean el foco central de la investigación.

Por los estudios hasta aquí abordados, puede decirse que las conclusiones a que se llega sobre las características personales y el compromiso son muy variadas, pero una cosa debe quedar clara: el individuo reclama reconocimiento y respeto atendiendo a las diferencias individuales que al poder ser parte de un proceso de socialización organizacional, dan lugar a repensar y construir una cultura organizacional, para hacer del

compromiso un elemento fortalecedor en el individuo, tanto dentro como fuera de la organización.

2.6 Manifestaciones del compromiso: esfuerzo percibido e intención de permanencia

El compromiso presenta manifestaciones positivas y negativas, esto es, ni todos los grados ni todos los tipos de compromiso son lo más deseable. Los empleados pueden tener diferentes perfiles de compromiso y presentar conflicto entre los compromisos: pueden estar comprometidos con su profesión, pero no con la organización.

“Lo entiendo (el compromiso) como un sentimiento moral que te hace hacer algo por convicción propia, tanto hacia el trabajo como hacia la institución. Hace 15 años sentía ese compromiso como un deber muy fuerte, pues tenía que responder a una obligación moral dada en mi trabajo. Este sentimiento es como médico cirujano y no como trabajador del sector salud. En aquel tiempo, no tenía una frontera entre el compromiso hacia la organización y hacia la profesión. Hoy tengo un compromiso sumamente fuerte con mis pacientes; no lo siento así con la institución, lo he perdido, pues no he encontrado en ella los estímulos necesarios e importantes para que yo, cirujano, trabajador de esa institución, la siga amando” (entrevistado 1).

Cuando el compromiso personal hacia la organización es bajo en lo individual, tiene como manifestaciones negativas una promoción y desarrollo más lentos, altos costos personales como resultado de “pasar el tiempo” y tal vez llegue hasta una posible expulsión de la organización. En este mismo sentido, el compromiso de la organización hacia las personas en un nivel bajo se manifiesta negativamente con mayor rotación, retardos, ausentismo, falta de intención de permanencia, baja calidad en el trabajo o deslealtad a la institución (Randall, 1987).

Cuando el nivel de compromiso es alto también presenta ciertos aspectos negativos en el ámbito individual, tales como individualismo, resistencia al cambio, stress y tensión en las relaciones sociales y familiares; mientras que en lo colectivo, lo negativo de un nivel alto de compromiso se manifiesta en falta de flexibilidad, innovación y adaptabilidad organizacional, y también la utilización ineficiente de los recursos humanos, o bien actos ilegales y/o no éticos que comprometen el bienestar de la organización (Randall, 1987:362).

De aquí que se diga que el compromiso no siempre, ni en grandes cantidades, es favorable a las personas ni a la organización. Sin embargo, es innegable que un ambiente en el cual pueda florecer el compromiso incluye proporcionar a los trabajadores la oportunidad de dedicar esfuerzos a tareas que sean significativas personalmente y para la organización.

El término esfuerzo, en este contexto, implica hacer y querer hacer, abarca tanto la actividad física como mental; es trabajar más inteligentemente y también con mayor intensidad (Kast y Rosenweig, 1988). El esfuerzo puede conocerse mediante el tiempo dedicado al trabajo y la intensidad del mismo (Brown y Leigh, 1996).

Con una muestra de académicos ($n=39$) de una institución pública de educación superior en México, se obtuvo que el compromiso normativo y el de continuidad tienen mayor relación con el tiempo dedicado al trabajo ($r=.48$ y $r=.45$ respectivamente, $p<.01$) que el compromiso afectivo ($r=.26$, $p<.05$). Mientras que la intensidad en el trabajo se relaciona más con esta última dimensión ($r=.37$, $p<.05$) que con las dos anteriores ($r=.05$ y $r=.21$). Esto es ejemplo de que cuando se está en una organización por deseo, por amor, porque así se quiere, se piensa más en trabajar con intensidad que en permanecer por mucho tiempo en la organización (Arias, Mercado y Belausteguigoitia, 1999).

Belausteguigoitia (2000) reporta, en una investigación sobre compromiso organizacional en empresas familiares mexicanas, que la varianza de la intensidad del trabajo se explica en un 41.6% por el clima y el compromiso organizacional, particularmente en cuanto a lo normativo. De la misma manera la varianza del tiempo dedicado al trabajo se debe en un 22.4% a las dimensiones de continuidad y normativa.

Aunque es interesante la relación entre esfuerzo y compromiso, hay que ser cuidadosos en la interpretación de los resultados, pues Meyer (1997:216) señala que el compromiso es una consecuencia más que una causa del esfuerzo.

Por su parte, la intención de permanencia tiene sentido cuando se piensa en que un porcentaje alto de rotación significa más costos por concepto de reclutamiento, selección y capacitación. Es evidente que en toda organización hay rotación, pero —aunque difícil de comprobar— muchas veces quienes deben permanecer se retiran y viceversa: en algunas organizaciones cada vez abundan más personas que sólo buscan que el tiempo pase y asegurar su futuro (jubilación y seguridad social); un reflejo de esto, es el alto compromiso de continuidad.

La intención de permanencia se mide mediante la búsqueda de trabajo y la intención de permanencia (Ko, Price y Mueller, 1997). En la referida investigación con académicos (Arias, et al, 1999), se encontró una relación significativa entre el compromiso afectivo y la intención de permanencia ($.67$, $p<.01$) y ésta, negativamente, con la búsqueda de empleo ($-.48$, $p<.01$).

Meyer y Allen (1991, 1997) afirman que los componentes afectivo y normativo presentan correlaciones con la intención de dejar la organización, mientras que el compromiso de continuidad ha presentado menos consistencia en cuanto a esta dimensión de la intención de permanencia. Personalmente, me parecería que los resultados deberían mostrar una alta correlación negativa, pues al percibir una necesidad de permanecer en la organización, la intención de salir de ella sería baja.

Ahora bien, una vez que se tiene desde el concepto de compromiso personal hacia la organización hasta las variables que a él pudieran estar vinculadas, es posible presentar el método que se siguió para llegar a resultados; sin embargo, antes de ello, aparece un capítulo dedicado al sistema de salud en México, con especial enfoque hacia el factor humano, pues las organizaciones dedicadas a brindar servicios de salud tienen una naturaleza muy particular; su razón de ser no es un producto, es recuperar la salud de las personas que a ellas acuden.

CAPÍTULO III

EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO: UN ENFOQUE HACIA EL FACTOR HUMANO

El presente capítulo, al cual he dado el carácter de marco contextual, tiene como finalidad proporcionar a esta investigación un panorama general sobre la manera en que el sistema de salud mexicano está organizado, para entender cuál es el papel de los hospitales que brindan atención a la población abierta; y así, ubicar los retos que el personal médico enfrenta en cuanto a la profesionalización, responsabilidad y compromiso de su quehacer cotidiano.

Otra explicación a la existencia de este apartado es que, en cuanto a la investigación en salud, “independientemente del método de aproximación a utilizar, el primer aspecto general a tener en cuenta es la ubicación del contexto del sistema respectivo” (Agudelo, 2001).

Ander-Egg (1994:56) afirma que “si todo quedara en las vivencias, percepciones y experiencias de la gente, estaríamos sólo a nivel del estudio de los efectos y consecuencias de lo que la gente padece, sufre o necesita, sin ninguna comprensión del porqué ocurre eso. Para ello hay que contextualizar los problemas, necesidades y centros de interés dentro de la totalidad social de la que forman parte”.

Lo anterior ayuda a soportar que el tema central de la presente investigación no es precisamente la salud ni los pobres, sino el compromiso personal hacia la organización del personal de salud que trabaja en hospitales de atención a la población abierta, particularmente en los tres ubicados en la Ciudad de Toluca, Estado de México.

En este sentido, el ideal sería que el presente trabajo tuviera efectos en el ámbito local, en primer lugar y, posteriormente, en el ámbito estatal, en lo que se refiere a los prestadores de servicios de atención a la salud, pues aunque el compromiso personal hacia la organización no es necesariamente un fin, sí es un medio que ayuda a que las cosas se realicen, sobre todo ahora cuando el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 enfatiza que la educación y el desarrollo de los mexicanos depende de la salud que posean.

3.1 Organización de los sistemas de atención médica

La salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción; es un indicador del bienestar y de la calidad de vida de una comunidad; es un elemento indispensable para la reproducción de la vida social (Frenk, 1993) y para hacer frente a la realidad de la salud, las sociedades han desarrollado diversas formas de repuesta. Una de éstas son los sistemas de servicios de salud, entendiendo por ello el "conjunto de recursos (humanos, técnicos, de tiempo, económicos y materiales) destinados por la sociedad para el fin específico de cuidar de la salud de la población a través de la realización de ciertas acciones sobre los individuos o sobre el ambiente" (Fajardo, 1983:199-200).

Los sistemas de servicios de salud están cambiando sus estrategias para alcanzar la cobertura universal con equidad, calidad y eficiencia. En tiempos de la guerra fría, el énfasis estaba puesto en el financiamiento por parte de los gobiernos centrales con la participación de donantes internacionales, canalizándose estos recursos hacia amplios programas nacionales servidos por instituciones públicas. En nuestros días, el énfasis está en el co-financiamiento por parte de los usuarios, los gobiernos locales y los gobiernos nacionales (González-Block, 1999:209).

En el mundo existen hoy tres sistemas básicos de atención médica: seguridad social, asistencia pública y sector privado. En el caso de México, también existen estos tres grandes subsectores (OCDE, 1998):

- a. Las instituciones de seguridad social, en donde están afiliados los trabajadores del sector formal de la economía, y que incluyen el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina (SEMAR). Estas instituciones proporcionan en conjunto cobertura a 48 millones de personas en total (estimaciones de la SSA para 1997). Además del seguro de salud y maternidad, las instituciones de la seguridad social proporcionan otros beneficios y servicios como pensiones, cobertura por riesgo ocupacional, centros de atención infantil, supermercados y centros de vacaciones, entre otros.
- b. Los servicios de asistencia pública que proporciona la Secretaría de Salud (SSA) están dirigidos a la población que no tiene cobertura por parte de las instituciones de seguridad social y que es referida como población no asegurada o población abierta. En este segmento también participan los programas de desarrollo social como son IMSS-Solidaridad y para el sexenio 1995-2000 el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), así como el Instituto Nacional Indigenista (INI). Este grupo comprende aproximadamente al 48% de la población (OPS, 1998). Esta cifra se refiere a las personas que en efecto utilizan los servicios, pues el número de usuarios potenciales sería significativamente mayor. Se incluye también a las personas que acuden a los servicios proporcionados por el Instituto Nacional Indigenista en las comunidades indígenas y el Programa de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) para grupos vulnerables. Los autoempleados y trabajadores no asegurados del sector

informal, aunque tienen derecho a utilizar los servicios públicos de atención a la salud, no son incluidos aquí si tienen capacidad de pago y utilizan servicios de atención privada.

- c. Además de los dos subsistemas anteriores, existe el sector privado que proporciona servicios de diversa calidad a personas de todos los niveles de ingreso. En un extremo del espectro, la población con los niveles de ingreso más alto es quien más utiliza los servicios privados, a veces financiados mediante planes de compañías aseguradoras privadas. Aún cuando se están expandiendo estos planes, todavía tienen una pequeña cobertura (estimada oficialmente en aproximadamente 3.6 millones de personas en 1996, equivalente a menos del 5% de la población). En el otro extremo del espectro, los pobres y los muy pobres, y cada vez más quienes tienen un nivel medio de ingreso, también utilizan los servicios médicos privados, que generalmente pagan de su propio bolsillo.

Los tres subsectores en el sistema de servicios de salud funcionan en paralelo y no compiten formalmente entre ellos; esto es, las instituciones tienen definida su población de atención. Estos segmentos paralelos que componen el Sistema Nacional de Salud (excluido el sector privado) se encuentran verticalmente integrados, y cada institución desarrolla sus propias funciones de financiamiento y prestación de servicios a sus beneficiarios o usuarios. La coordinación entre las diversas instituciones del sistema de salud ha sido en general baja, lo que implica una seria duplicidad de funciones y poca optimización de los recursos de por sí escasos (Ruelas y Concheiro, 1997).

La tendencia a futuro de la organización de la atención médica en México, pone énfasis en que empiece a observarse cada vez más algunas organizaciones de prepago y/o compañías aseguradoras, pues tal parece que se ha hecho obvio que *más vale prevenir que lamentar*, en donde el valor no es sólo la prevención *per se* sino el costo, en dinero, de no hacerlo (Ruelas y Concheiro, 1997:384).

3.2 Aspectos generales de las organizaciones de atención a la población abierta

Como se mencionó anteriormente, las instituciones de asistencia pública son las que atienden a la población abierta, a los pobres, a los que no tienen derecho a una afiliación. Estas son las que aborda la presente investigación. Por lo regular, la población no asegurada se concentra en ciertas regiones debido al aislamiento geográfico o a la deficiente prestación de servicios, criterio suficiente para afirmar que la distribución de los recursos financieros entre los estados es más bien desigual, problema principal que llevó a una reforma en el Sistema Nacional de Salud. Por ejemplo, a pesar de la inversión pública substancial en los estados más pobres durante los últimos años, éstos todavía reciben significativamente menos recursos *per cápita* del presupuesto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que el promedio nacional, aún cuando la incidencia de enfermedades está muy por encima del promedio nacional. En pocas palabras, el menor

gasto *per cápita* en salud se registra en los estados donde las necesidades de atención a la salud son las más altas (OPS, 1998).

Algunas de las deficiencias en la atención a la salud (OCDE, 1998), pueden ser resultado de los recortes drásticos al presupuesto durante el periodo 1982-1988. Sin embargo, a pesar del incremento en los gastos de salud en los años siguientes y la mejora de los servicios de la SSA, un segmento importante de la población sigue considerando no satisfactorios los servicios de salud, único criterio para la evaluación de los mismos (OPS, 1998). El problema señalado con más frecuencia es la pobre calidad y la falta de recursos. Las deficiencias en infraestructura, la carencia de profesionales de salud capacitados y la escasa supervisión son los problemas más relacionados con la calidad de los servicios. La falta de medicamentos en las clínicas de salud pública es frecuentemente citada como una de las razones para utilizar servicios alternativos. En palabras de Ruelas (2001): "la calidad en los servicios de salud en México es cuestión de suerte".

Al mismo tiempo, la insuficiente coordinación del Sistema Nacional de Salud es responsable de la duplicación de servicios, especialmente en las zonas urbanas. Aun en los pueblos más pequeños y en las zonas rurales, hay evidencia de la duplicación de servicios de la asistencia pública, debido a una coordinación insuficiente (por ejemplo, entre los hospitales del IMSS-Solidaridad y los de la SSA) (Nigenda, 1997).

En cuanto al financiamiento, los servicios de salud para la población abierta son cubiertos por la Federación y los estados, además de las cuotas de recuperación que se obtienen en las dependencias de la Secretaría de Salud y los hospitales generales, mismas que son proporcionales a la capacidad de pago de los pacientes. Las contribuciones de los gobiernos estatales, insignificantes hace 15 años, han venido aumentando (Nigenda, 1997).

La Secretaría de Salud cuenta con el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) cuya finalidad es obtener estadísticas de las actividades que se desarrollan en las unidades médicas. Para ello, el SISPA posee una estructura modular basada en cuatro subsistemas (población, recursos para la salud, prestación de servicios y daños a la salud) que reflejan los diversos ámbitos de la actividad institucional que, aparentemente, satisfacen las necesidades de información, pues quien esto escribe no logró tener acceso a datos más allá de 1996. El subsistema de recursos para la salud proporciona información sobre infraestructura disponible en las unidades médicas, considerando tanto recursos materiales como humanos.

Los recursos humanos de una organización de atención médica se clasifican en personal médico, personal paramédico, personal administrativo y personal de intendencia o manual (Barquín, 2002:732).

Personal médico.- Incluye médicos cirujanos, sean clínicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, sanitaristas, administrativos, médicos especialistas, médicos generales, familiares y comunitarios, residentes, pasantes de medicina e internos; cirujanos dentistas, odontólogos o estomatólogos y psicólogos.

Personal paramédico.- Aquí están considerados los profesionales especializados que realizan funciones en oficios o profesiones conectados con la medicina en el proceso diagnóstico-tratamiento, tales como: enfermeras generales, enfermeras especialistas, jefes de sala, parteras, jefes de parteras; técnicos diversos como anestesistas, terapeutas, laboratoristas, radiólogos, etc., auxiliares de farmacia, preparadores de recetas;

profesionales como químicos, farmacéuticos, biólogos, zootecnistas, parasitólogos, bacteriólogos, trabajadoras sociales, sociólogos y personal de archivo clínico, entre otros.

Personal administrativo.- En este grupo se integran los profesionales, técnicos o empleados que laboran en funciones denominadas indirectas o de apoyo administrativo. Se cuentan entre ellos archivistas y bibliotecarios no clínicos, almacenistas, cajeros, mensajeros, ayudantes administrativos, oficiales administrativos, oficinistas, jefes de sección, jefes de oficina, mecanógrafas, secretarias, dibujantes, técnicos en estadística general, etc., así como ciertos grupos profesionales como abogados, arquitectos, ingenieros, contadores, etc..

Personal de intendencia o manual.- Este grupo incluye a trabajadores tales como chofer, cocinero, camarera, mozo, camillero, portero, velador, conserje, intendente, ayudante de mantenimiento, lavadero, jardinero, costurera, etc..

A diferencia de empresas cuya producción se cuantifica en artículos materiales, la producción de servicios de las unidades de atención médica, requiere un programa que garantice el máximo de atención humanitaria y eficiente a los pacientes, visitantes y público en general. Para lograr lo anterior, Barquín (2002:278-280) proponen lo siguiente:

- A cada funcionario, empleado o trabajador debe tratársele con el debido respeto, independientemente de su sexo, posición económica o social, religión o raza.
- A todos los trabajadores deben asignárseles sus funciones, obligaciones y responsabilidades según el puesto, procurando además, que realicen actividades específicas de acuerdo con sus aptitudes, experiencia y características psicológicas.
- A todo trabajador debe enseñársele a realizar su trabajo bien y de acuerdo con la reglamentación específica.
- Cuando se efectúan cambios en los procedimientos y métodos de trabajo, se debe tener presente que, por naturaleza, el individuo no es resistente al cambio; son las decepciones que ha recibido las que lo han hecho reticente. Se ha visto que muchos cambios sólo son superficiales para aparentar el progreso que no existe; otras veces únicamente se realiza un cambio de nomenclatura.
- Es necesario que los trabajadores de una institución hospitalaria tengan la oportunidad de expresar libremente sus comentarios sobre los métodos y condiciones de trabajo y estas expresiones no sólo deben ser escuchadas sino tomar acciones a la brevedad posible por parte de los directivos de la institución.
- Debe enseñársele a todo trabajador los conductos por los cuales dirigirse a sus superiores, pues es conveniente escuchar sugerencias o quejas de un subordinado.
- Deberán evitarse actitudes o acciones que signifiquen condiciones de privilegio para un grupo reducido.
- Es importante establecer estímulos y recompensas tanto económicas como morales, que sirvan para guiar el desempeño. La falta de estímulos, tarde o temprano conduce a que el trabajador pierda la iniciativa y muchas veces el sentido de responsabilidad y que su trabajo sea de calidad inferior.

3.3 Atención a la población abierta en el Estado de México

En 1998, la población total del Estado de México ascendió a 12'485,810 habitantes, de los cuales el 56% correspondió a la población abierta y de ésta, el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) atendió al 90% y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIF) al 7%. A partir de esta información, sólo el 3% de la población abierta del Estado de México no tuvo acceso a los servicios formales de salud, aunque bien pudiera ser que una parte de ésta fuera atendida por la medicina privada y la medicina tradicional (GEM/ISEM, 1999).

Para dar respuesta a los problemas de salud de la población abierta, el Estado de México, por medio del ISEM cuenta con recursos humanos, materiales y financieros distribuidos en los tres niveles de atención (primero, consulta; segundo, hospitalización general; y tercero, hospitales especializados). El primer nivel incorpora 918 unidades de consulta externa, 11 unidades móviles dentales, 42 unidades móviles itinerantes, 8 brigadas a pie y 17 centros de salud con hospitalización, un centro estatal de la transfusión sanguínea, tres laboratorios de análisis clínicos y un sistema de urgencias; en el segundo nivel 28 hospitales generales y en el tercero tres hospitales psiquiátricos, dos de especialidad, uno para enfermos crónicos y otro para enfermos de Hansen, y un laboratorio estatal de salud pública.

En estas instalaciones trabajan 4,279 médicos, 543 odontólogos y 5,983 enfermeras, con capacidad instalada de 2,018 camas censables en el segundo nivel y 1,985 en el tercero, así como 1,827 consultorios en primero y segundo nivel y 74 en el tercero (GEM/ISEM, 1999).

Los recursos en salud para la atención de la población abierta se ubican en el ámbito geográfico de 19 jurisdicciones sanitarias, 188 coordinaciones municipales de salud distribuidas en los 122 municipios, y 2,519 microregiones (GEM, 1999).

El ISEM (1999) para hacer llegar el servicio con calidad a la población, contempla la aplicación de formas de contratación de personal que garanticen su permanencia y mejor distribución, propiciando la participación de los gobiernos municipales y estatal, así como de organismos no gubernamentales y de la propia comunidad.

Para elevar la satisfacción de los prestadores de servicios y con ello contribuir a mejorar la calidad de la atención, se requieren mecanismos del estímulo al personal mediante percepciones diferenciadas a los trabajadores que mantengan una buena productividad y calidad en su trabajo (GEM/ISEM, 1999).

También se contempla que para asegurar la calidad de las funciones de gestión dentro de la estructura administrativa, el personal responsable en los diferentes niveles de mando debe tener la formación, experiencia, conocimientos y características de liderazgo que su puesto requiere. Además, debe establecerse en los convenios federal-estatal la garantía de permanencia de este personal por tiempo suficiente para mantener la continuidad de la administración (GEM/ISEM, 1999).

La operación de las unidades hospitalarias del ISEM, comprende acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente, en las que se realizan funciones preventivas, curativas y de rehabilitación. Se ofrece atención médica especializada para pacientes ambulatorios y de hospitalización, así como acciones de vigilancia

epidemiológica, prevención, saneamiento básico, enseñanza e investigación y promoción de la participación social.

Orgánicamente, el ISEM cuenta con una dirección general y dos coordinaciones: la de Administración y Finanzas y la de Salud y Regulación Sanitaria. Los directores de los 28 hospitales generales reportan directamente al Coordinador de Salud y Regulación Sanitaria. Toda unidad hospitalaria debe establecer vínculo con la jurisdicción sanitaria para la planeación, programación, vigilancia epidemiológica, referencia del paciente, capacitación, investigación y apoyo en la gestión administrativa.

Por su parte, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM), tiene a su cargo el desarrollo social y combate a la pobreza, para contribuir en la conformación de una sociedad más justa e igualitaria, donde todos los habitantes de la entidad tengan las mismas oportunidades (GEM/DIFEM, 2000).

La asistencia social conjuga las diversas acciones que el gobierno del Estado de México realiza a favor de la población más vulnerable, en el marco de las políticas del bienestar social, para lo cual tiene un papel fundamental que es la disminución de las desigualdades existentes entre los diversos grupos de población. En pocas palabras: “El DIFEM es una institución comprometida siempre con los más desprotegidos (DIFEM, 2001)”.

Por ello, las políticas de asistencia social están enfocadas al desarrollo del individuo como miembro de una familia y de una comunidad. El Estado debe otorgar protección física, médica, mental y social, particularmente a aquellas personas en estado de abandono, incapacidad o vulnerabilidad. Son estas políticas las que rigen la función de esta institución, para lo cual promueve la participación de los sectores público, privado y social, programas que incrementen los niveles de vida de los sectores más vulnerables: los niños, los jóvenes, las mujeres, los adultos mayores y los discapacitados (GEM/DIFEM, 2000).

3.4 El reto de la salud en México

Los progresos en este sector han sido determinantes para conformar las características demográficas actuales en nuestro país, y las instituciones de salud han sido fundamentales en el desarrollo de México en muy diversos campos, como la investigación, la educación y la organización administrativa y financiera. Sin embargo, existen todavía sectores de la población que no tienen a su alcance la atención, los servicios médicos y los medicamentos que les ayuden a tener una vida sana y les proporcionen la seguridad y confianza que requieren para su cabal desarrollo (PND 2001-2006).

El perfil epidemiológico nacional se está transformando como consecuencia de la mayor urbanización, del cambio en las actividades ocupacionales y de la educación. Hoy, las enfermedades crónicas y los traumatismos se están convirtiendo en las principales causas de incapacidad y muerte, y están emergiendo enfermedades y padecimientos como el sida (PND 2001-2006).

Para responder a las necesidades de esta transición demográfica y epidemiológica registrada en el país, el sistema nacional de salud exige cambios, para lo cual se requieren diversos apoyos y la participación conjunta del sector gubernamental y de la sociedad civil para que puedan superarse los rezagos que presenta México en materia de salud (Frenk,

2001). En pocas palabras, es necesario rediseñar el sistema de salud porque actualmente trabaja con estructuras de hace medio siglo y enfrenta problemas epidemiológicos agresivos y urgentes (Frenk, 2001).

En este sentido, el compromiso del gobierno de la República es seguir desarrollando los sistemas de salud, de forma tal que se extiendan a la totalidad de la población, que se eviten duplicidades de esfuerzos, con ahorro de recursos y prevención de las enfermedades (Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006). Esto no habla de crear más organizaciones, pero sí de desarrollar programas orientados a los grupos más vulnerables, contando para ello con los mismos, o a veces menos, recursos físicos, materiales y humanos.

La carta fuerte de la presente administración federal 2001-2006 es la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios Médicos, mega proyecto gestado e incubado desde años atrás por académicos e investigadores de reconocido prestigio nacional e internacional, lo que –a diferencia de proyectos anteriores- pudiera garantizar su éxito, o al menos, disminuir su riesgo de fracaso.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (Ruelas, 2001) tiene como objetivo promover trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos. Es urgente mejorar los aspectos técnicos de la atención, garantizar el abasto oportuno de medicamentos, asegurar un trato digno a los pacientes y ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a médicos, enfermeras y todos aquellos que participan en los procesos de atención a la salud.

En congruencia con los retos que enfrenta el sector y los objetivos de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se han planteado líneas fundamentales de acción (Ruelas, 2001):

- Elaboración y difusión de códigos de ética.
- Educación sobre, para y de calidad.
- Información para y sobre el usuario y el desempeño.
- Sistemas de mejora continua.
- Reconocimiento del desempeño.
- Estandarización de procesos y monitoreo de resultados.
- Certificación de individuos y organizaciones.
- Mejoras de alto impacto en los procesos de atención.

En lo anterior es posible observar que la mayoría de estos compromisos están orientados al factor humano, con apoyo de recursos materiales, financieros y tecnológicos, lo que resalta la importancia de aquél, tanto desde la perspectiva del usuario como del servidor público o prestador de servicio, pues pese a los avances tecnológicos, el cuidado de la salud sigue siendo un trabajo con gran demanda de mano de obra, considerando además, que la educación de este personal es una tarea larga y costosa.

Por lo apuntado en estos últimos párrafos, y por la orientación de este trabajo, se incluye el siguiente apartado sobre la profesionalización del personal de salud, pues ésta se sustenta en la responsabilidad médica y una parte de ella es el compromiso, con sus diferentes caretas, el cual debiera ser fomentado por las instituciones de salud.

3.5 Profesionalización del personal de salud

Una estrategia para alcanzar las expectativas y retos que se plantea el sector salud es la profesionalización del personal de salud, pues “gran parte de la competencia en el desempeño se logra por medio de ello, ya que ni supervisión ni auditoría operan plenamente como mecanismo de control social” (Freeman, 1998). Y, ¿qué es la profesionalización del personal de salud? Una definición generalmente aceptada es: “conjunto de valores, actitudes y comportamientos necesarios para servir los intereses de los pacientes y la sociedad, antes que los propios” (Barry, Cyran y Anderson, 2000).

Para identificar el nivel de profesionalización de los médicos, utilizaron una muestra de 528 estudiantes de medicina, 779 médicos del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Colorado y 900 médicos particulares de esa ciudad. Se identificaron en los participantes seis dimensiones potenciales del profesionalismo (aprobación de aptitudes, conflicto de intereses, confidencialidad, posible deterioro médico, acoso sexual y honestidad en la documentación), mediante el análisis de pequeños casos y un cuestionario autoadministrado. Los resultados obtenidos mostraron que más del 40% de los médicos reportaron experiencias en cuatro de las seis dimensiones. La mayoría (73%) reportó haber tenido 10 ó menos horas de capacitación formal en profesionalización médica y, de éstos, el 40% se mostró insatisfecho con esta capacitación (Barry, Cyran y Anderson, 2000).

Pero lo importante es entender, a partir del compromiso, qué ha provocado que la profesionalización del personal médico se haya modificado.

Profesionalización del médico

Barquin (2002:732), sugiere como fuentes de alteración de la profesionalización, el hecho de que la educación médica es exigente: en cuatro años, el estudiante adquiere no sólo mucha información y muchas habilidades, sino también actitudes y valores forjados por las demandas de la labor médica, una sensación de confianza en su capacidad de enfrentarse a problemas prácticos y un repertorio de conductas formado por la experiencia y la responsabilidad clínicas. La aplicación de la labor médica clínica, hace surgir un marco mental especial, orientado a la acción por la acción misma, basada en un pragmatismo radical.

Por otro lado, es difícil negar que los médicos disfrutan de un prestigio excesivo en la sociedad norteamericana y en casi todas las demás. La medicina atrae a quienes ponderan el prestigio social y los altos ingresos, que buscan una ocupación interesante que parece constituir un reto, que gustan de ejercer su juicio y que tratan de hacer el bien (Freeman, Levine y Reeder, 1998).

Es usual que los médicos ejerzan un vasto control sobre la organización y provisión de servicios médicos y medios de trabajo de casi todos los demás profesionales de la salud. También es desproporcionada su influencia sobre la política sanitaria y social por su alta posición social y su red de grupos de interés que sirven a propósitos políticos aparte de profesionales (Mechanic, 1998).

Además, un elemento decisivo al definir el trabajo del médico es saber si actúa de modo independiente o es parte de un grupo. Habiendo trabajado por tradición en forma independiente, en sus propios consultorios o en los hogares de la gente, los médicos trabajan ahora más comúnmente en centros de salud y hospitales, lo que les permite

compartir responsabilidades, tener pacientes en número suficiente para realizar investigación y así obtener reconocimiento del propio gremio.

Cuando la sociología de la medicina aborda los sistemas de remuneración, señala que el compromiso del médico con su trabajo depende de las recompensas que recibe, mismas que incluyen ingreso, categoría, estima y el aprecio de sus pacientes, así como la satisfacción de desempeñar bien su trabajo (Freeman, et al, 1998).

Como la labor del médico que trabaja en su consultorio es virtualmente invisible para el público en general, y hasta para otros médicos, su ingreso tiende a convertirse en símbolo importante de su éxito. Esta pudiera ser una explicación al por qué los médicos que trabajan en consultorio lo hacen durante más horas y ven más pacientes cuando se les paga a destajo que cuando reciben un salario.

Mechanic (1998) dice que el trabajo del médico depende de su especialidad, de la carga del trabajo y aún de sus preferencias personales. Hay tareas que requieren mayor organización y que su programación puede no ser muy definida.

En el campo de la administración, los médicos que ocupan altos puestos jerárquicos, en su mayoría se describen a sí mismos como conservadores en el aspecto político, y cautelosos en la toma de decisiones directivas (Freeman, et al, 1998).

Profesionalización de la enfermera

Reeder y Mauksch (1998) señalan que uno de los mayores problemas que enfrentan las enfermeras, y que modifica su profesionalización, es el desgaste profesional, siendo una de las posibles razones el hecho de que es una profesión predominantemente femenina, vive la disparidad de los ingresos entre médicos y enfermeras y la discriminación en la relación de categoría entre enfermera y médico, especialmente en ambientes burocráticos, lo cual parece cobrarse a la larga, y el compromiso, la satisfacción y el sentido de dignidad ceden ante el desencanto, la frustración y el deseo de apartarse de la profesión.

También se menciona la falta de aspiraciones para hacer carrera entre muchas enfermeras, que parecen considerar la profesión como un compromiso provisional, que se puede abandonar y reiniciar según lo dicten las necesidades de la vida matrimonial y familiar. La mayoría de las enfermeras trabajan en organizaciones sumamente burocratizadas que gobiernan su movilidad, salario y actividades, lo cual hace manifiesto el dominio de otros sobre ellas. Todos estos factores pueden combinarse para viciar el compromiso a largo plazo con su carrera.

Reeder y Mauksch (1998:295) hacen referencia a los primeros estudios realizados para caracterizar a las enfermeras a partir de su personalidad. Inicialmente, entre las décadas de los 50 y 60, se encontró que las que ingresaban a la profesión, expresaban un marcado deseo de servir a sus pacientes y de participar en una relación de ayuda y servicio al médico. Esta tendencia ha afectado al actual afán de las enfermeras de obtener autonomía profesional y establecer relaciones de colega con los médicos.

Sin embargo, aunque la motivación de servir al médico parece mucho menos acentuada, sigue habiendo una tendencia a la sumisión y a la disposición de mantener un papel subordinado. No obstante, la aspiración de creatividad y libertad de planear y efectuar el cuidado del paciente es, sin duda, un paso hacia la profesionalización.

Entre las características asociadas a las enfermeras destacan dos: (Reeder y Mauksch, 1998): (a) la necesidad de establecer relaciones madre-hijo y crianza; y, (b) la expectación y aspiración a la creatividad y libertad para planear y llevar a cabo la atención del paciente. Estos dos atributos combinados hacen que sea muy probable una enfermería de buena calidad, pero si por el contrario estas fuerzas siguen siendo ignoradas por quienes están al frente de las organizaciones de atención a la salud, puede esperarse que surja el desencanto, la deserción o una participación muy superficial.

En concreto, parece ser que el concepto de enfermería está estrechamente vinculado al papel tradicionalmente considerado de la mujer, lo que hace innegable la necesidad de hacerles ver que deben cobrar conciencia respecto a sí mismas, no sólo como enfermeras, sino como mujeres.

Los medios laborales de las enfermeras se pueden diferir en sus grados de autonomía y relaciones con el médico: la enfermera de la comunidad, la enfermera escolar y la enfermera que proporciona atención primaria ambulatoria trabajan independientemente durante gran parte del tiempo; se vinculan intermitentemente con el médico, que determina la política médica y el tratamiento. La enfermera que labora en consultorios se encuentra habitualmente en la situación opuesta: está al servicio del médico, quien dirige la mayor parte de las actividades. En el ambiente del hospital, la enfermera puede actuar con varios grados de limitación y autonomía.

Dentro del campo de la administración de los hospitales, la enfermera es una aficionada o sin la debida preparación como administradora, por muy competente que pueda ser como enfermera. Junto con esta autoridad delegada de administración, la enfermera en jefe también es la encargada de las actividades curativas y administración de medicamentos a los pacientes, además de representar al médico ante los otros servicios del hospital. Entonces la enfermera enfrenta al mismo tiempo dos procesos: el administrativo y el de curación (Reeder y Mauksch, 1998).

El quehacer del personal médico está ligado, en no pocas ocasiones, a la vida y la muerte. Los médicos están sujetos, tanto legal como moralmente, a ser sancionados. El personal médico deberá estar presto a colaborar, no sólo en la asistencia clínica, sino también involucrarse en la docencia y la investigación, ya que la transmisión de los conocimientos a las generaciones que los sucederán es parte de la práctica médica (Reeder y Mauksch, 1998). En otras palabras, el personal médico va acumulando roles.

La profesionalización médica se manifiesta en la calidad del servicio y la optimización de recursos, pero además se sustenta en el Código de Conducta de la Práctica de la Medicina, el cual señala que para que florezca la medicina académica, requiere de la identificación con los objetivos filosóficos institucionales, cuyo ejemplo son organismos cupulares de la seguridad social y los institutos nacionales de salud (Barquin, 2002).

Una propuesta es agregar al código referido el involucramiento en la administración de los sistemas de salud, lo que abriría espacios para la formación de recursos humanos (Fernández y Uribe, 1995). Por ejemplo, los directivos le dan más peso a la medicina que a su función administrativa, es decir, siempre es mayor el compromiso profesional que el papel directivo. Esto fue lo que se encontró en una investigación realizada en una muestra de

1217 médicos miembros de la Managed Care Section de la American College of Physician Executives (Hoff, 2000).

Hoy, existen presiones a favor de reexaminar y realinear los dominios de jurisdicción entre las profesiones de la salud, a favorecer el juicio independiente, la creatividad y la diversificación en la labor de la enfermera y el médico. Prueba de ello, es que desde 1999 la Fundación Europea de Medicina Interna, la Fundación del Colegio Americano de Médicos y la Sociedad Americana de Medicina Interna, entre otras, combinan esfuerzos para emprender el proyecto de profesionalización del personal médico, ya que en muchos países se demanda un sentido renovado del quehacer médico (ABIM, ACP-ASIM, 2002).

¿Responsabilidad o compromiso?

Dada la debilidad de la naturaleza humana, cualquier persona puede cometer errores, pero con el fin de preservar los valores morales de una institución, todos los médicos y profesionistas afines se deben comprometer para que, con la mayor prudencia y educación, estén dispuestos a corregir los errores de conducta de sus compañeros y los propios (Fernández del Castillo y Uribe, 1995).

Responsabilidad proviene del latín *respondere*, interpretable como estar obligado. La responsabilidad puede entenderse como la capacidad de un sujeto de derecho de conocer y aceptar las consecuencias de sus actos realizados consciente y libremente (Fernández y Uribe, 1995)

Responsabilidad, aplicada a la medicina, es la obligación de los médicos de sufrir las consecuencias jurídicas de sus actos profesionales, cuando sin intención dolosa causa daño por una actuación culpable.

La responsabilidad médica implica compromiso moral de responder por los actos propios y, en algunos casos, los ajenos; así como la obligación de reparar o indemnizar las consecuencias de actos perjudiciales para terceros (Tenorio, 1997).

En este sentido, una forma de diferenciar la responsabilidad profesional del personal médico del compromiso personal hacia la organización o su profesión, es que la primera tiene dos aspectos: el ético y el jurídico; y la segunda, en el sentido que se aborda en el presente trabajo, es meramente una actitud orientada al comportamiento humano. En otras palabras, la responsabilidad se trata de responder por actos propios y nace en un sustrato de facultades jurídicas, mientras que el compromiso es una actitud que manifiesta el deseo de permanecer, o no, en la organización y la profesión.

El ejercicio de la medicina tiene una obligación moral y legal: cuidar la vida y la salud de la población, bienes preciados e indispensables para desarrollarse y progresar en todas las esferas de la existencia. Esto implica que la práctica de la profesión médica precisa de vocación y espíritu de servicio, que obliga a un compromiso jurídico-moral con la sociedad y el Estado, compromiso que a la fecha no se le ha dado el valor y el lugar que le corresponde durante el proceso de enseñanza-aprendizaje. Es común que se desconozca el campo médico legal, aunque últimamente y a raíz de las demandas médicas iniciadas por los pacientes afectados han comenzado a buscar información y conocimiento de las leyes.

La sociedad se inclina a juzgar los actos profesionales del personal de salud, por los resultados finales, mientras que el compromiso personal hacia la organización y la

profesión es un ingrediente del proceso que lleva a esos resultados. Sin embargo, hay que reconocer que no sucede lo mismo en todas las profesiones. La profesión de la medicina es muy diferente a las demás, pues las cualidades morales del médico constituyen la mejor garantía del éxito.

El compromiso, sustento de la responsabilidad médica profesional.

Como ya se dijo, la responsabilidad profesional puede tomar las vías civil y penal en su exigencia y seguimiento. La responsabilidad inicia con el juramento del buen desempeño de la profesión y, con relación al cliente, es de naturaleza contractual, existiendo algunos deberes comunes para la mayoría de las profesiones que se presentan en dos vías, la de la confidencialidad y la del deber de lealtad, el secreto profesional, y el aspecto de la indemnización del daño que, culposa o dolosamente, hubiere ocasionado por su conducta (Gispert, 2001).

La responsabilidad médica implica la obligación que tiene el médico de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios o involuntarios, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión (Muñoz, 1995).

El profesionalismo es la base del contacto de la medicina con la sociedad, lo que obliga a que los principios y responsabilidades del personal médico deban ser entendidos claramente, tanto por la sociedad como por el médico. En este sentido, destacan una serie de compromisos, a saber (ABIM Foundation and European Federation of Internal Medicine, 2002):

Compromiso hacia la competencia profesional. Los médicos deben estar comprometidos a lo largo de su vida con el aprendizaje y a ser responsables de mantener el conocimiento médico y clínico necesario para proveer atención de calidad. La profesión, como un todo, debe vigilar que los médicos sean competentes y asegurar la disponibilidad de mecanismos apropiados para que cumplan con esta meta.

Compromiso hacia la honestidad con los pacientes.- Los médicos deben asegurar que los pacientes sean informados completa y honestamente antes de tomar una decisión sobre un tratamiento, lo cual no significa que los pacientes deban involucrarse en cada minuto sobre su cuidado médico; sin embargo, ellos deben tener la facultad de decidir sobre el curso de su terapia.

Compromiso hacia la confidencialidad del paciente.- Ganarse la confianza de los pacientes requiere la garantía de confidencialidad sobre la información proporcionada.

Compromiso hacia mantener relaciones apropiadas con los pacientes.- Dada la vulnerabilidad y la dependencia de los pacientes, deberá evitarse cierto tipo de relaciones médico-paciente, sobre todo en lo financiero y lo sexual.

Compromiso hacia la mejora de la calidad del cuidado de la salud. Los médicos deben dedicarse al mejoramiento continuo de la calidad en el cuidado de la salud. Este compromiso comprende no sólo las competencias clínicas, sino también trabajar en colaboración con otros profesionales para reducir errores médicos, aumentar la seguridad del paciente, minimizar el sobreuso de los recursos y optimizar los resultados.

Compromiso hacia el mejoramiento del acceso a la salud. El profesionalismo médico debe reconocer que el objetivo de los sistemas de salud es brindar un servicio

uniforme y adecuado para todos. Esto es, no debe pensarse en la condición social del paciente para brindarle, o no, el servicio de atención a la salud.

Compromiso hacia la justa distribución de los recursos limitados. Frente a las necesidades de los pacientes, los médicos son requeridos para proveer atención que está basada en el juicio y efectividad de recursos limitados. Ellos deben estar comprometidos a trabajar con otros médicos y hasta en otras instalaciones. La provisión de servicios innecesarios no sólo expone al paciente a daños y mayores gastos, sino también disminuye la disponibilidad de recursos para otros.

Compromiso hacia el conocimiento científico. Mucho del contacto de la medicina con la sociedad está basada en la integridad y uso apropiado del conocimiento científico y la tecnología. Los médicos tienen una obligación de mantener estándares científicos, para promover la investigación y para crear conocimiento y asegurar su uso apropiado.

Compromiso hacia la integridad mediante el manejo de conflictos por intereses.- Los profesionales de la medicina y sus organizaciones tienen muchas oportunidades para comprometer su responsabilidad profesional por medio de las ganancias en la práctica privada. Tales compromisos están específicamente amenazados en las “buenas ofertas” de productores de equipo médico, compañías de seguros y firmas farmacéuticas. Los médicos tienen la obligación de reconocer, revelar al público en general y tratar con conflictos de interés que surjan en el curso de sus obligaciones y actividades profesionales.

En resumen, como miembros de una profesión, los médicos y las enfermeras están obligados a trabajar en colaboración para maximizar el cuidado del paciente, respetar a los colegas y participar en el proceso de auto-regulación, comprometiéndose, también en la evaluación interna y el desarrollo profesional. Esto es, la responsabilidad de la práctica médica se sustenta en una serie de compromisos hacia la profesión, hacia el paciente y los recursos, pero no se aborda el compromiso hacia la organización donde se prestan los servicios.

Regulación de las profesiones de la salud

Señalar las responsabilidades y compromisos no garantiza del todo la profesionalización en el personal médico. Por ello, la reforma de los sistemas a nivel mundial ha inducido a la redefinición de las bases de la regulación, que se habían mantenido prácticamente sin cambios en las últimas décadas. En México, históricamente el licenciamiento y regulación técnica (características del trabajo técnico, autonomía clínica, horas de trabajo, salarios y otros aspectos) se llevaba a cabo por las instituciones públicas de salud. En el sector privado, el trabajo médico era regulado tanto por la oferta y la demanda de servicios, como por las instituciones de salud que contrataban profesionales (Barquin, 2002).

Aún antes de que el sistema de salud se hubiera embarcado formalmente en un proceso de reforma, los cambios en la regulación de los profesionales se empezaron a suceder, particularmente entre los médicos, debido al papel que últimamente han empezado a jugar los usuarios de servicios.

Un síntoma del cambio en el proceso de regulación es la certificación de los profesionales, para garantizar la calidad en la prestación de servicios y la actualización

oportuna. También se utiliza como elemento de prestigio profesional y, desde otra perspectiva, se convierte en un instrumento que permite asegurar a quienes la poseen, una presencia en el mercado bajo las mejores condiciones.

Por otra parte, la certificación permite a los profesionales enfrentar ventajosamente la competencia, en busca de asegurar la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios, además, permite a los usuarios identificar prestadores de diferentes capacidades.

Las compañías de seguros han sido las primeras en considerar la certificación como un requisito para la contratación de médicos que presten servicios de calidad.

Las instituciones públicas empiezan a aceptar la certificación como un requisito para contratar a un médico especialista, lo que no implica mejores salarios o prestaciones. Hasta la fecha, siguen siendo los médicos especialistas, que históricamente han ocupado los mejores espacios en el mercado de trabajo, los únicos que han desarrollado procesos de certificación y recertificación.

Otro aspecto a mencionar en cuanto a la regulación de los profesionales de la salud es la instalación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, misma que ha generado las más diversas opiniones en el gremio. Lo cierto es que representa un mecanismo sin precedentes mediante el cual se intenta canalizar y dar respuesta a las quejas de los usuarios. Su utilidad es enorme, ya que podría ayudar a prevenir una espiral de costos; sin embargo, dentro de la profesión también ha sido percibida por algunos grupos como un factor de inestabilidad que interfiere con la regulación que llevan a cabo las instituciones para las cuales laboran (Nigenda, 1997).

En resumen, el liderazgo médico ha observado una modificación en el papel fuertemente jerárquico que los médicos jugaban hace 30 años, a uno en el que se requiere compartir el poder de decisión con los paramédicos y con otras profesiones de orientación más técnica (Nigenda, 1997). La condición central para el cambio la representa la actual complejidad organizacional y tecnológica de la atención para la salud.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 Acerca de la investigación.

Retomando lo de capítulos anteriores, es posible estar de acuerdo en que “el campo de la teoría de la organización se está pareciendo más a un terreno cubierto de maleza que a un jardín bien cuidado” (Pfeffer, 1992:13). Esto pone de manifiesto que el estudio de las organizaciones, y todo lo que ellas implican, sea en sí complejo; pero cuando decidimos que lo que nos interesa es determinar características de los integrantes de alguna organización en particular, lo cual tampoco pierde su carácter de dificultad, empezamos a hacer ciertas precisiones que permitan un estudio armonioso y –sobre todo- replicable.

Cualesquiera que sean los resultados obtenidos en las organizaciones, la necesidad de renovación es evidente, sin olvidar que es el trabajo de las personas lo que determina el éxito o fracaso; esto es, los estudiosos de las organizaciones estamos obligado a abordar el comportamiento humano, ya que en un extremo puede atacar la apatía, el repudio, la indiferencia... y si esto hace que el individuo se encierre en sí mismo, lo cual no se detecta rápidamente y es difícil corregir, el fracaso, la destrucción o la mediocridad, gobernarán cada vez más, llegando a ser parte de la cultura organizacional.

Dicho de otra manera, la importancia del factor humano en las organizaciones es evidente y difícilmente alguien lo pondría en tela de juicio. Esto hace que, cualquier decisión relacionada con las personas debiera suponer una valoración de actitudes y aptitudes, y muchas veces también de la personalidad y de sus características demográficas.

En este sentido, lo acertado de una decisión con relación a tan valioso recurso, depende de la calidad de la valoración y, por lo tanto, de lo adecuado que sean los métodos utilizados para juzgar el estado emocional o la capacidad de un individuo. De esto se trata el presente capítulo, pues muestra los elementos que permiten replicar el estudio en otro contexto o con otra población.

El punto de partida ha sido el método deductivo al integrar el marco teórico, recopilar publicaciones anteriores sobre el tema y generar ideas propias, con la finalidad de determinar las variables que contribuyeron a la construcción de las hipótesis.

Esta investigación se apoya en una técnica cuantitativa (cuestionario) y otra cualitativa (entrevistas), ya que permiten la recolección de datos directamente de las personas que poseen la información que es de interés (García, 1999) y que además ya ha ocurrido. Se trata de actitudes y percepciones que las personas tienen desde hace tiempo por el hecho de pertenecer a la organización.

Por otro lado, es importante hacer referencia a la investigación en salud. González-Block (1999) afirma que la investigación en salud depende de una estrecha alianza entre investigadores y prestadores de servicios, ligada a la necesidad del método científico y de la actividad directiva, asegurando que tanto la investigación pura como la aplicada son de vital importancia. La primera aporta el conocimiento sobre la situación de los problemas y sus determinantes, así como la tecnología capaz de superarlos. La segunda identifica los problemas prioritarios y contribuye al diseño de políticas de salud, a la toma de decisiones o a la evaluación de lo ya realizado.

Esto implica que la investigación en salud, se ubique en diversas disciplinas y enfoques. En el nivel de la población, privilegia la investigación epidemiológica si se enfoca en sus necesidades; y, desarrolla la investigación en sistemas de salud si el objetivo es analizar la respuesta social organizada a dichas necesidades (González-Block, 1999).

Puesto que el análisis de los sistemas de salud se circunscribe a la organización, financiamiento y desempeño de las instituciones que proveen los servicios de atención a la población, la investigación en sistemas de salud genera algunas categorías para valorar y jerarquizar —con enfoques multidisciplinarios— la relación entre el servicio y la sociedad y así ubicar problemáticas en dimensiones más precisas. Entre dichas categorías están: finalidad del sistema, organización y estructura, recursos, financiamiento, prestación y acceso de servicios, administración, calidad y descentralización (Agudelo, 2001).

En este sentido y a manera de resumen, el presente trabajo se ubica dentro de la investigación aplicada en el ámbito de los sistemas de salud, en la categoría de recursos y administración, pues en esencia elabora un diagnóstico del compromiso personal hacia la organización, que incluye variables ambientales e individuales.

La investigación en salud es un reto, toda vez que debe buscar la bondad y viabilidad del cambio tanto a nivel macro (políticas de salud) como a nivel micro (sistemas). Sin embargo, todo carecería de sentido si no se busca que los resultados obtenidos se traduzcan en toma de decisiones o políticas de salud (Trostle y Bronfman, 1999), con la finalidad de construir iniciativas que intenten la corrección de rumbos y la reorientación de estrategias para alcanzar las metas que el sector salud debe cumplir, a principios de siglo, en un país tan lleno de retos como México.

4.2 Problemática abordada

Tomando como punto de partida que cuando los sistemas fallan o aún cuando tienen éxito, la necesidad de renovación es evidente, sin olvidar que es el trabajo de las personas en las organizaciones lo que integra y hace que funcionen esos sistemas. Aunque inseparable en la práctica, la parte más estática bien puede ser el sistema, mientras que la dinámica es el comportamiento humano frente al trabajo en un ámbito organizacional.

El deterioro del entorno laboral y del trabajo en sí pueden llevar al personal a perder entusiasmo por sus actividades en la organización y esa pérdida se refleja en la lentitud, el desgano y la indiferencia que caracterizan a las organizaciones esclerosadas; el personal se retira por razones de orden psicológico de sus labores y predomina la actitud de cumplir nada más con el mínimo requerido. Por otro lado, si bien al aumentar la población, también

lo hace la oferta de la fuerza de trabajo, las organizaciones deben considerar el fortalecimiento de las personas en su decisión de participar, permanecer e involucrarse en las actividades que en ella se realizan, sobre todo si se trata de unidades hospitalarias de salud que atienden a población de escasos recursos.

En este sentido, los retos de la administración deben ir más allá de enfrentar pequeñas irregularidades, pues se viven cambios graduales e irreversibles, en donde el ser humano, el trabajo, las organizaciones y la vida social están en transición hacia un nuevo orden de cosas que irremediablemente afectan el modo de vida individual y colectivo.

Particularmente en las organizaciones de salud, es momento de que el aspecto emocional del ser humano tome la palabra, y que se considere como diferencial competitivo en la era de la excelencia, bajo la perspectiva de que las personas son las generadoras de resultados; pero para su estudio, esto resulta en exceso amplio.

El compromiso personal hacia la organización, entonces, bien puede ser un medio para transformar la atención hospitalaria, sin importar que –aparentemente– se le de más peso al medio que al fin, pues en última instancia uno es la consecuencia del otro, esto es, cuando se tiene personal comprometido, existen más posibilidades de que el servicio prestado sea de calidad.

Así, el presente trabajo tiene como eje los siguientes cuestionamientos: ¿es importante el entorno laboral (clima y socialización organizacional) para que exista el compromiso? ¿El compromiso profesional y el apoyo percibido se relacionan con el compromiso personal hacia la organización? ¿en qué medida se manifiesta el compromiso personal hacia la organización en el esfuerzo percibido y la intención de permanencia? ¿es diferente el grado y tipo de compromiso según el sexo, el puesto y la antigüedad laboral de quienes integran estas unidades hospitalarias?

4.3 Objetivos

Los objetivos generales del presente trabajo son dos:

- Describir el compromiso personal hacia la organización, a partir de algunas características individuales (sexo, edad, escolaridad, puesto y antigüedad laboral) de los integrantes de tres hospitales de atención a la población abierta, ubicados en la Ciudad de Toluca: uno perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México y dos al Sistema DIF Estatal, con la finalidad de determinar diferencias significativas.
- Relacionar el compromiso personal hacia la organización con las variables que conforman el ambiente laboral (clima organizacional y la socialización organizacional) y también en lo individual (compromiso profesional y el apoyo percibido), determinando su asociación con el esfuerzo percibido y la intención de permanencia.

De aquí se desprenden cuatro objetivos particulares:

- Establecer la relación funcional entre el compromiso personal hacia la organización y algunos elementos de clima organizacional, socialización organizacional, compromiso profesional y apoyo percibido.
- Determinar la relación entre clima organizacional, socialización organizacional, compromiso profesional y apoyo percibido.
- Relacionar el compromiso personal hacia la organización con el esfuerzo percibido y la intención de permanencia.
- A partir de las características personales, determinar diferencias significativas en el compromiso personal hacia la organización y las variables organizacionales consideradas (clima organizacional, socialización organizacional, compromiso profesional y apoyo organizacional).

4.4 Preguntas de Investigación

Si bien el conocimiento sobre ciertos temas ya existe, el investigador requiere necesariamente apropiarse de él, lo que le obliga a realizar una cuidadosa revisión bibliohemerográfica y consultar a especialistas para iniciar una investigación. Esto es, resulta necesario “pararse en los hombros” de quienes han abordado el tema antes que nosotros para no hacer algo que está sumamente trabajado y no ofrece mayores posibilidades, o bien, que simplemente es imposible de abordar.

Por otro lado, las preguntas de investigación son la clave para la generación de conocimiento, finalidad de la investigación científica, por lo que deben estar estrechamente vinculadas con los objetivos de la misma.

En este caso, establecí un bloque de preguntas de investigación para cada uno de los objetivos generales (ver tabla No. 4.1), en el entendido de que dichas preguntas están acotadas a la población en estudio, esto es, al personal que labora en tres hospitales de atención a la población abierta, ubicados en la Ciudad de Toluca, Estado de México.

4.5 Tipo de Investigación

Partiendo de la revisión de literatura para determinar el estado del conocimiento en lo relativo al compromiso personal hacia la organización, la presente investigación fue de tipo descriptivo y correlacional, puesto que en primer lugar se diagnosticó el compromiso personal hacia la organización, a partir de algunas características individuales, como sexo, edad, escolaridad, puesto y antigüedad laboral, de los integrantes de tres hospitales de asistencia pública ubicados en la Ciudad de Toluca, Estado de México. En segundo lugar se midió el grado de relación estadística entre el compromiso personal hacia la organización y variables organizacionales (clima, socialización organizacional, compromiso profesional, apoyo percibido, esfuerzo percibido e intención de permanencia), con la finalidad de predecir tendencias, esto es, al saber cómo se comporta una variable, es posible conocer el comportamiento de otras variables correlacionadas.

Tabla No. 4.1

Objetivos generales y su relación con las preguntas de investigación

<p>Describir el compromiso personal hacia la organización, a partir de algunas características individuales (sexo, edad, escolaridad, puesto y antigüedad laboral) de los integrantes de tres hospitales de atención a la población abierta, ubicados en la Ciudad de Toluca: uno perteneciente al ISEM y dos al DIFEM, con la finalidad de determinar diferencias significativas</p>	<p>¿Cómo es el compromiso personal hacia la organización, en sus tres dimensiones, en tres hospitales de atención a la población abierta, ubicados en la ciudad de Toluca, Estado de México?</p> <p>¿Existen diferencias significativas en el compromiso personal hacia la organización según algunas características individuales, como sexo, edad, escolaridad, puesto y antigüedad laboral?</p>
<p>Identificar la asociación que el compromiso personal hacia la organización tiene con las variables que conforman el ambiente laboral (clima organizacional y la socialización organizacional) y también en lo individual (compromiso profesional y el apoyo percibido), determinando su relación con el esfuerzo percibido y la intención de permanencia.</p>	<p>¿Es importante el ambiente laboral (socialización organizacional y clima organizacionales) para que exista el compromiso personal hacia la organización?</p> <p>¿El compromiso profesional y el apoyo percibido se relacionan con el compromiso personal hacia la organización?</p> <p>¿Cuál es el papel del compromiso personal hacia la organización en el esfuerzo percibido y la intención de permanencia?</p>

4.6 Hipótesis

- H₁ Las dimensiones afectiva, normativa y de continuidad del compromiso personal hacia la organización se relacionan de manera significativamente estadística con el clima organizacional, la socialización organizacional, el compromiso profesional y el apoyo percibido.
- H₂ Las dimensiones afectiva, normativa y de continuidad del compromiso personal hacia la organización, se relacionan de manera significativamente estadística con el esfuerzo percibido y la intención de permanencia.
- H₃ Existe relación entre las dimensiones de clima organizacional, socialización organizacional, compromiso profesional, apoyo percibido esfuerzo percibido e intención de permanencia.
- H₄ Las medias de las tres dimensiones del compromiso personal hacia la organización (afectiva, normativa y de continuidad), difieren significativamente en cada uno de los tres hospitales.

- H₅ Existen diferencias significativas en el nivel de compromiso de las personas que laboran en tres hospitales de atención a la población abierta, a partir de tres características individuales: sexo, puesto y antigüedad laboral.
- H₆ Existen diferencias significativas en los promedios de clima organizacional, socialización organizacional, compromiso profesional y apoyo percibido, de las personas que laboran en tres hospitales de atención a la población abierta, a partir de tres características individuales: sexo, puesto y antigüedad laboral.
- H₇ Existen diferencias significativas en el esfuerzo percibido y la intención de permanencia del personal que labora en tres hospitales de atención a la población abierta, a partir de tres características individuales: sexo, puesto y antigüedad laboral.

4.7 Variables y dimensiones

Tabla No. 4.2
Definición y medición de variables

Variable	Dimensión	Definición	No. Reactivos	Fuente
Compromiso personal hacia la organización		Estado psicológico que caracteriza la relación entre una persona y una organización, la cual presenta consecuencias respecto a la decisión para permanecer o marcharse.	18	Meyer y Allen, 1991
	Afectivo	Lazos emocionales intensos que las personas forjan con su organización, pues perciben que se satisfacen sus necesidades y expectativas. Disfrutan de su permanencia en la organización.	6	
	Normativo	Sentido moral por pertenecer a la organización, a la lealtad hacia ella, quizá por recibir ciertas prestaciones que pueden generar en las personas un sentido de deber, un sentido de correspondencia.	6	
	Continuidad	Las personas sienten que han invertido mucho tiempo y esfuerzo y que salir de la organización se traduciría en una pérdida personal. Es una faceta calculadora, prevalece más el interés hacia un plan de pensión y primas de antigüedad, por ejemplo, que contribuir con un esfuerzo mayor para que la organización cumpla sus objetivos.	6	

Continuación de la Tabla 4.2
Definición y medición de las variables

Variable	Dimensión	Definición	No. Reactivos	Fuente
Clima organizacional		Propiedades del ambiente de trabajo que perciben los empleados como característico de la naturaleza de la organización.	18	Brown y Leigh, 1996
	Contribución personal	Percepción de que el esfuerzo percibido personal tiene sentido respecto a los procesos y resultados de la organización.	4	
	Claridad del rol	Ausencia de imprecisiones en la realización del trabajo	3	
	Apoyo del superior inmediato	Percepción de que el empleado es apoyado por el superior, tanto en la toma de decisiones como en la manera de hacer las cosas.	4	
	Expresión de sentimientos	Libertad para ser sincero en cuanto a los sentimientos hacia el trabajo y la organización, sin temor a represalias.	4	
	Reconocimiento	Creencia de que la organización aprecia y reconoce el esfuerzo y la contribución personal.	3	
Socialización organizacional		Proceso mediante el cual una persona conoce las expectativas de la organización, llega a entender valores, aptitudes y comportamientos que resultan fundamentales para el desempeño de la organización y su participación como miembro de la misma.	20	Toormina, 1999
	Conocimiento de la organización	Entender las metas y objetivos organizacionales, así como su funcionamiento general y los deberes del personal, para poder participar en el desempeño de la organización.	5	
	Apoyo de los compañeros de trabajo	Aceptación, apoyo y ayuda en el trabajo, por parte de los compañeros, para lograr una adaptación al ambiente de la organización.	5	
	Capacitación	Determina si la capacitación es oportuna y contribuye a realizar mejor el trabajo.	5	
	Proyección dentro de la organización	Posibilidades de ascenso y oportunidades de desarrollo, pero también como compensaciones que la organización ofrece.	5	
Compromiso hacia la profesión		Liga emocional hacia un grupo o profesión en particular. Es una extensión del compromiso personal hacia la organización.	18	Meyer, Allen y Smith, 1993
	Afectivo	Se relaciona con el amor hacia la profesión.	6	
	Normativo	Es el deber moral percibido hacia la profesión.	6	
	Continuidad	Grado de conveniencia por permanecer y continuar en la profesión	6	
Apoyo organizacional percibido		Los empleados se forman una percepción general respecto al grado en el cual la organización valora sus contribuciones, percepción que puede tener su origen en la impresión generalizada de explotación.	13	Eisenberger, et al 1997

Continuación de la Tabla 4.2
Definición y medición de las variables

Variable	Dimensión	Definición	No. Reactivos	Fuente
Esfuerzo percibido		Hacer y querer hacer, tanto en lo físico como en lo mental; trabajar más inteligentemente y con mayor intensidad.	10	Brown y Leigh, 1996
	Tiempo dedicado al trabajo	Permanecer en el trabajo por más horas de las que cubre la jornada normal.	5	
	Intensidad del trabajo	Máxima entrega física y mental en la realización del trabajo cotidiano.	5	
Intención de permanencia		Permanencia del personal dentro de la organización. La intención de permanencia tiene sentido cuando se piensa en los costos que representa un alto porcentaje de rotación.	8	Ko, Price y Mueller, 1997
	Intención de permanencia	Planes personales para permanecer en la organización por el tiempo que sea posible.	4	
	Búsqueda de empleo.	Estar al pendiente de oportunidades laborales fuera de la organización.	4	
Características personales		Variables que definen al individuo dentro de la organización.	5	Steers, 1997; Angle y Perry, 1983; Porter, Steers y Mowday, 1974 -
	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	1	
	Sexo	Diferencia física constitutiva	1	
	Nivel educativo	Grado académico	1	
	Puesto	Posición de mando y responsabilidad definida por la estructura organizacional	1	
	Antigüedad laboral	Tiempo que el sujeto ha prestado sus servicios en la organización.	1	

4.8 Diseño de Investigación

Con la finalidad de dar respuesta a las preguntas de investigación y someter a prueba las hipótesis planteadas, el presente trabajo tiene un diseño no experimental transeccional descriptivo y correlacional, pues se analiza el grado en que algunas variables organizacionales se asocian con el compromiso personal hacia la organización. Es un estudio no experimental transeccional pues las causas y efectos ya ocurrieron en la realidad; la recolección de datos se hace en un momento único, una sola vez. No se construyen grupos ni se manipula deliberadamente alguna variable, y tampoco hay estímulo o tratamiento alguno.

4.9 Población y muestra

La población sobre la cual se describieron los resultados, es el personal que en el primer semestre de 2000 se encontraba laborando en tres hospitales de atención a población abierta ubicados en la Ciudad de Toluca; uno perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y dos al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) (tabla No. 4.3). La justificación sobre la región de estudio radica en que

es el lugar donde he podido tener acceso a los directivos, el personal y las instalaciones, pues además de residir en la Ciudad de Toluca, laboré en uno de estos hospitales.

Tabla No. 4.3
Población de estudio

Hospital	Población Total	Médicos	Paramédicos	Personal Administrativo
Hospital de Ginecología	568	128	332	108
Hospital del Niño	578	108	345	125
Adolfo López Mateos	470	83	300	87

En cuanto a la muestra, esta fue no probabilística, pues los sujetos que respondieron el cuestionario no fueron seleccionados aleatoriamente. Se trata de una muestra de sujetos voluntarios, misma que resulta frecuente en ciencias sociales y de la conducta (Davis, 2000).

La principal desventaja de las muestras no probabilísticas, es no poder calcular con precisión el error estándar, o bien, no calcular con qué nivel de confianza se hace la estimación (Davis, 2000:243-244), pues suponen un procedimiento de selección informal y arbitrario. Sin embargo, cuando no es posible tener acceso a la unidad de muestreo de otra manera, este tipo de muestra es la única opción.

En el Hospital General, dependiente del ISEM, respondieron el cuestionario los sujetos que se encontraban en servicio, o bien sin atender alguna urgencia médica, al momento en que visité el nosocomio, previa cita. En este caso, responder el cuestionario dependió de circunstancias fortuitas.

En cuanto a los dos hospitales del DIFEM, se contó con marcos muestrales (listas de personal por departamento y turno) y con una programación para que los sujetos se presentaran al auditorio a responder el cuestionario. Este fue requisitado por aquellos que acudieron al llamado.

La tasa de respuesta, es decir, el porcentaje de participantes que intervinieron en el estudio (Davis, 2000:247), fue del 47% (212 sujetos) en el Hospital General (ISEM); del 55% (313 sujetos) y 60% (350 sujetos) en los Hospitales de Ginecología y Del Niño (DIFEM), respectivamente.

Las características generales de los nosocomios que participaron en el presente estudio, según la clasificación general de hospitales (Fajardo, 1983), son las siguientes: por su tamaño son hospitales medianos (de 51 a 250 camas), por la dependencia tienen el carácter gubernamental, están localizados en una zona urbana, brindan atención médica de segundo nivel, con promedio de estancia corta (menor a 15 días) y por el tipo de servicio que prestan los dos del DIFEM son de especialidad y el del ISEM es general.

4.10 Recolección de datos

Para tener acceso al personal que labora en las tres unidades hospitalarias, fue necesario presentar un proyecto de investigación. Una vez aprobado por el Comité respectivo, se autorizó la aplicación del instrumento.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario que es contestado de manera anónima y se integra de 105 reactivos y cuya distribución por variable y dimensión ya se refirió en el cuadro No. 4.2 (ver pág. 63 a 65). Los items están escritos de manera tal que el encuestado puede expresar su actitud en una escala tipo Likert de 7 niveles, en donde el uno es totalmente en desacuerdo y el siete totalmente de acuerdo. Esto significa que mientras mayor sea el promedio obtenido, la variable o dimensión medida estará más representada en el personal.

Ejemplos de algunos reactivos que integran la batería sobre compromiso personal hacia la organización, son: "realmente siento como si los problemas de la organización fueran míos", "no siento obligación alguna de quedarme en esta organización (calificación inversa)", "estaría feliz si pasara el resto de mi vida en esta organización" "siento que tengo pocas opciones de trabajo, como para pensar en dejar esta organización (calificación inversa)" y "moralmente le debo mucho a esta organización". En el anexo uno aparece el cuestionario aplicado.

Mientras que en un mundo globalizado tenemos acceso a la información de manera más rápida y oportuna, algunos estudiosos recomiendan la no utilización de instrumentos generados en otras culturas y otros tiempos. Sin embargo, no por ello tenemos que dejar de aprovechar la generación de conocimientos, ya sean anglosajones, europeos u orientales, siempre y cuando se preste especial atención al ámbito en donde dichos instrumentos han sido aplicados. Esto tampoco nos exime de generar los propios.

En otras palabras, el uso de instrumentos generados en el extranjero, siempre despierta críticas. Para justificar su aplicación en empleados mexicanos, hago referencia a los resultados obtenidos en algunas investigaciones.

Para la medición del compromiso personal hacia la organización, se utilizó el cuestionario de Meyer, Allen y Smith (1993), el cual fue construido con el propósito específico de medir tres componentes: afectivo, normativo y de continuidad. Ha mostrado validez y confiabilidad en otras culturas, incluyendo la coreana (Ko, Price y Mueller, 1997). Vandenberghe (1996) aplicó una versión un tanto modificada de este instrumento entre personas dedicadas a la enfermería en la región francoparlante de Bélgica. Encontró apoyo para el modelo de los tres factores. En estas pesquisas, la confiabilidad de las escalas afectiva y normativa han sido las aceptadas internacionalmente, mientras la correspondiente al compromiso de continuidad ha resultado baja. Igualmente en México, se encontraron, en una muestra de personal académico y gubernamental, índices adecuados de confiabilidad en las escalas afectiva y normativa (alfas respectivas: de .71 a .81 y .63 a .82, respectivamente); en cuanto a la faceta de continuidad este valor es de .47 a .48 (Arias Galicia, Mercado y Beláusteguioitia, 1999).

Recientemente, Vandenberghe et al. (2001) utilizaron el mismo instrumento en una investigación realizada con 580 traductores que laboran en las oficinas de la Unión Europea, en donde estaban representadas 12 nacionalidades. Uno de los resultados

obtenidos fue que la nacionalidad no representó variación alguna para los niveles de compromiso.

En la presente investigación, la aplicación del instrumento fue en todos los servicios y en los cuatro turnos (matutino, vespertino, nocturno y especial) de cada una de las tres unidades hospitalarias. En respeto a las políticas de cada hospital, la aplicación fue de la siguiente manera.

En el Hospital de Ginecología y Del Niño (DIFEM), la Dirección General, en coordinación con la Subdirección Administrativa elaboró una programación por servicio y turno, para que el personal se presentara en el auditorio a contestar el cuestionario. El tiempo promedio en hacerlo fue de 25 minutos. La aplicación se realizó en mayo del 2000.

Con esta medida, además de optimizar tiempo, considero que se eliminó un factor que puede influir en la confiabilidad y validez: las condiciones en las que se aplica el instrumento de medición (Kerlinger, 1981), así como interrupciones propias de la actividad hospitalaria.

En el caso del Hospital General Adolfo López Mateos (ISEM), las condiciones de aplicación no fueron las mismas. Con cita previa se visitaron los 17 servicios y departamentos, en los cuatro turnos, durante febrero, marzo y abril del 2000. Respondieron el cuestionario quienes se encontraban en el momento de mi visita, por lo que el proceso de respuesta estuvo sujeto a interrupciones.

Por otro lado, y con la finalidad de validar la información obtenida mediante el referido cuestionario, pero también para encontrar mayor explicación a los resultados, realicé entrevistas personales a sujetos tipo y voluntarios. En el anexo dos aparece la transcripción de las mismas, y algunas respuestas han sido incluidas en los resultados que se presentan en el Capítulo V.

4.11 Análisis de datos

Es necesario convertir datos en información útil, valiosa y confiable para tomar decisiones. Particularmente en administración, múltiples variables afectan cualquier resultado de decisión (Davis, 2000:470) y aunque los administradores toman decisiones a diario, el trabajo aquí presentado ha buscado ser un apoyo para ubicar problemáticas en dimensiones más precisas, lo que le da un enfoque hacia la investigación aplicada en el campo del comportamiento humano, particularmente en lo referente al compromiso, como actitud, de quienes colaboran en instituciones de atención a la salud de población abierta.

El camino a seguir para aceptar, o no, las hipótesis planteadas, consistió en lo siguiente, utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 8.0.

- I. Construcción de la base de datos (Excel 4). Se realizó una doble captura y se traslaparon los archivos para detectar diferencias. Este ejercicio permitió eliminar posibles errores generados al momento de la captura.
- II. Descripción de la muestra de los tres hospitales participantes, mediante la distribución frecuencias de sexo, edad, escolaridad, puesto y antigüedad laboral (tabla 5.1).

III. Se correlacionaron las variables compromiso personal hacia la organización, clima organizacional, socialización organizacional, apoyo organizacional percibido y compromiso hacia la profesión, así como esfuerzo percibido e intención de permanencia. Este tratamiento estadístico sirve para abordar las hipótesis H_1 , H_2 y H_3 , ya que además de establecer si hay o no relación, se busca, mediante conjuntos de pares ordenados, la dirección y magnitud de esa relación (Kerlinger, 1981). Para tal fin, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, prueba estadística paramétrica, dado que:

- Las variables fueron medidas en un nivel intervalar (Siegel, 1982:49).
- Aunque se contó con una muestra no probabilística, la distribución de muestras de 100 ó más elementos, tienden a ser normales y esto sirve para el propósito de hacer estadística inferencial sobre los valores de una población.
- Al tratarse de tres muestras independientes, el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson se realizó de manera separada.

Davis (2000,401) afirma que “con mucha frecuencia en la investigación en administración, los datos no indican relaciones muy fuertes, dado que actúan muchas variables a la vez”.

En este sentido, Salkind (1997,226) interpretan las correlaciones mayores a .8 como muy fuertes, entre .6 y menos de .8 como fuertes, entre .4 y menos de .6 como moderadas, entre .2 y .4 como débiles y menores como muy débiles.

Aunque también se calculó este coeficiente con la correlación de Spearman, pues puede utilizarse para datos ordinales o de intervalo que no satisfacen la condición de normalidad (Visauta, 1999:174), los valores y signo de la relación fueron muy parecidos, por lo que únicamente se reporta lo referente a Pearson. Los resultados se muestran en las tablas 5.2, 5.3 y 5.4.

IV. Dado que se trató de tres muestras independientes, se utiliza el análisis de la varianza de una y dos o más vías (ANOVA) para comparar las medias y establecer desigualdades entre grupos (Berenson 2001), ya que resulta de interés conocer si el compromiso personal hacia la organización es diferente en cada institución hospitalaria.

Se calculó el análisis de la varianza unidireccional de las tres dimensiones (afectiva, de continuidad y normativa) del compromiso personal hacia la organización, para determinar diferencias significativas entre los tres hospitales (H_4), incluyendo la prueba de homogeneidad de la varianza (Ferrán, 1996:229-230) para reducir el error Tipo I (rechazar la hipótesis nula siendo verdadera), dado que el tamaño de las tres muestras es diferente.

Así también, al saber que por lo menos existe una diferencia significativa entre algún par de medias, es necesario encontrar entre quién se da dicha diferencia. Para tal fin, Ferrán (1996:236) menciona que comúnmente hay dos métodos: el de Turkey y el de Scheffé. Para el presente caso se utilizó este último, dado que no es necesario que los tamaños muestrales de cada grupo sean iguales, mientras que con el de Tukey sí.

Al respecto, Hair, Rolph, Tatham y Black (1995,282) señalan que los procedimientos más comunes para identificar entre quien se da la diferencia, comparten el problema de tener bajos niveles de poder, debido a que examinan todas las combinaciones posibles. Sin embargo, el referido autor menciona que se ha llegado a la conclusión de que la prueba de Scheffé es la más conservadora con respecto al error Tipo I.

- V. Mediante el análisis clasificatorio múltiple (ACM) se realizó el análisis de la varianza de dos o más vías para encontrar diferencias significativas entre variables organizacionales como dependientes (compromiso personal hacia la organización, clima, socialización organizacional, apoyo percibido, compromiso hacia la profesión, esfuerzo percibido e intención de permanencia) y cuatro factores (hospital, sexo, puesto y antigüedad laboral). Aunque originalmente la muestra se describe también por edad y escolaridad, decidí eliminarlas como factores de análisis, por su alta correlación con antigüedad y puesto, respectivamente. Lo característico del ACM (Ferrán, 1996 y Visauta, 1999) es que considera la interacción de diversas variables independientes sobre una sola dependiente de manera simultánea, lo cual resulta por demás útil, ya que las variables independientes no influyen de manera aislada sobre la variable dependiente (H_5 , H_6 y H_7).

CAPÍTULO V

RESULTADOS

A partir de los objetivos establecidos y lo ya mencionado sobre el análisis de datos, los resultados obtenidos se presentan en el siguiente orden:

- Descripción de la muestra
- Correlación de variables (compromiso personal hacia la organización, clima, socialización organizacional, compromiso profesional, apoyo percibido, esfuerzo percibido e intención de permanencia).
- Análisis de varianza:
 - El compromiso en los tres hospitales.
 - El compromiso en los tres hospitales y las características personales.
 - Clima, satisfacción, compromiso profesional y apoyo percibido con características personales.
 - Esfuerzo percibido e intención de permanencia con características personales.

5.1 Descripción de la muestra

Hospital de Ginecología

De una muestra no probabilística de 313 sujetos, el 80% eran mujeres y el 20% hombres. En cuanto a la edad, el 28% tenían entre 21 y 30 años, el 44% entre 31 y 40 años, casi el 23% entre 41 y 50 años; los demás (5%), tenían más de 51 años. Casi tres cuartas partes (72%) estaban en la adultez temprana (20 a 40 años), etapa caracterizada por una personalidad relativamente estable, en donde abunda la toma de decisiones respecto a la relaciones personales y estilo de vida porque las capacidades cognitivas y los juicios morales adquieren mayor complejidad, acompañados de una condición física óptima (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

En relación a la escolaridad, y como es de suponerse por la naturaleza de la organización, el 55.6% tenían profesional o estudios de posgrado; el 27.1% cursaron preparatoria (o equivalente) y hasta tres años de profesional. El resto (17.3%) tenían hasta secundaria.

La distribución por puesto fue la siguiente: el 16% médicos (50), el 62% (195) paramédicos (enfermeras, trabajo social, camilleros, personal de laboratorio, radiología, etc.), el 8.6% (27) personal administrativo y el 13.1% (41) contaba con algún nivel de mando en cualquiera de las tres áreas (médica, paramédica y administrativa).

Según la información arrojada en la antigüedad del personal en la organización, el 16.3% (51 personas) tenía menos de un año, lo cual no quiere decir que existan contrataciones recientes, o generación de nuevas plazas, sino que este porcentaje cubrió a 45 médicos residentes, pues una característica de estas instituciones es que fungen

como hospital-escuela. El 13.4% tenía entre 1 y 5 años de antigüedad laboral; el 23.6% entre 6 y 10 años; el 33.5% entre 11 y 20 años y el 13.1% más de 21 años.

Hospital del Niño

En este nosocomio, de los 350 respondientes, el 84.3% eran mujeres y el 15.7% hombres. El mayor rango de edad (40%) se encontró entre los 31 y 40 años, seguido por el de 41 a 50 años (31.1%) y el de 21 a 30 años (20.3%). El resto (8.5%) tenían más de 51 años. Al igual que en el Hospital de Ginecología, prevalece una población en la etapa de la adultez temprana (60.3%).

Casi la tercera parte (30.9%) habían cursado hasta secundaria o equivalente y otro 30% hasta tres años de profesional. Atribuyo este fenómeno a que el Hospital del Niño es uno de los más antiguos en la Ciudad de Toluca, y en aquel entonces la carrera de enfermería no tenía el auge de ahora, siendo una posible razón de ello los patrones culturales que impedían el trabajo nocturno de la mujer fuera de casa. Al respecto, fue interesante encontrar que el 32.5% de los sujetos respondientes tenían una antigüedad en la organización de más de 21 años. Por otro lado, casi el 40% contaba con estudios a nivel profesional y de posgrado, pues de otra manera una institución de esta naturaleza no tendría funcionalidad.

Hospital General "Adolfo López Mateos"

De los respondientes, el 65.3% (145) eran mujeres y el 32.9% (73) hombres. Entre 21 y 30 años de edad está el 25.7%, entre 31 y 40 el 26.1%, entre 41 y 50 el 34.2% y más de 51 años el 10.4%. La mitad de los respondientes (51%) se encontraban en la madurez temprana.

El comportamiento en cuanto a la escolaridad es muy semejante al Hospital del Niño, pues ambos nosocomios son contemporáneos. Un poco más de la quinta parte (27.7%) tenían hasta secundaria o equivalente, el 35.9% estudió preparatoria o dejó trunca la carrera. Y un poco más de la tercera parte (36%) contaba con nivel profesional o estudios de posgrado.

Entre los participantes, casi la mitad (44.8%) eran paramédicos, el 12.2% médicos, el 24.4% administrativos y el 18.6% tenían personal a su cargo (mandos). El 30% de los participantes contaba con una antigüedad en la organización mayor a 21 años, mientras que sólo el 7.4% tenía menos de un año.

Puesto que es abundante (y abrumadora) la información obtenida para describir la muestra, en la Tabla No 5.1 aparece la caracterización de la misma, por cada uno de los tres hospitales.

5.2 Correlación de variables

Entre los trabajos que tomo como referencia, en el contexto mexicano, en cuanto a la correlación de las dimensiones del compromiso personal hacia la organización y las demás variables, están:

a. El estudio realizado con una muestra de 176 empleados de una institución de beneficencia (Arias *et al.* 2000). Los resultados mostraron una correlación positiva considerable entre el compromiso afectivo y el normativo ($r=71^{**}$) y medianamente débil entre éste y el compromiso de continuidad ($r=21^{**}$). Este mismo estudio muestra

otras correlaciones moderadas entre el compromiso afectivo y las dimensiones del clima organizacional; por ejemplo, con claridad del rol ($r=47^{**}$), expresión de sentimientos ($r=42^{**}$) y reconocimiento ($r=55$).

En cuanto a la socialización organizacional, el compromiso afectivo tiene una relación también moderada con el conocimiento de la organización ($r=56^{**}$) y las proyecciones dentro de la misma ($r=58^{**}$). El apoyo percibido se relacionó con más fuerza en la dimensión afectiva ($r=63^{**}$) que en la normativa ($r=55^{**}$), aunque en ambas fue bastante considerable. Sin embargo, con las dos dimensiones del esfuerzo percibido (tiempo dedicado al trabajo e intensidad del trabajo), se obtuvieron correlaciones débiles en la dimensión afectiva del compromiso ($r=20^{**}$ y $r=21^{**}$); mientras que con intención de permanencia (intención de permanencia y búsqueda de empleo) las correlaciones fueron moderadamente fuertes ($r=63^{**}$ y $r=59^{**}$, respectivamente).

Tabla No. 5.1
Caracterización de la muestra por hospital

Factor	Nivel Del Factor	Hospital De Ginecología(%) N=313	Hospital Del Niño(%) N=350	Hospital General(%) N=222
Sexo	Femenino	80	84.3	65.3
	Masculino	20	15.7	32.9
Edad	Entre 21 y 30 años	28	20.3	25.7
	Entre 31 y 40 años	44	40	26.1
	Entre 41 y 50 años	23	31.1	34.2
	Más de 51 años	5	8.5	10.4
Escola- ridad	Hasta secundaria	17.3	30.9	27.7
	Hasta tres años de profesional	27.1	30	35.9
	Profesional y posgrado	55.6	39.1	36.4
Puesto	Manos	13.1	12.3	18.6
	Médico	16	8.6	12.2
	Paramédico	62.3	70.6	44.8
	Administrativo	8.6	8.6	24.4
Antigüedad	Menos de un año	16.3	1.4	7.4
	Entre 1 y 5 años	13.4	7.2	6.9
	Entre 6 y 10 años	23.6	27.3	24.9
	Entre 11 y 20 años	33.5	31.6	30.4
	Entre 21 y 30 años	10.2	23	25.3
	Más de 30 años	2.9	9.5	5.1

b. Otro estudio digno de mencionarse es el presentado por Belausteguigoitia (2000), con una muestra agrupada de 210 sujetos, propietarios y trabajadores pertenecientes a la Asociación Nacional de Fabricantes de Pinturas y Tintas (ANAFAPYT), así como alumnos de diplomados y maestría, entre los que se encontraban propietarios de empresas familiares. Los resultados obtenidos mostraron una alta correlación positiva y estadísticamente significativa entre el compromiso afectivo y normativo con las dimensiones de clima organizacional. Por ejemplo,

contribución personal y expresión de sentimientos con compromiso afectivo ($r=53^{**}$ y 54^{**}).

c. En el estudio realizado por Arias y Mercado (1999), con una muestra de 30 académicos de una institución pública de educación superior, se encontró que el compromiso afectivo estaba fuertemente relacionado con el de continuidad ($r=65^{**}$) y el normativo ($r=74^{**}$), así como entre éste y el afectivo ($r=69^{**}$). También resultaron correlaciones fuertes entre el compromiso afectivo y dos dimensiones del clima organizacional: claridad del rol ($r=60^{**}$) y expresión de sentimientos ($r=60^{**}$).

Una vez que he hecho referencia a estos estudios, a continuación presento los resultados de las correlaciones obtenidas en cada uno de los tres hospitales, mismas que se muestran en las tablas 5.2, 5.3 y 5.4 y que soportan el rechazo de la hipótesis nula de ausencia de relación entre las variables en estudio.

Para facilitar la lectura de las tablas, se eliminó el punto decimal y se indicó el nivel de significación. Si éste es inferior a 0.05, el coeficiente tiene un asterisco y si es inferior a 0.01 presenta dos.

Hospital de Ginecología

Como puede verse en la tabla No. 5.2, en cuanto al **compromiso afectivo**, se obtuvo una relación moderadamente fuerte con el normativo ($r=46^{**}$) y muy débil con el de continuidad ($r=11^*$). Con **clima organizacional**, esta relación fue más fuerte con la contribución personal ($r=41^{**}$) y moderadamente débil con el resto de las dimensiones: reconocimiento ($r=31^{**}$), apoyo del supervisor ($r=28^{**}$), expresión de sentimientos ($r=27^{**}$) y claridad del rol ($r=26^{**}$). La variable **socialización organizacional**, se relacionó moderadamente mediante la capacitación ($r=35^{**}$) y el conocimiento y proyección dentro de la organización ($r=30^{**}$). Resultó débil, también, en cuanto al apoyo de los compañeros ($r=23^{**}$). Para el **apoyo organizacional percibido**, se obtuvo una correlación más bien moderada ($r=39^{**}$). Con el **compromiso profesional**, la relación fue moderada en la parte afectiva ($r=32^{**}$) y normativa ($r=33^{**}$), pero casi débil en la de continuidad ($r=21^{**}$). Por otra parte, sólo con intención de permanencia se obtuvo una correlación moderada ($r=37^{**}$) y, como era de esperarse, negativa y aunque débil, con la búsqueda de trabajo ($r=-15^{**}$).

Para el **compromiso de continuidad**, la relación con todas las dimensiones resultó ser más bien baja, a excepción del **compromiso hacia la profesión**, tanto en lo normativo ($r=26^{**}$) como en la dimensión de continuidad ($r=28^{**}$), en donde el resultado es más bien moderado. Vale la pena mencionar que una de las correlaciones más altas, aunque moderada, es con **esfuerzo percibido**, particularmente en el tiempo dedicado al trabajo ($r=20^{**}$).

El **compromiso normativo**, arrojó correlaciones moderadas y débiles. En cuanto al **clima organizacional**, se obtuvo una $r=28^{**}$ en contribución personal y $r=25^{**}$ con expresión de sentimientos. En **socialización organizacional** es de llamar la atención la relación con capacitación ($r=36^{**}$) y proyección dentro de la organización ($r=29^{**}$). Con **apoyo organizacional percibido**, la relación obtenida fue moderadamente débil ($r=23^{**}$). En cuanto al **compromiso hacia la profesión**, se obtienen correlaciones moderadas con la dimensión de continuidad ($r=33^{**}$) y la normativa ($r=41^{**}$), aunque

muy baja con la afectiva ($r=12^*$). Finalmente, en cuanto a la **intención de permanencia**, resulta una correlación más que moderada con la intención de permanencia ($r=40^{**}$) y, lógicamente, en sentido negativo, con búsqueda de empleo ($r=-17^{**}$).

Entre las **otras variables y dimensiones**, destacan como relaciones moderadas y fuertes las siguientes. En cuanto a **clima organizacional**, la **contribución personal** se relacionó con la dimensión normativa del compromiso profesional ($r=36^{**}$) y la intensidad del trabajo ($r=36^{**}$). **Claridad del rol** con conocimiento de la organización ($r=39^{**}$). **Apoyo del superior** con claridad del rol ($r=40^{**}$), expresión de sentimientos ($r=39^{**}$), reconocimiento ($r=46^{**}$), capacitación ($r=38^{**}$) y apoyo organizacional percibido ($r=43^{**}$). **Expresión de sentimientos** con reconocimiento ($r=38^{**}$), conocimiento de la organización ($r=35^{**}$) y apoyo organizacional percibido ($r=39^{**}$). El **reconocimiento** se relacionó con conocimiento de la organización ($r=36^{**}$), capacitación ($r=55^{**}$), proyección dentro de la organización ($r=56^{**}$) y apoyo percibido ($r=62^{**}$).

Tres dimensiones de **socialización organizacional** se relacionaron con la proyección dentro de la organización: conocimiento de la organización ($r=44^{**}$), apoyo de los compañeros ($r=35^{**}$) y capacitación ($r=74^{**}$).

El **apoyo organizacional percibido** también se relacionó con la capacitación ($r=53^{**}$) y la proyección dentro de la organización ($r=52^{**}$).

Finalmente, la dimensión normativa y de continuidad del compromiso hacia la profesión arrojaron una relación fuerte ($r=49^{**}$).

Hospital del Niño

Similar a otros estudios, y como se muestra en la tabla No. 5.3, el **compromiso afectivo** se correlacionó de manera moderada con la dimensión normativa ($r=37^{**}$). La relación entre lo afectivo y las dimensiones del **clima organizacional** resultaron moderadamente bajas, aunque no tanto con claridad del rol ($r=27^{**}$) y expresión de sentimientos ($r=27^{**}$). En **socialización organizacional**, lo más fuerte se dio con el conocimiento de la organización, aunque no deja de ser una relación muy cercana a lo débil ($r=23^{**}$). Como era de suponerse, el **apoyo organizacional percibido** arroja una de las mejores relaciones ($r=28^{**}$) de todas las dimensiones analizadas. En cuanto al **compromiso hacia la profesión**, se obtiene $r=26^{**}$ en lo afectivo y lo normativo; la dimensión de continuidad resultó prácticamente débil ($r=12^*$). Dentro de estos parámetros, resultó regularmente moderada la relación con **esfuerzo percibido**, particularmente con la intensidad en el trabajo ($r=24^{**}$). En cuanto a la **intención de permanencia**, la relación moderada se dio con la intención de permanencia ($r=38^{**}$) y un poco menos, pero en sentido negativo, con la búsqueda de trabajo ($r=-20^{**}$).

En cuanto al **compromiso de continuidad**, se presenta una relación moderada con la dimensión de continuidad ($r=32^{**}$). Con la única dimensión de **clima organizacional** que presenta una relación significativa, aunque medianamente débil, es con la contribución personal ($r=20^{**}$). Ninguna de las dimensiones de **socialización organizacional** y de **apoyo organizacional percibido** arrojaron relaciones significativas. En cuanto al **compromiso hacia la profesión**, la relación casi moderada se presenta con la dimensión de continuidad ($r=28^{**}$) y normativa ($r=19^{**}$). El **esfuerzo percibido** es uno de los resultados más altos, particularmente en cuanto al tiempo dedicado al trabajo ($r=26^{**}$); en este mismo sentido se obtuvo un resultado

similar con la intención de permanencia ($r=24^{**}$), como dimensión de la **intención de permanencia**.

El **compromiso normativo**, al igual que el afectivo, presenta correlaciones entre moderadas y fuertes. En cuanto a **clima organizacional**, las relaciones moderadas se dan con la contribución personal y el reconocimiento ($r=29^{**}$), así como con la expresión de sentimientos ($r=27^{**}$). En **socialización organizacional**, las dimensiones sobre conocimiento de la organización ($r=26^{**}$) y proyección dentro de ella ($r=30^{**}$), resultaron ser las más moderadas. El **apoyo organizacional percibido** arrojó una relación medianamente baja ($r=29^{**}$). Como era de esperarse, en donde más fuertes se presentan las relaciones, aunque no dejan de ser moderadas, es en el **compromiso hacia la profesión**; la dimensión normativa ($r=43^{**}$) y la de continuidad ($r=37^{**}$) más fuertes, que la afectiva ($r=21^{**}$). En cuanto al **esfuerzo percibido**, se obtuvo una relación moderada en la intensidad del trabajo ($r=22^{**}$). Finalmente, la **intención de permanencia** se relaciona mediante la intención de permanencia ($r=24^{**}$).

En cuanto a las **otras variables**, las relaciones moderadas y fuertes se dan de la siguiente manera. El **clima organizacional** presenta, en la **contribución personal** una relación de $r=39^{**}$ con la intensidad del trabajo. La **claridad del rol** con el conocimiento de la organización ($r=36^{**}$) e intensidad del trabajo ($r=41^{**}$). El **apoyo del superior** con reconocimiento ($r=39^{**}$) y capacitación ($r=37^{**}$). Quien más relaciones presenta es la **expresión de sentimientos** y el **reconocimiento**. En la primera, aparece con conocimiento de la organización ($r=34^{**}$), proyección ($r=36^{**}$) y apoyo organizacional percibido ($r=40^{**}$); la segunda con conocimiento de la organización ($r=35^{**}$), capacitación ($r=54^{**}$), proyección dentro de la organización ($r=52^{**}$) y apoyo organizacional percibido ($r=53^{**}$).

La variable **socialización organizacional** se relaciona en la dimensión de **conocimiento de la organización** con el apoyo de los compañeros ($r=37^{**}$), capacitación ($r=42^{**}$) y la proyección dentro de la organización ($r=42^{**}$). En el **apoyo de los compañeros** las relaciones son con la capacitación ($r=34^{**}$), el compromiso afectivo ($r=32^{**}$) y normativo ($r=37^{**}$) hacia la profesión. La **capacitación** presenta la correlación más fuerte de todas con la proyección dentro de la organización ($r=72^{**}$), pero también con el apoyo organizacional percibido ($r=54^{**}$).

Al igual que en el nosocomio anterior, se presenta una fuerte relación entre las dimensiones normativa y de continuidad del **compromiso hacia la profesión** ($r=53^{**}$), así como entre afectiva con normativa ($r=44^{**}$) y de continuidad ($r=37^{**}$).

Tabla No 5.2
 Coeficientes de Correlación de Pearson entre las variables que se indican
 Hospital de Ginecología

	COMPROMISO				CLIMA ORGANIZACIONAL				SOCIALIZACIÓN				COMPROMISO PROFESIONAL			ESFUERZO			
	Aféc tivo	Conti nuidad	Norma tivo	Contri bución personal	Claridad del rol	Apoyo del superior	Exp senti mientos	Reconoci miento	Conocimiento de la organización	Apoyo compa ñeros	Capaci tación	Proyec ción	Apoyo perci bido	Aféc tivo	Conti nuidad	Norma tivo	Tiempo	Inten sidad	Perma nencia
Continuidad Normativo	11*	46**	44**																
Contribución Personal	41**	28**	29**																
Claridad del rol superior	26**	01	17**	22**															
Apoyo del superior	28**	-07	09	11	40**														
Expresión de sentimientos	27**	-17**	07	09	26**	39**													
Reconocimiento	31**	-02	25**	25**	27**	46**	38**												
Conocimiento de la organización	30**	10	24**	18**	39**	31**	35**	36**											
Apoyo compañeros	23**	03	10	19**	15**	27**	28**	30**	33**										
Capacitación	35**	14*	36**	17**	17**	38**	28**	55**	33**	34**									
Proyección	30**	11	29**	22**	17**	33**	31**	56**	44**	35**	74**								
SOP	39**	-09	23**	16**	23**	43**	39**	62**	29**	30**	53**	52**							
Afectivo profesión	32**	-05	12*	20**	25**	27**	19**	23**	18**	31**	23**	16**	23**						
Continuidad profesión	21**	28**	33**	29**	04	03	-06	09	17**	22**	12*	09	-03	21**					
Normativo profesión	33**	26**	41**	36**	14*	12*	09	20**	29**	28**	28**	26**	07	31**	49**				
Tiempo dedicado al trabajo	11	20**	20**	19**	03	10	21**	12*	15**	08	14*	14*	05	-01	04	12*			
Intensidad del trabajo	19**	16**	16**	36**	22*	06	09	08	18**	17**	02	-02	-01	24**	19**	26**	14*		
Intensidad de permanencia	37**	11*	40**	31**	20**	15**	04	19**	09	12*	17**	18**	14*	28**	27**	32**	01	22**	
Abandono de trabajo	-15**	-07	-17**	-06	-03	-03	08	01	-07	-06	14*	12*	03	-24**	-32**	-19**	10	-13*	-30**

n=313 *p<.05 **p<.01

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla No.5.3
 Coeficientes de Correlación de Pearson entre las variables que se indican
 Hospital del Niño

	COMPROMISO				CLIMA ORGANIZACIONAL					SOCIALIZACION				COMPROMISO PROFESIONAL			ESFUERZO			
	Afectivo	Conti- muidad	Norma tivo	Contribu- ción personal	Claridad del rol	Apoyo del superior	Exp senti- mientos	Reconoci- miento	Conocimiento de la organización	Apoyo compa- ñeros	Capaci- tación	Proyec- ción	Apoyo percibi- do	Afectivo	Conti- muidad	Norma tivo	Tiempo	Inten- sidad	Perma- nencia	
Continuidad Normativo	-04	37**	32**																	
Contribución Personal	17**	20**	29**																	
Claridad del rol	27**	06	22**	29**																
Apoyo del superior	22**	00	18**	17**	30**															
Expresión de sentimientos	27**	01	27**	24**	21**	36**														
Reconocimiento	22**	-02	29**	21**	26**	39**	38**													
Conocimiento de la organización	23**	10	26**	29**	36**	13*	34**	35**												
Apoyo compañeros	19**	-06	20**	26**	20**	24**	30**	30**	37**											
Capacitación	16**	02	20**	08	24**	37**	33**	54**	42**	34**										
Proyección	17**	06	30**	14*	19**	26**	36**	52**	42**	26**	72**									
SOP	28**	-09	20**	10	26**	31**	40**	53**	26**	20**	54**	53**								
Afectivo profesión	26**	-07	21**	26**	29**	21**	18**	22**	28**	32**	15**	16**	09							
Continuidad profesión	12*	28**	37**	21**	19**	09	11*	08	21**	23**	06	11*	-01	37**						
Normativo profesión	26**	19**	43**	27**	16**	13*	21**	17**	31**	37**	17**	19**	09	44**	53**					
Tiempo dedicado al trabajo	04	26**	16**	21**	-13*	09	05	11*	09	09	-01	08	-02	00	11*	21**				
Intensidad del trabajo	24**	16**	22**	39**	41**	21**	17**	05	25**	14**	00	04	-05	29**	22**	20**	08			
Intensidad de permanencia	38**	24**	42**	18**	24**	05	22**	12*	19**	10	09	22**	10	23**	24**	28**	08	33**		
Búsqueda de trabajo	-20**	08	-13*	-07	-07	07	-13*	-02	-08	-05	09	08	-02	-14*	-23**	-10**	10	-02	-17**	

n=350 *p<.05 **p<.01

TESIS CON FALLA DE ORGANIZACIÓN

Tabla No.5.4
 Coeficientes de Correlación de Pearson entre las variables que se indican
 Hospital General

	COMPROMISO				CLIMA ORGANIZACIONAL						SOCIALIZACION				COMPROMISO PROFESIONAL			ESFUERZO		
	Afectivo	Continuidad	Normativo	Contribución personal	Claridad del rol	Apoyo del superior	Exp. sentimientos	Reconocimiento	Conocimiento de la organización	Apoyo compañeros	Capacitación	Proyección	Apoyado	Afectivo	Continuidad	Normativo	Tiempo	Intensidad	Permanencia	
Continuidad	-05																			
Normativo	52**	27**																		
Contribución Personal	37**	23**	51**																	
Claridad del rol	23**	-07	20**	34**																
Apoyo del superior	25**	-18**	14*	13*	44**															
Expresión de sentimientos	22**	-14*	26**	26**	42**	42**														
Reconocimiento	32**	-07	25**	30**	27**	49**	44**													
Conocimiento de la organización	31**	-03	39**	45**	37**	28**	41**	40**												
Apoyo compañeros	11	00	19**	21**	25**	33**	34**	24**	42**											
Capacitación	20**	01	21**	23**	32**	37**	35**	38**	46**	35**										
Proyección	29**	05	30**	33**	25**	27**	40**	45**	53**	62**										
SOP	32**	-22**	25**	21**	24**	37**	39**	59**	39**	22**	44**	53**								
Afectivo profesión	28**	-18**	20**	23**	20**	19**	33**	21**	42**	21**	26**	31**	21**							
Continuidad profesional	17*	25**	39**	35**	13*	-04	04	05	27**	12	18**	25**	00	28**						
Normativo profesión	36**	13	53**	46**	16*	09	24**	17*	42**	17**	26**	35**	16*	39**	54*					
Tiempo dedicado al trabajo	24**	18**	29**	40**	12	17*	20**	24**	25**	08	27**	31**	15*	06	23**	29**				
Intensidad del trabajo	33**	07	40**	45**	30**	24**	28**	17**	31**	24**	10	20**	17*	29**	18**	34**	11			
Intención de permanecer en el trabajo	47**	15*	49**	35**	10	11	18**	19**	23**	08	14*	24**	17*	23**	33**	30**	19**	34**		
Búsqueda de trabajo	-27**	07	-22**	-18**	-21**	-07	-18**	-09	-24**	-12	-11	-12	-09	-26**	-23**	-20**	-07	-23**	-25**	

n=222 *p<0.05 **p<0.01

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Hospital General

El **compromiso afectivo**, según la tabla No. 5.4, presenta una correlación positiva más fuerte que en los otros hospitales, con la dimensión normativa ($r=52^{**}$). Con el **clima organizacional** la correlación se da, principalmente con la contribución personal ($r=37^{**}$) y el reconocimiento ($r=32^{**}$), aunque también se presenta regularmente baja con el apoyo del superior ($r=25^{**}$), la claridad del rol ($r=23^{**}$) y la expresión de sentimientos ($r=22^{**}$). En cuanto a la **socialización organizacional**, resulta medianamente fuerte con el conocimiento de la organización ($r=31^{**}$) y la proyección ($r=29^{**}$); resultó baja con la capacitación ($r=20^{**}$). El **apoyo organizacional percibido** mostró una relación moderada ($r=32^{**}$). Al igual que en los casos anteriores, la relación con el **compromiso profesional** resulta moderada en lo normativo ($r=36^{**}$), medianamente baja en lo afectivo ($r=28^{**}$) y realmente baja en la dimensión de continuidad ($r=17^*$). Lo obtenido en la variable de **esfuerzo percibido** muestra que el tiempo dedicado al trabajo ($r=24^{**}$) e intensidad del trabajo ($r=33^{**}$), están relacionadas moderadamente con esta dimensión afectiva del compromiso personal hacia la organización. Sin embargo, la **intención de permanencia** presenta aún mejores resultados: la intención de permanencia tiene una relación positiva fuerte ($r=47^{**}$) y la búsqueda de empleo, con relación negativa y moderada ($r=-22^{**}$).

La dimensión de **continuidad** del compromiso personal hacia la organización, arroja una relación moderada con la dimensión normativa ($r=27^{**}$). En cuanto al **clima organizacional**, sólo tres de las cinco dimensiones tienen una relación significativa, aunque más bien es baja: contribución personal ($r=23^{**}$), apoyo del supervisor ($r=-18^{**}$) y expresión de sentimientos ($r=-14^*$). Para el caso de la **socialización organizacional** ninguna dimensión resultó significativa. Aunque en los otros dos hospitales también se obtuvieron relaciones negativas con el **apoyo organizacional percibido**, éstas no fueron significativas; sin embargo, en este caso, sí se tiene esta característica, aunque la relación tiende a ser moderadamente baja ($r=-22^{**}$). En cuanto al **compromiso profesional**, la relación más alta se presenta en la dimensión de continuidad ($r=25^{**}$). El tiempo dedicado al trabajo (**esfuerzo percibido**) y la intención de permanencia (**intención de permanencia**) obtuvieron correlaciones relativamente bajas ($r=18^{**}$ y $r=15^*$).

El **compromiso normativo**, similar a los casos anteriores, presenta las correlaciones más altas de las tres dimensiones. Por ejemplo, en cuanto a **clima organizacional**, se tiene una relación fuerte ($r=51^{**}$) con la contribución personal; y, de manera moderada con la expresión de sentimientos ($r=26^{**}$) y el reconocimiento ($r=25^{**}$). La variable de **socialización organizacional** mostró fortaleza con el conocimiento de a organización ($r=39^{**}$) y un poco menos con la proyección ($r=30^{**}$). El **apoyo organizacional percibido** arroja una relación moderada ($r=25^{**}$). En cuanto al **compromiso profesional**, la dimensión que presenta una relación fuerte es la normativa ($r=53^{**}$) y moderada con la afectiva ($r=20^{**}$) y la de continuidad ($r=39^{**}$). Es de llamar la atención que en el **esfuerzo percibido**, particularmente en cuanto a la intensidad del trabajo, tuvo una relación casi fuerte ($r=40^{**}$); y, para la **intención de permanencia** ésta es positiva con relación a la intención de permanencia ($r=49^{**}$) y negativa para la búsqueda de trabajo ($r=-22^{**}$).

Para las **otras variables**, los resultados son parecidos a los dos hospitales pertenecientes al DIFEM. Esto es, en cuanto al **clima organizacional**, las cinco dimensiones presentan relaciones fuertes y moderadas. Por ejemplo, la **contribución**

personal se relaciona con el conocimiento de la organización ($r=45^{**}$), el compromiso normativo hacia la profesión ($r=46^{**}$), el tiempo dedicado al trabajo ($r=40^{**}$) y la intensidad del trabajo ($r=45^{**}$); la **claridad del rol** se relacionó con el apoyo del superior ($r=44^{**}$) y la expresión de sentimientos ($r=42^{**}$). El **apoyo del superior** tiene relación con reconocimiento ($r=49^{**}$), capacitación ($r=37^{**}$) y apoyo percibido ($r=37^{**}$). La **expresión de sentimientos** se relacionó con el reconocimiento ($r=44^{**}$), el conocimiento de la organización ($r=41^{**}$) y la proyección en la organización ($r=40^{**}$), principalmente. No menos importante resultaron las relaciones con el **reconocimiento**. En este caso, se presentó con el conocimiento de la organización ($r=40^{**}$), la capacitación ($r=38^{**}$), la proyección dentro de la organización ($r=45^{**}$) y, de manera fuerte, con el apoyo percibido ($r=59^{**}$).

En cuanto a la **socialización organizacional**, se encontraron relaciones en la dimensión del **conocimiento de la organización** con el apoyo de los compañeros ($r=42^{**}$), capacitación ($r=46^{**}$), proyección ($r=53^{**}$) y apoyo percibido ($r=39^{**}$), además de las dimensiones afectiva y normativa del compromiso hacia la profesión ($r=42^{**}$). Las relaciones más moderadas del **apoyo de los compañeros** fueron con la capacitación y la proyección en la organización ($r=35^{**}$). Así también, la **capacitación** se relacionó con esta última ($r=62^{**}$) y el apoyo organizacional percibido ($r=44^{**}$). Finalmente, y como sucedió en los casos anteriores, se correlacionan la dimensión normativa del **compromiso hacia la profesión** con la afectiva ($r=39^{**}$) y la de continuidad ($r=54^*$) de esta misma variable.

5.3 Análisis de varianza

La comparación de medias que se desarrolla en este apartado, se divide en cuatro:

- Las tres dimensiones del compromiso personal hacia la organización en los tres hospitales;
- El compromiso personal hacia la organización en los tres hospitales y las características personales;
- Clima, socialización organizacional, compromiso profesional y apoyo percibido con características personales; y,
- Esfuerzo percibido e intención de permanencia con características personales.

En estas tres últimas, se considera, al mismo tiempo, el hospital como otro factor, dado que se encontró que existen diferencias significativas entre las dimensiones afectiva y normativa del compromiso personal hacia la organización, en los hospitales de Ginecología y General.

A. COMPROMISO PERSONAL HACIA LA ORGANIZACIÓN EN LOS TRES HOSPITALES

Al comparar medias se analiza si el comportamiento del compromiso personal hacia la organización es el mismo en los tres hospitales. Si el nivel de compromiso varía significativamente de un hospital a otro, es que el grado de compromiso depende, en parte, del hospital en donde laboran los empleados. Dicho de otra manera, si existen diferencias, es que influyen variables propias de cada organización, las cuales pueden ser ambientales o relacionadas con las personas.

Las medias de las dimensiones del compromiso en los tres hospitales son diferentes entre sí (tabla No. 5.6a), lo cual resulta razonable, ya que si bien los tres hospitales tienen como usuarios a la población abierta, otras condiciones administrativas son diferentes; por ejemplo, el abasto de medicamentos y materiales de curación, la especialización del servicio y las fuentes de financiamiento, entre otras.

Cuanto mayor sea el valor del estadístico F, más diferenciados estarán los grupos (Ferrán, 1996:228). Según los datos obtenidos (tabla No. 5.6a), es en el compromiso afectivo donde mayor es este valor (7.744), seguido por el de continuidad (4.079) y muy lejos el normativo (.058). Con estos elementos, puedo afirmar que el nivel de compromiso afectivo y de continuidad resulta diferente en cada hospital, mientras que el normativo es prácticamente igual en los tres hospitales.

Así, al nivel de significación $p < 0.05$ (95% de confianza en que la diferencia sea verdadera y 5% de probabilidad de error), se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias, puesto que los resultados arrojan, en las dimensiones afectiva y de continuidad, diferencias significativas.

Prueba de homogeneidad de la varianza

El análisis de la varianza supone distribuciones normales, muestras independientes y una misma varianza; aunque la falta de normalidad supone poco efecto sobre el contraste F (Ferrán, 1996:229), el tamaño de las muestras desigual favorece la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es verdadera (error tipo I). Una manera de evitar esto, es mediante la prueba de Levene, cuya finalidad es contrastar la hipótesis nula de homogeneidad de varianzas de la variable dependiente (compromiso personal hacia la organización en sus tres dimensiones) en los tres hospitales. Así: $H_0: \sigma^2_{\text{Ginecología}} = \sigma^2_{\text{Del Niño}} = \sigma^2_{\text{General}}$

Los resultados obtenidos no dan evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, pues los valores asociados al estadístico de contraste (.366, .196 y .942) son mayores que el nivel de significancia de .05 y por lo tanto se acepta la igualdad de varianzas en las tres dimensiones del compromiso personal hacia la organización (tabla 5.6b). En otras palabras, los grupos son homocedásticos y por lo tanto se cumple una de las condiciones para aplicar el análisis de varianza (Álvarez Cáceres, 1995:26).

Comparaciones múltiples

Ahora sé que no hay diferencia en el nivel de compromiso normativo de los tres hospitales, pero sí en lo afectivo y de continuidad; pero, ¿cuál difiere de cuál? Esta es la razón de las comparaciones múltiples. Para obtener esta información, se usa el método Scheffé para el presente caso, porque los tamaños muestrales de cada grupo son diferentes (Ferrán, 1996:236).

Tabla No. 5-6a
Puntuaciones medias del compromiso según el hospital

Dimensión	Hospital	Media	Desviación Estándar	F	Sig.
AFECTIVO	Ginecología	5.0064	1.1241	7.744	.000
	Del Niño	4.8348	1.0588		
	ALM	4.6299	1.0968		
	Total	4.8441	1.1001		
CONTINUIDAD	Ginecología	4.4377	1.1845	4.079	.017
	Del Niño	4.2714	1.1852		
	ALM	4.1411	1.2578		
	Total	4.2976	1.2078		
NORMATIVO	Ginecología	4.8983	1.1072	.058	.944
	Del Niño	4.8833	1.0907		
	ALM	4.8656	1.0919		
	Total	4.8842	1.0957		

Tabla No. 5-6b
Prueba de Homogeneidad de Varianzas

Dimensión del Compromiso	Estadístico de Levene	g.l.1	g.l.2	Sig
Afectivo	1.007	2	882	.366
Continuidad	1.632	2	882	.196
Normativo	.060	2	882	.942

Los resultados obtenidos (tabla 5.6c) señalan que la diferencia que existe ($p < 0.05$) en el nivel de compromiso afectivo y normativo aparece entre el Hospital de Ginecología y el Hospital General Adolfo López Mateos. De esto se pueda afirmar que, para predecir el nivel de compromiso, es adecuado distinguir el hospital, siendo esto un indicio de que el compromiso se ve afectado por variables individuales y organizacionales propias de cada lugar.

Tabla No. 5-6c
Comparaciones múltiples

		Ginecología	Del Niño	General
AFECTIVO	Ginecología			Diferencia de medias .3765 Error estándar .096 Sig (p=.05) .000
	Del Niño			
	General			
CONTINUIDAD	Ginecología			Diferencia de medias .2966 Error estándar .106 Sig (p=.05) .020
	Del Niño			
	General			
NORMATIVO	Ginecología			
	Del Niño			
	General			

■ Ausencia de diferencias significativas, $p < 0.05$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B. COMPROMISO PERSONAL HACIA LA ORGANIZACIÓN Y LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES.

Para determinar el compromiso personal hacia la organización a partir de algunas características personales (sexo, puesto y antigüedad laboral) de los integrantes de tres hospitales de atención a la población abierta, se recurrió al análisis de la varianza de dos o más vías. Para tal fin se utiliza el análisis clasificatorio múltiple (ACM), cuya característica principal es que considera la interacción de diversas variables independientes, de manera simultánea, sobre una sola dependiente (Ferrán, 1996 y Visauta, 1999), lo cual resulta por demás útil, ya que estas variables independientes no influyen de manera aislada en la variable dependiente, sobre todo en cuanto a características personales se refiere.

No está por demás aclarar que las características personales aquí presentadas, tienen más bien fines descriptivos y no explicativos, pues considero que, a fin de cuentas, son variables en donde la administración tiene poca ingerencia. En otras palabras, se pudieran correr riesgos éticos si se deseara contratar un médico hombre en lugar de una médico mujer, o bien una persona casada, soltera o divorciada. Sin embargo, conocer algunas diferencias dará luz a nuevas investigaciones, sobre todo en lo referente al puesto y la antigüedad laboral, en donde -con certeza- puede tener mayor influencia la administración. O bien, puede contarse con indicios para soportar la necesidad de tratamiento diferencial en la vida cotidiana.

Cabe mencionar que, dada la diferencia significativa encontrada entre las dimensiones afectiva y de continuidad entre los hospitales de Ginecología y General, el cálculo del ACM incluye, al mismo tiempo, al hospital como un factor más. Para presentar los resultados, en primer lugar aparece una tabla (No. 5.7) que contiene las diferencias significativas arrojadas entre las tres dimensiones del compromiso y los cuatro factores; en segundo lugar, se presenta lo correspondiente a puesto, que fue donde se encontraron diferencias.

Tabla No. 5.7
Diferencias significativas en las tres dimensiones del compromiso y variables personales, incluyendo hospital

Dimensión	Sexo	Puesto	Antigüedad	Hospital
Afectiva		Sig. .001		Sig. .002
Normativa		Sig. .000		
Continuidad		Sig. .000		Sig. .005

■ Ausencia de diferencias significativas, $p < .05$

Compromiso personal y puesto

Algo complicado en cuanto a la variable puesto es que en las organizaciones públicas, particularmente las de gobierno, son, en su estructura orgánica, extremadamente alargadas; sin embargo, para lograr una interpretación objetiva de los resultados, se optó por generar cuatro categorías de puesto que engloban a todas: mandos (directivos y jefes de servicio), médicos, paramédicos (enfermeras, laboratoristas, camilleros, trabajo social, etc.) y administrativos (secretarias, archivistas, recepcionistas, capturistas, almacenistas, etc.).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es de suponerse que mientras se está más arriba de la pirámide, existe más autoridad jerárquica, pero también mayor responsabilidad por la organización como un todo. En este sentido, y con una muestra de 123 mandos, 107 médicos, 536 paramédicos y 109 administrativos, los resultados señalan (tabla No. 5.8) que en la **dimensión afectiva** el promedio más alto recae en los mandos, seguido muy de cerca por los médicos y, los menos comprometidos son los administrativos.

Esta tendencia se revierte parcialmente en la **dimensión normativa**: los más comprometidos moralmente son los paramédicos, pero también el menor promedio está en los administrativos.

En cuanto a la **continuidad**, la dimensión más baja de las tres, se invierte completamente. Esto es, los más comprometidos por conveniencia o necesidad son los administrativos y paramédicos y los menos, los médicos y mandos. Cabría suponer que a mayor nivel de estudios, se percibe menos dependencia organizacional, o bien, los mandos y los médicos no perciben que dejar la organización sea precisamente una pérdida de inversión y esfuerzo percibido, pues más bien han aprendido mucho y pueden ejercer la práctica privada.

El estadístico F (tabla No. 5.8) resultó mucho mayor en el compromiso de continuidad, que en los otros dos, interpretándose como que es en esta dimensión en donde los grupos están más diferenciados.

Utilizando el método de Scheffé para identificar entre quienes se dan estas diferencias, se encontró que el compromiso afectivo es diferente entre mandos y administrativos (sig. 003), así como paramédicos y administrativos (sig. .036). La dimensión normativa arrojó que los paramédicos difieren de los administrativos (sig. 001) y de los médicos (sig. .041). Finalmente, en el compromiso de continuidad los paramédicos difieren con los médicos (sig. .000) y los mandos (sig. .000), así como los administrativos con los mandos (sig. .000) y con los médicos (sig. .000).

Compromiso personal hacia la organización y hospital

Este cálculo comprobó lo que se obtuvo en la primera hipótesis (tabla No. 5.6a); es decir, existe diferencia en el compromiso de los tres hospitales sólo en lo referente a lo afectivo y la continuidad. Aquí es notorio el efecto del ACM, es decir, la influencia que causa sobre una variable dependiente varios factores a la vez. Por ejemplo, en lugar de obtener $\bar{x}=5.0064$ en el Hospital de Ginecología, se obtiene una media ajustada por los factores de $\bar{x}=4.9898$ en lo afectivo; sin embargo la tendencia no cambia, esto es, sigue siendo diferente el compromiso afectivo y de continuidad en los hospitales de Ginecología y General, teniendo mayor promedio en el primero.

Puesto que existen diferencias significativas entre los grupos, puede decirse que hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, pues las medias entre grupos de los tres componentes del compromiso es diferente, al menos con relación al puesto.

C. VARIABLES ORGANIZACIONALES Y CARACTERÍSTICAS PERSONALES.

Siguiendo la misma lógica de presentación, inicialmente aparece una tabla (No. 5.9) que contiene las diferencias encontradas, para después analizar cada uno de los factores con relación a las variables dependientes.

Tabla No. 5.8
Puntuaciones medias de las dimensiones del compromiso según el puesto

Compromiso	Puesto	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Afectivo	Mandos	5.0456	.2025	5.318	.001
	Médico	5.0455	.2023		
	Paramédico	4.8149	-.0282		
	Administrativo	4.5578	-.2854		
Normativo	Mandos	4.7867	-.0977	7.783	.000
	Médico	4.6854	-.1991		
	Paramédico	5.0157	.1313		
	Administrativo	4.5465	-.3379		
Continuidad	Mandos	3.7035	-.5974	46.083	.000
	Médico	3.4128	-.8881		
	Paramédico	4.5897	.2888		
	Administrativo	4.4220	.1211		

Sexo

En una escala de 1 al 7, en donde a mayor puntaje es más elevada la actitud o lo percibido, los resultados obtenidos (tabla No. 5.10) indican que la dimensión afectiva en el **compromiso profesional** es mayor en las mujeres ($\bar{x}=6.0897$) que en los hombres ($\bar{x}=5.8087$). Lo mismo sucede con el **compromiso de continuidad hacia la profesión**: es mayor en las mujeres ($\bar{x}=5.1116$) que en los hombres ($\bar{x}=4.8887$). La muestra estuvo integrada por 691 mujeres y 190 hombres.

Tabla No. 5.9
Diferencias significativas en clima, socialización organizacional, apoyo percibido y compromiso profesional y variables personales, incluyendo hospital

Variable dependiente	Dimensiones	FACTOR			
		Sexo	Puesto	Antigüedad laboral	Hospital
CLIMA	Claridad del rol		Sig .013		Sig .001
	Contribución personal		Sig .000		Sig .000
	Expresión de sentimientos		Sig .005	Sig .008	
	Reconocimiento		Sig .002		Sig .009
	Apoyo del supervisor		Sig .000		
SOCIALIZACIÓN ORGANIZACIONAL	Conocimiento de la organización			Sig .004	Sig .000
	Capacitación			Sig .000	Sig .004
	Apoyo de los compañeros		Sig .000		
	Proyecciones en la organización		Sig .001	Sig .004	
APOYO PERCIBIDO			Sig .000	Sig .003	
COMPROMISO PROFESIONAL	Afectivo	Sig .001	Sig .000		Sig .011
	Normativo		Sig .000	Sig .015	Sig .001
	Continuidad	Sig .035	Sig .000		Sig .033

■ Ausencia de diferencias significativas, $p > .05$

Tabla No. 5.10
Puntuaciones medias de las variables organizacionales con diferencias significativas y sexo

Compromiso profesional	Sexo	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Afectivo	Femenino	6.0897	.0606	11.274	.001
	Masculino	5.8087	-.2204		
Continuidad	Femenino	5.1116	.0480	4.448	.035
	Masculino	4.8887	-.1749		

Puesto

Existen diferencias significativas en todas las dimensiones analizadas, a excepción de: conocimiento de la organización y capacitación, ambas de la variable socialización organizacional. Esto denota la importancia que el factor representa (Tabla No. 5.11), en una muestra integrada por 123 mandos, 107 médicos, 536 paramédicos y 109 administrativos. El comportamiento es muy similar a lo reportado en el compromiso personal hacia la organización. En cuanto a **clima**, son los mandos y los médicos los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que tienen mayor **claridad del rol**, perciben **contribuir** más, buscan mayor oportunidad de **expresar sus sentimientos** y cuentan con más **apoyo de los superiores**, mientras que en estas dimensiones el promedio más bajo recae en los administrativos. Es notorio lo pobre que resultó el **reconocimiento** en los cuatro grupos, siendo aún menor en el personal administrativo.

La prueba de Scheffé arrojó como significativas las diferencias entre administrativos y mandos (sig .008), administrativos y médicos (sig .030) y también entre administrativos y paramédicos (sig .005), en cuanto a la **claridad del rol**. Para la **contribución personal** estas diferencias fueron las mismas con valores de significancia de .000 en cada grupo. La diferencia significativa en la **expresión de sentimientos** se dio entre médicos y administrativos (sig .027).

El **reconocimiento** difiere entre mandos y paramédicos (sig .010), así como con administrativos (sig .003). Las diferencias en cuanto al **apoyo del superior**, se presentó entre paramédicos y mandos (sig .008), entre aquellos y médicos (sig .020), así como entre paramédicos y administrativos (sig .041).

Lo que a **socialización organizacional** se refiere, existe más apoyo entre el personal médico y paramédico, que entre mandos y administrativos. La proyección en la organización, esa oportunidad de aspirar a más, se percibe escasa en médicos y administrativos y, aunque no muy alta, sí es mejor en mandos y paramédicos.

La prueba de diferencias múltiples señala que el **apoyo de los compañeros** difiere entre el grupo de los médicos y el de los mandos (sig .000), así como entre los paramédicos y los administrativos (sig .000). En cuanto a la **proyección dentro de la organización**, surge una diferencia significativa (sig .004) entre paramédicos y administrativos.

El **apoyo percibido** arrojó los promedios más bajos de las variables organizacionales en análisis. Es mayor en mandos y paramédicos, que en médicos y administrativos. Esto es, todos perciben un apoyo bastante regular, pero algunos perciben como favorable el poco apoyo que pudieran tener.

En esencia, se obtuvo que el **apoyo percibido** difiere entre los mandos y los médicos (sig .028), los paramédicos (sig .050) y los administrativos (sig .002).

El **compromiso profesional** presenta las puntuaciones más altas y el comportamiento de las tres dimensiones es el mismo: los más comprometidos en lo afectivo, lo normativo y la continuidad hacia su profesión son los médicos y los menos ligados emocionalmente hacia ella son los administrativos.

La prueba de diferencias múltiples, por el método de Scheffé, arrojó que en el **compromiso afectivo hacia la profesión** los médicos difieren de los mandos (sig .003), de los paramédicos (sig .000) y de los administrativos (sig .000); además de que los mandos también difieren de los administrativos (sig .000).

Con relación al **compromiso normativo hacia la profesión**, los médicos presentan diferencias significativas con los mandos (sig .004) y los administrativos (sig .000). El **compromiso de continuación hacia la profesión** arrojó que las diferencias significativas de los médicos, se encuentran con los mandos (sig .004), los paramédicos (sig .028) y los administrativos (sig .000), así como entre los administrativos y los paramédicos (sig .000) y los mandos (sig .005).

Tabla No. 5.11
Puntuaciones medias de las variables organizacionales con diferencias
significativas y puesto

Variable	Dimensión	Puesto	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Clima organizacional	Claridad del rol	Mandos	6.1248	.1406	3.626	.013
		Médicos	6.0441	.0599		
		Paramédicos	6.0009	.0167		
		Administrativos	5.6864	-.2977		
	Contribución personal	Mandos	5.7001	-.0171	11.820	.000
		Médicos	5.7264	-.0091		
		Paramédicos	5.8232	.1060		
		Administrativos	5.2108	-.5064		
	Expresión de sentimientos	Mandos	4.8236	.1202	4.288	.005
		Médicos	4.9733	.2700		
		Paramédicos	4.6667	-.0366		
		Administrativos	4.4853	-.218		
	Reconocimiento	Mandos	3.6363	.3584	5.160	.002
		Médicos	3.2199	-.0478		
		Paramédicos	3.2376	-.0324		
		Administrativos	3.0577	-.2101		
Apoyo del supervisor	Mandos	5.1711	.3148	7.128	.000	
	Médicos	5.1751	.3188			
	Paramédicos	4.6584	-.1979			
	Administrativos	5.1610	.3048			
Socialización organizacional	Apoyo de los compañeros	Mandos	5.0168	-.1397	11.300	.000
		Médicos	5.6726	.5161		
		Paramédicos	5.1576	.0011		
		Administrativos	4.8019	-.3546		
	Proyección en la organización	Mandos	4.1056	-.0144	5.206	.001
		Médicos	3.9614	-.1586		
		Paramédicos	4.2352	.1153		
		Administrativos	3.7266	-.3934		
Apoyo percibido		Mandos	4.1583	.2078	5.727	.001
		Médicos	3.7611	.1219		
		Paramédicos	3.8958	-.1802		
		Administrativos	3.6788	-.01646		
Compromiso hacia la profesión	Afectiva	Mandos	6.0963	.0671	20.812	.000
		Médicos	6.5813	.5521		
		Paramédicos	6.0002	-.0289		
		Administrativos	5.5574	-.4717		
	Normativa	Mandos	5.1169	-.1631	14.876	.000
		Médicos	5.6555	-.3756		
		Paramédicos	5.3429	.0629		
		Administrativos	4.7894	-.4906		
	Continuidad	Mandos	5.0022	-.0613	16.291	.000
		Médicos	5.5830	.5195		
		Paramédicos	5.0990	.0354		
		Administrativos	4.4543	-.6093		

Antigüedad laboral

Matiuh y Zayac (1990) sostienen que los años gastados en una organización fortalecen la percepción de ser merecedores a mayores beneficios colaterales, aunque creo que esta tendencia tiende a cambiar, pues ahora las contrataciones que prevalecen son por honorarios o consultorías. Lo que al respecto se encontró en cuanto a las variables organizacionales y la antigüedad laboral, se presenta en la tabla No. 5.12. En este caso la muestra se integró por 72 sujetos con menos de un año de antigüedad, 82 entre 1 y 5, 223 entre 6 y 10, 280 entre 11 y 20, 165 entre 21 y 30, y, 53 con más de 30 años.

Según la tabla No. 5.12, en el **clima organizacional** la única dimensión que presenta diferencia significativa (.008) es la **expresión de sentimientos**, aquella libertad que se tiene para ser uno mismo sin temor a represalias. Es en el grupo de más de 30 años de antigüedad donde el promedio es mayor, seguido por los que tienen entre 1 y 5 años y entre 11 y 20 años. Realmente resulta bajo en los de nuevo ingreso (menos de un año).

El **conocimiento de la organización**, la **capacitación** y la **proyección en la organización**, son tres de las cuatro dimensiones de la **socialización organizacional** que presentan diferencias significativas. En la primera, tienen mucho más claro la razón de existir de la organización las personas pertenecientes al grupo de más de 30 años y menos aquellos que están entre uno y cinco años, así como los de nuevo ingreso. Con relación a la **capacitación**, ésta se percibe más útil y oportuna en los que tienen menos de un año de labor en la institución, pero también en aquellos que tienen entre 11 y 20 años, aunque de manera general arroja bajas puntuaciones.

La **proyección dentro de la organización**, es mayor en los primeros años y va disminuyendo conforme aumenta la antigüedad laboral, lográndose recuperar ligeramente en los que tienen más de 30 años de trabajar en la organización.

Con relación al **apoyo percibido**, se presenta moderado en los primeros cinco años y baja considerablemente del sexto al treintavo; sin embargo, el mayor promedio se obtiene después de los 30 años de antigüedad.

El **compromiso profesional normativo** resulta ser la dimensión mayor promediada de todas las variables; no obstante, sufre una ligera baja entre las personas que tienen de 6 a 10 años de antigüedad, recuperándose entre los 21 y 30 años, pero bajando nuevamente después de los 30 años de laborar en la organización.

Hospital

Para cerrar esta tercera sección del análisis de varianza que permite detectar diferencias significativas en las medias de las variables organizaciones, se presenta en la tabla No. 5.13 lo referente al factor hospital.

Aunque debiera suponerse que en los tres hospitales el personal tiene **claro lo que debe hacer**, no es así; esta dimensión obtuvo mejor promedio en el Hospital de Ginecología y menor en el Hospital General. El mismo comportamiento se presenta en las otras dos dimensiones del **clima** que arrojan diferencias: la contribución personal y el reconocimiento, y ésta, al igual que lo ya comentado, es la más baja de todas. En el Hospital de Ginecología el personal percibe hacer una mayor contribución que en el Hospital General y, por lo tanto también perciben ser más reconocidos en uno que en el otro nosocomio.

En cuanto a la **socialización organizacional**, los empleados del Hospital de Ginecología conocen más la organización como un todo que los del Hospital General. La **capacitación**, se percibe que es mejor en el Hospital de Niño que en el de Ginecología y el General.

Finalmente, el **compromiso profesional** presenta diferencias en las tres dimensiones, siendo la más fuerte la **afectiva** y, la menor, la de **continuidad**; el comportamiento es el mismo: mayor compromiso hacia la profesión en el Hospital de Ginecología y menor en el General.

Tabla No. 5.12
Puntuaciones medias de las variables organizacionales con diferencias significativas y antigüedad laboral

Variable	Dimensión	Antigüedad laboral	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Clima organizacional	Expresión de sentimientos	Menos de un año	4.4310	-.2723	3.177	.008
		Entre 1 y 5 años	4.6914	-.01191		
		Entre 6 y 10 años	4.5903	-.1130		
		Entre 11 y 20 años	4.6967	-.0065		
		Entre 21 y 30 años	4.8911	.1878		
		Más de 30 años	5.0101	.3068		
Socialización organizacional	Conocimiento de la organización	Menos de un año	5.2076	-.1829	3.549	.004
		Entre 1 y 5 años	5.1732	-.2172		
		Entre 6 y 10 años	5.2515	-.1389		
		Entre 11 y 20 años	5.4817	.0913		
		Entre 21 y 30 años	5.5107	.1203		
		Más de 30 años	5.6963	.3058		
	Capacitación	Menos de un año	4.5217	.4137	6.297	.000
		Entre 1 y 5 años	4.1614	.0534		
		Entre 6 y 10 años	3.7913	-.3167		
		Entre 11 y 20 años	3.9448	-.1632		
		Entre 21 y 30 años	4.3633	.2553		
		Más de 30 años	4.8568	.7488		
	Proyección en la organización	Menos de un año	4.5774	.4574	3.508	.004
		Entre 1 y 5 años	4.2942	.1742		
		Entre 6 y 10 años	3.8912	-.2288		
		Entre 11 y 20 años	4.1206	.0005		
		Entre 21 y 30 años	4.1241	.0040		
		Más de 30 años	4.1763	.0056		
Apoyo percibido		Menos de un año	4.0967	.2078	3.601	.003
		Entre 1 y 5 años	4.0108	.1219		
		Entre 6 y 10 años	3.7087	-.1802		
		Entre 11 y 20 años	3.8725	-.0164		
		Entre 21 y 30 años	3.9193	.0303		
		Más de 30 años	4.1681	.2792		
Compromiso hacia la profesión	Normativa	Menos de un año	5.3005	.0205	2.845	.015
		Entre 1 y 5 años	5.2133	-.0667		
		Entre 6 y 10 años	5.1220	-.1580		
		Entre 11 y 20 años	5.2866	-.0066		
		Entre 21 y 30 años	5.5081	.2281		
		Más de 30 años	5.2662	-.01375		

D. EL ESFUERZO PERCIBIDO Y LA INTENCIÓN DE PERMANENCIA FRENTE A LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES.

Siguiendo la misma dinámica, se obtuvieron las diferencias significativas del esfuerzo percibido y la intención de permanencia como variables dependientes y sexo, puesto, antigüedad laboral y hospital como factores. En la tabla No. 5.14 se muestran las diferencias significativas arrojadas; posteriormente se aborda cada uno de los factores.

Tabla No. 5.13
Puntuaciones medias de las variables organizacionales con diferencias significativas y hospital

Variable	Dimensión	Hospital	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Clima organizacional	Claridad del rol	Ginecología	6.1065	.1224	7.142	.001
		Del Niño	6.0227	.0385		
		Hospital General	5.7498	-.2344		
	Contribución personal	Ginecología	5.8618	.1446	9.248	.000
		Del Niño	5.7306	.0134		
		Hospital General	5.4912	-.2260		
	Reconocimiento	Ginecología	3.4218	.1540	4.717	.009
		Del Niño	3.1380	-.1298		
		Hospital General	3.2554	-.0124		
Socialización organizacional	Conocimiento de la organización	Ginecología	5.5582	.1677	9.743	.000
		Del Niño	5.3964	.0059		
		Hospital General	5.1390	-.2515		
	Capacitación	Ginecología	4.1889	.0809	5.625	.004
		Del Niño	4.2348	.1268		
		Hospital General	3.7879	-.3201		
Compromiso hacia la profesión	Afectivo	Ginecología	6.1085	.0793	4.535	.011
		Del Niño	6.0621	.0330		
		Hospital General	5.8621	-.1670		
	Normativo	Ginecología	5.3961	.1161	7.515	.001
		Del Niño	5.3201	.0400		
		Hospital General	5.0483	-.2317		
	Continuidad	Ginecología	5.1534	.0898	3.424	.033
		Del Niño	5.0967	.0331		
		Hospital General	4.8814	-.1822		

Tabla No. 5.14
Diferencias significativas en esfuerzo percibido e intención de permanencia, con relación a las variables personales, incluyendo hospital

Variable dependiente	Dimensión	FACTOR			
		Sexo	Puesto	Antigüedad laboral	Hospital
Esfuerzo percibido	Tiempo dedicado al trabajo	Sig .002		Sig .001	
	Intensidad del trabajo	Sig .001	Sig .002		Sig .001
Intención de permanencia	Permanencia		Sig .017	Sig .000	
	Búsqueda de empleo		Sig .001	Sig .000	

Ausencia de diferencias significativas, $p > .05$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sexo

En una muestra de 691 mujeres y 190 hombres, se obtuvieron diferencias, con relación al sexo, sólo en la variable **esfuerzo percibido** y no así en la **intención de permanencia**. Puntualmente, en el tiempo dedicado al trabajo es mayor en los hombres, pero la intensidad del mismo es mayor en las mujeres (tabla No. 5.15).

Tabla No. 5.15
Puntuaciones medias de esfuerzo percibido con diferencias significativas y sexo

Dimensión	Sexo	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Tiempo dedicado al trabajo	Femenino	4.0287	.0677	9.284	.002
	Masculino	4.3475	.2511		
Intensidad del trabajo	Femenino	6.4926	.0419	10.904	.001
	Masculino	6.2980	-.1527		

Puesto

Las diferencias de **esfuerzo percibido e intención de permanencia** con relación al **puesto** son considerables (tabla No. 5.16), en una muestra de 123 mandos, 107 médicos, 536 paramédicos y 109 administrativos. En cuanto a la intensidad del trabajo, son los médicos quienes perciben trabajar más duro y los administrativos los que desarrollan su trabajo con menor presión. Con relación a la **intención de permanencia**, los mandos y paramédicos arrojan promedios mayores y los administrativos el menor de los cuatro grupos. Por consiguiente, quienes más buscan empleo son los administrativos y quienes menos, los médicos.

Tabla No. 5.16
Puntuaciones medias de esfuerzo percibido e intención de permanencia con diferencias significativas y puesto

Variable	Dimensión	Puesto	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Esfuerzo percibido	Intensidad del trabajo	Mandos	6.3990	-.0516	5.053	.002
		Médicos	6.6375	.1869		
		Paramédicos	6.4577	.0070		
		Administrativos	6.2930	-.1576		
Intención de permanencia	Intención de permanencia	Mandos	5.4044	-.0264	3.412	.017
		Médicos	5.3753	-.0555		
		Paramédicos	5.5117	.0808		
		Administrativos	5.1188	-.3120		
	Búsqueda de empleo	Mandos	3.2858	-.1177	5.594	.001
		Médicos	3.0268	-.3767		
		Paramédicos	3.4529	.0494		
		Administrativos	3.6596	.2562		

Antigüedad laboral

La tabla No. 5.17 refleja las diferencias significativas del esfuerzo percibido y la intención de permanencia frente a la antigüedad laboral. El **tiempo dedicado al trabajo** es bastante regular cuando el personal tiene menos de un año en la organización y se

incrementa en el grupo de 1 a 5 años, pero vuelve a bajar de 6 a 10 años. Cuando las personas tienen más de 30 años, alcanza uno de los niveles más altos de esta dimensión. ¿Será que ya no tienen otro quehacer?

En cuanto a la **intención de permanencia**, la **intención de permanencia** se contrapone a la **búsqueda de empleo**. Mientras la primera es mayor, la segunda es menor. Por ejemplo, en el personal de recién ingreso (menos de un año) arroja el mayor promedio en su intención de permanencia y uno de los menores en búsqueda de empleo. Cuando se trata de personas con más de 30 años de antigüedad, su **intención de permanecer** es baja, aunque tampoco piensan en buscar otro empleo. Esto se puede interpretar como que esperan una jubilación más que cambiar de organización.

Tabla No. 5.17
Puntuaciones medias de esfuerzo percibido e intención de permanencia con diferencias significativas y antigüedad laboral

Variable	Dimensión	Antigüedad laboral	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Esfuerzo percibido	Tiempo dedicado al trabajo	Menos de un año	3.9219	-.1745	4.426	.001
		Entre 1 y 5 años	4.4901	.3936		
		Entre 6 y 10 años	3.8616	-.2349		
		Entre 11 y 20 años	4.0684	-.0280		
		Entre 21 y 30 años	4.2670	.1750		
		Más de 30 años	4.3298	.2333		
Intención de permanencia	Intención de permanencia	Menos de un año	5.9706	.5398	5.828	.000
		Entre 1 y 5 años	5.3864	-.0444		
		Entre 6 y 10 años	5.3885	-.0423		
		Entre 11 y 20 años	5.5186	.0877		
		Entre 21 y 30 años	5.2928	-.1380		
		Más de 30 años	4.9136	-.5172		
	Búsqueda de empleo	Menos de un año	3.4801	.0766	4.799	.000
		Entre 1 y 5 años	3.9685	.5650		
		Entre 6 y 10 años	3.4567	.0532		
		Entre 11 y 20 años	3.2637	-.1398		
		Entre 21 y 30 años	3.2392	-.1642		
		Más de 30 años	3.4596	-.0561		

Hospital

Finalmente, el factor hospital arrojó diferencias en una dimensión de **esfuerzo percibido**: la **intensidad del trabajo** (Tabla No. 5.18) y al igual que lo ya reportado, se aprecia mayor promedio en el Hospital de Ginecología, seguido por el del Niño y, en tercer lugar, el Hospital General.

Tabla No. 5.18
Puntuaciones medias de esfuerzo percibido con diferencias significativas y hospital

Dimensión	Hospital	Media	Desviación estándar	F	Sig.
Intensidad del trabajo	Ginecología	6.5348	.0841	7.186	.001
	Del Niño	6.4629	.0122		
	Hospital General	6.3101	-.1405		

Con lo aquí plasmado, existe evidencia para rechazar la hipótesis nula que señala la ausencia de diferencias entre las variables dependientes esfuerzo percibido e intención de permanencia y algunas características personales y hospital como factores.

4.4 Medida de bondad de ajuste del instrumento

Cada vez resulta más urgente hacer investigación en el interior de las organizaciones para fortalecer el crecimiento organizacional y el comportamiento humano. Una etapa esencial en este camino es la recolección de información, para lo cual se cuenta con algunos instrumentos que, si bien no han sido construidos en nuestro país, si han sido confiabilizados. Este es el caso de los cuestionarios con que recolecté la información.

Puesto que la confiabilidad se refiere al grado de consistencia o concordancia entre dos conjuntos de puntuaciones derivadas independientemente, pueden expresarse en función de un coeficiente de correlación. El Alpha de Cronbach estandarizada es un coeficiente que requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1 (Davis, 2000).

Para el presente trabajo se hizo este cálculo, con cada una de las variables y dimensiones hasta ahora presentadas. El promedio de los valores del alpha, es de .6917, a partir de una muestra agrupada de 885 sujetos pertenecientes a tres hospitales de atención a la población abierta, ubicados en la Ciudad de Toluca, Estado de México. Este resultado permite suponer que las variables presentadas en la Tabla No. 5.19 tienen valores que sirven para investigación exploratoria (Davis, 2000:180).

Tabla No. 5.19
Confiabilidad del instrumento de medición

Variable	Dimensión	Alpha
Compromiso	Afectivo	.5617
	Continuidad	.5625
	Normativo	.5378
Clima organizacional	Claridad del rol	.5217
	Contribución personal	.5887
	Expresión de sentimientos	.4530
	Reconocimiento	.7262
	Apoyo del supervisor	.7434
Socialización	Entendimiento del rol	.7078
	Capacitación	.8609
	Apoyo de los compañeros	.7042
	Proyección en la organización	.6940
Soporte percibido		.7114
Compromiso profesional	Afectivo	.7332
	Continuidad	.6902
	Normativo	.5690
Esfuerzo percibido	Tiempo dedicado al trabajo	.6292
	Intensidad del trabajo	.7517
Intención de permanencia	Intención de permanencia	.5093
	Búsqueda de trabajo	.3811

CAPITULO VI

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Es en este punto donde recapitulo lo que se ha hecho en el pasado, los objetivos del presente estudio y los resultados obtenidos, lo cual me permitió encontrar, por un lado, conclusiones sobre el compromiso personal hacia la organización en un ambiente mexicano, teniendo como universo de estudio el personal que laboró, durante el primer semestre del 2000, en tres hospitales de atención a la población abierta, ubicados en la Ciudad de Toluca, Estado de México. Por el otro, también llegué a encontrar implicaciones y limitaciones del estudio, lo que dio lugar a sugerencias para investigaciones futuras.

Para estructurar este apartado tomé como guía las cuatro preguntas de investigación generadas a partir de los objetivos del presente trabajo y, en cada una de ellas incluyo lo referente a las diferencias significativas encontradas con relación a cuatro factores (sexo, puesto, antigüedad laboral y hospital), así como las relaciones más fuertes entre las variables consideradas. Con esto, creo, cumplo dos de los requisitos mínimos para el enriquecimiento del conocimiento: la comparación y la relación.

Deseo aclarar que algunos comentarios, además de contener el nombre textual de la variable o dimensión en cuestión, también incluyen en la redacción los reactivos que arrojaron valores más representativos, ya sean los mayores o los menores. Esta aclaración tiene como finalidad evitar que se piense que lo aquí plasmado son suposiciones o buenos deseos de la autora. Para evitar confusión, se recomienda recurrir al anexo uno, que contiene el cuestionario utilizado para la recolección de datos.

COMENTARIOS

¿Cómo es el compromiso personal hacia la organización, en sus tres dimensiones (afectiva, de continuidad y normativa), en tres hospitales de atención a la población abierta, ubicadas en la Ciudad de Toluca?

El compromiso es diferente en los tres hospitales en cuanto a la dimensión afectiva y de continuidad, pero no en la normativa. Esto es un indicio de que el compromiso personal hacia la organización se ve influido por el centro de trabajo, lo cual da oportunidad a explorar otras variables relacionadas con el ambiente laboral, pero antes de ello hago una descripción de la variable central del presente estudio.

Compromiso afectivo

Esta dimensión hace referencia a la intensidad del lazo emocional del empleado hacia la organización, al percibir que sus necesidades se satisfacen. Resultó ser significativamente diferente en los tres hospitales. La diferencia radica en lo referente a la percepción de permanecer o no por mucho tiempo, el sentimiento de integración y el no percibir los problemas de la organización como propios. En otras palabras, personalmente se sienten bien en la organización pues encuentran satisfechas ciertas necesidades, pero no se ha pensado mucho en el futuro del hospital como un todo. Esto es, se da más prioridad a una postura personal que a un logro institucional.

“Mi compromiso desde que llegué fue con los pacientes, que son el objetivo y el objeto de estudio. Darles el mejor servicio con calidad y calidez de acuerdo a nuestras posibilidades reales, pues si bien por ahora no podemos brindarles lo ideal, si tendemos a ello. Lo ideal sería posible cuando existiera una conjunción entre lo humano, lo material, el equipo y los insumos.

Lo que he tratado de hacer es fomentar el principio de atención y respeto hacia los pacientes, sustentando en el sentido humano, la responsabilidad profesional y el compromiso moral. Podemos tener tecnología, pero si no se cuenta con ese gusto por servir y hacer algo por nuestros semejantes, estamos perdidos” (entrevistado 4).

También se presentan diferencias en el compromiso afectivo según el puesto, pero no así por antigüedad laboral y sexo.

Quienes están más comprometidos afectivamente son los mandos y los médicos, seguidos por los paramédicos y, finalmente, los administrativos. Una de las cosas que más liga emocionalmente a los médicos con el nosocomio, son los pacientes.

“Lo que compromete al personal médico es su profesión y vocación de servicio; la finalidad es atender al paciente y brindarle su mejor apoyo desde el punto de vista profesional. Independientemente de que no se lleven entre las personas, cada uno trata de hacer lo mejor pero no todos participan con la misma intensidad ni con la misma calidad. Si yo tengo un paciente que llega a urgencias y requiere que lo revise un especialista, no hay esa conjunción de criterios para apoyarnos. Se personaliza el diagnóstico y surge el enfrentamiento. Más que de profesionalismo, hay falta de respeto y de integración de grupo” (entrevistado 4).

“Los administrativos no viven directamente la situación de ver un paciente enfermo que pide atención, no se comprometen con los pacientes porque no se dan cuenta de lo que está pasando. Ellos están atrás de este proceso. Sin embargo, es necesario reconocer que los administrativos son una parte activa dentro del hospital porque si no funcionan adecuadamente, tampoco van a funcionar los médicos” (entrevistado 5).

Compromiso de continuidad

También se detectó diferencia en esta dimensión en los tres hospitales. Quien mayor puntaje arrojó en cuanto al sentimiento que tienen las personas de haber invertido mucho tiempo y esfuerzo percibido en la organización y que dejarla les representaría una pérdida, fue el Hospital de Ginecología.

Es interesante aludir que el personal está consciente que gran parte de su vida se afectaría si decidiera dejar de trabajar en estas instituciones y que permanecer es una cuestión tanto de necesidad como de deseo, lo cual no necesariamente implica que evitarían abandonar su empleo por sentir que le han dado mucho a la organización y que ella les debe regresar algo, o porque tengan pocas opciones laborales fuera de ella. En otras palabras, permanecen porque así les conviene, pero no necesariamente sienten que perderían parte de su vida o que piensan "cobrarle" a la organización lo que le han dado. Esto se debe a que la entrega hacia la organización no se percibe que haya sido muy fuerte y que estar en ella les ha permitido aprender para ejercer la práctica privada, cada vez más demandada en nuestra sociedad.

"Aunque no he pensado en jubilarme, le he estado dejando a la Secretaría de Salud, tomando en cuenta el año de servicio social y la residencia médica, entre 19 y 20 años: es una vida y no estoy dispuesto a regalársela. Prefiero trabajar 8 años más haciendo lo que me toca y jubilarme, independientemente de que por fuera de las paredes del hospital haya podido sustituir mi sueldo, el cual no es nada despreciable" (entrevistado 1).

"Me siento suficientemente libre (para dejar de trabajar en el hospital). Me cambiaría la vida desde el punto de vista emocional porque buscaría a los pacientes de este hospital, poder platicar con la gente que conozco del hospital y, que no se confunda platicar con sentir compromiso hacia ellos. Buscaría a los residentes para sentir que puedo compartir lo que ya he aprendido" (entrevistado 1).

"Me he encontrado con algunas personas que están nada más por el salario, otras vienen, además del salario, por hacer antigüedad y porque buscan la jubilación; y a otras, no les interesa lo que le pasa al hospital. Muy pocas se interesan por mejorar la atención en el hospital, independientemente del salario que les paguen, que, en honor a la verdad, es poco" (entrevistado 5).

Una limitante del presente estudio es que no se distingue si este compromiso de continuidad se debe a que existen pocas alternativas laborales fuera de la organización o a que se está realizando un gran sacrificio en aras de la jubilación o prestaciones similares.

Una explicación al por qué las dimensiones afectiva y de continuidad son mayores en los médicos, radica en que lo que más extrañarían al dejar la organización serían sus pacientes (entrevistado 2) y, de ser el caso, la relación con los residentes (entrevistado 1) con quienes practican el proceso enseñanza-aprendizaje.

Compromiso normativo

En esta dimensión no se detectaron diferencias significativas entre los nosocomios. Es notorio el sentimiento de lealtad hacia la organización, aunque al mismo tiempo los empleados no se sentirían culpables de dejarla; si encuentran una mejor oportunidad laboral, no la despreciarían, pero abandonarían la institución de manera planeada para no afectar la funcionalidad hospitalaria, pues en realidad la obligación moral de permanencia se percibe moderadamente alta.

“El personal tiene una falta de pertenencia; tiene un conflicto de pertenencia. No se saben parte importante de la institución, están conscientes de que en cualquier otra parte hay privilegios y algunos se sienten desmotivados porque no les otorgan lo que supuestamente ellos tienen derecho, pero cuando se hacen las investigaciones para identificar este tipo de problemas, aparecen otras situaciones. Por ejemplo, la no acreditación de algunas actividades que les darían derecho a lo que supuestamente ellos desarrollan y esto crea inconformidades. Una cosa es lo que siento que me merezco y otra lo que realmente me merezco” (entrevistado 4)

También la presencia del sentido moral por pertenecer a la organización es diferente según el **puesto**. Esta actitud es mayor en los paramédicos, seguidos por los mandos y los médicos; finalmente están los administrativos. Una explicación a esto es que:

“Las enfermeras son quienes predominan en la categoría de paramédico y su espíritu de servicio conlleva un sentido moral, pero además, son ellas quienes tienen mayor juego de poder en estas instituciones, pues saben que pueden llegar a detener toda la actividad del nosocomio” (entrevistado 2).

Ahora, considerando la integración de las tres dimensiones del compromiso, el promedio mayor está en el normativo, seguido muy de cerca por el afectivo y, por último, el de continuidad. En otras palabras, el personal de estas instituciones de atención a la salud de la población abierta, permanece en su trabajo porque creen que deben hacerlo (sentido moral), además de que quieren (afecto), pero no exclusivamente porque les convenga o por necesidad personal. Sin embargo, cuando prevalece un alto compromiso normativo y un bajo compromiso de continuidad, como es el caso, lo que predomina es, aparentemente, un comportamiento de sacrificio, algo que caracteriza a la profesionalización del personal de salud.

Los puntajes obtenidos muestran una inclinación hacia los valores medio-alto del compromiso personal hacia la organización. Y, ¿qué significa un nivel medio-alto de compromiso en el personal que labora en hospitales de atención a la salud de la población abierta?

Individualmente tienden a mantener una identidad clara con la organización, así como una disposición a incrementar sus sentimientos de pertenencia, seguridad, eficacia, lealtad y obligación.

En el ámbito organizacional y desde un enfoque negativo, este compromiso moderado se traduce en que los empleados pueden limitar su esfuerzo y conducta de

compañerismo, buscan la manera de disminuir cargas de trabajo o incrementar beneficios personales, o bien, tienden a un posible decremento en la efectividad organizacional. Lo importante radica en conciliar intereses y tomar acciones que más que recursos económicos destinados directamente al personal (sueldos y prestaciones), requieren de habilidades humanas, conceptuales y técnicas, así como de liderazgo y voluntad política.

Aunque parezca obvio decirlo, siempre existirá la posibilidad –y hasta necesidad– de elevar el nivel de compromiso del personal. Porter y Campon (1976) señalan que las personas altamente comprometidas demuestran buena voluntad para realizar un esfuerzo considerable en beneficio de la organización, así como un fuerte deseo de formar parte de ella y, por lo tanto, de creer en los objetivos y valores institucionales.

En este sentido Meyer, Allen y Smith (1993) refieren como elementos que favorecen al compromiso afectivo la autonomía del trabajo, una supervisión positiva autodirigida, el apoyo de los compañeros, la justicia laboral y, también, una buena paga. En contra parte, disminuyen este tipo de compromiso, la rutina y ambigüedad en el trabajo, los recursos inadecuados o inexistentes y aún una cantidad excesiva de quehacer. Por su parte, el compromiso de continuidad se ve favorecido por el incremento del esfuerzo percibido (tiempo e intensidad dedicados al trabajo), las prestaciones y la seguridad laboral. Finalmente, el elemento normativo está influenciado positivamente por promociones, seguridad en el trabajo y ausencia de riesgos laborales, entre otras.

Aunque el compromiso parece ser importante para que estos hospitales de atención a la población abierta alcancen sus objetivos, realmente para satisfacer las necesidades de salud de la población, también se requiere de mayor inversión.

“...México requiere mayores inversiones en salud y educación. Un pueblo enfermo inevitablemente ocasiona fugas y un pueblo sin educación jamás podrá superarse. Es urgente la inversión en equipo y personal calificado. De aquí que las personas que conforman la vida hospitalaria deban ser especialistas y además estar comprometidas con lo que hacen. Sin embargo, cuando sólo están comprometidas y no saben lo que hacen, resulta bastante problemático” (entrevistado 1).

Estos comentarios obligan a abordar otras variables, tanto del ámbito organizacional como individual, para diagnosticar lo que al respecto reflejan los hospitales participantes en el presente estudio. De esto se tratan las dos siguientes preguntas.

Antes, es necesario destacar las relaciones encontradas entre las tres dimensiones del compromiso personal hacia la organización. Como era de esperarse, a partir de las investigaciones referidas en el marco teórico, la correlación más alta en los tres hospitales se da entre el nivel afectivo y el normativo, así como entre éste y el de continuidad. Esto es, al forjar lazos emocionales con la organización por percibir que se satisfacen las necesidades personales, se alimenta un deber moral por continuar y, al mismo tiempo, se genera una necesidad de permanencia por el tiempo y el esfuerzo percibido invertidos.

Por otro lado, nada tienen que ver los lazos emocionales hacia la organización y la decisión de dejarla, o no, por haber invertido en ella mucho tiempo y esfuerzo. Esto es,

entre el compromiso afectivo y el de continuidad, la relación resulta casi siempre baja (Meyer y Allen, 1991), pues cuando verdaderamente se percibe que no existe ningún deseo de continuar o pertenecer a la organización, no debiera importar el sentido de pérdida por la inversión en tiempo, esfuerzo y recursos. Sin embargo esto no siempre sucede así, pues va acompañado de variables demográficas y, resulta, por ejemplo que no perciben igual el compromiso los hombres que las mujeres, los médicos que los administrativos o los de recién ingreso con aquellos que ya tienen más de 15 años en la organización.

Lo que hasta aquí encontré no es suficiente para conocer lo que es el compromiso y cómo se fortalece o debilita en el personal. Los resultados obligan a buscar más respuestas. Por ello, es necesario abordar otras variables y acompañarlas con características personales.

¿Es importante el clima y la socialización organizacional para el compromiso personal hacia la organización?

El **clima organizacional** es una variable relativamente estable, cuya característica principal es que al mismo tiempo que es experimentada por los integrantes de una organización, son ellos quienes contribuyen a su creación.

Como era de esperarse, en estos hospitales el personal tiene **claro** cómo debe hacer su trabajo, así como la responsabilidad y esfuerzo que requieren para ello, pero se detecta alguna debilidad en el conocimiento de las normas de desempeño. Este escenario obtuvo mayor promedio en los hospitales del DIFEM que en el perteneciente al ISEM, es decir, en aquellos, el personal entiende mejor las normas de desempeño que en éste.

“Hay personas que piensan que porque vienen se merecen un premio, cuando lo que están haciendo es cumplir con su deber. Por ejemplo, el 25 y 31 de diciembre lo consideran que debe ser un premio por asistir a trabajar, cuando realmente están cumpliendo una jornada normal en turno especial. Aquí aparece la confusión y surgen las frustraciones, pues antes se les daban canchales al personal y ahora ya no” (entrevistado 4).

Cuando el factor es el **puesto**, las diferencias se presentan en las cinco dimensiones del clima organizacional, lo cual denota la importancia que esta variable tiene como fuente del compromiso. Son los mandos, los médicos y los paramédicos quienes tienen más claras sus funciones a realizar; muy por debajo están los administradores. Es una enorme ventaja que los médicos sepan qué hacer, pero también representa una enorme desventaja la confusión que existe en el área administrativa en cuanto a la asignación y distribución de funciones.

Para los tres hospitales, la claridad del rol presenta una correlación positiva moderada con el compromiso afectivo y el normativo, pero no así con el de continuidad, lo que significa que mientras mayor claridad tenga el personal de lo que debe hacer y cómo será evaluado su desempeño, se fortalecerá el lazo emocional y deber moral hacia

la organización. Sin embargo, la decisión de permanecer no se sustenta en la claridad de las tareas.

En cuanto a la **contribución personal**, al igual que la dimensión anterior, es el Hospital de Ginecología quien presenta mayor puntaje y menor el General. El personal se siente útil y su trabajo bien hecho es importante y valioso para el funcionamiento del hospital; sin embargo, no se sienten pieza clave de la institución. Y esto es lo importante: si la persona percibe que su esfuerzo tiene sentido, muy probablemente se sienta identificada y comprometida (Kahn, 1990). Prueba de ello es que esta dimensión arroja una de las correlaciones más altas entre el compromiso afectivo, el de continuidad y el normativo, en las muestras de los tres hospitales. En pocas palabras, si se quiere incrementar el compromiso personal hacia la organización, debe pensarse en hacer sentir a los empleados, que son algo más que gasto y cifras y que su trabajo eficiente es importante e insustituible. Esto me hace recordar lo que un cirujano me comentaba:

“A la organización no le interesan las personas, sólo buscan cumplir las metas. Es más, no interesa tanto quiénes son los que realmente están trabajando; le dan más atención a los que generan problemas, que a quienes los resuelven. O bien, se mete en dificultades el que hace más que el que hace menos. No se valora el trabajo. Las personas llegan como números y así, como números, fríamente se van” (entrevistado 1).

En cuanto al puesto, son los paramédicos, los médicos y los mandos quienes perciben que contribuyen más a la organización; y son los administrativos quienes sienten que su trabajo no es importante en la organización. Una explicación a esto es que la función sustantiva es brindar atención médica y la administración es una parte adjetiva; sin embargo, la primera no existiría sin la segunda. ¿O no? Aparentemente hay un divorcio entre administrativos y personal médico.

“Más que un divorcio, creo que nunca se han casado. Lo que se oye y se ve, es que el médico no aprecia el trabajo del administrativo y a éste no le interesa relacionarse con el médico. Lo que les hace falta es entender que sin el uno no funciona el otro. Si el administrativo no cumple con sus funciones, el médico no va a trabajar bien. Si yo médico no existiera, el administrativo no tendría razón de ser; ellos deben entender que debemos trabajar en equipo” (entrevistado 5).

Un estudio interesante sería saber si el usuario reconoce más al médico o a la enfermera que lo atendieron, pues en las referidas entrevistas el médico me dijo que a ellos y la enfermera que a ellas porque pasan más tiempo con los pacientes. Creo que el ideal es que el paciente reconozca al hospital como un todo y no a individualidades; esto depende, en esencia, de la propia organización.

Lo obtenido en cuanto a la **expresión de sentimientos** representa que no se sienten libres para ser ellos mismos, pues hay pensamientos y sentimientos que no pueden expresar, aunque cuando se expresan lo hacen con sinceridad. Esto me hace recordar, lo que un médico me decía durante la aplicación del cuestionario: “aquí no venimos a sentir, venimos a trabajar”.

Es importante mencionar, también, que los resultados muestran que a mayor **antigüedad laboral**, se incrementa más el deseo de manifestar sus ideas, pues tienen mayor seguridad laboral y experiencia, mientras que los que tienen pocos años en la organización, no están dispuestos a enfrentar consecuencias de despido por expresar lo que piensan. Con el tiempo va cambiando la imagen de la organización, y no precisamente de manera positiva. Entre algunas razones están la falta de apoyo, la percepción de ser tratado injustamente o la ausencia de insumos para realizar el trabajo; todo esto, orilla al personal a expresar desde inconformidad hasta actitudes de desgano e indiferencia frente al trabajo.

La importancia de esta situación en cuanto al compromiso, según lo obtenido en la correlación, es que la expresión de los sentimientos fortalece los lazos afectivos e incrementa el deber moral. Sin embargo, se tiene una débil correlación negativa con el compromiso de continuidad, esto es, mientras más se expresan los verdaderos sentimientos, menos es la necesidad de continuar perteneciendo a la organización.

El **reconocimiento** también arrojó diferencias significativas entre los nosocomios. El personal se percibe mejor reconocido en el Hospital de Ginecología, que en el General y el Del Niño. Cabe mencionar que ésta es la dimensión más baja del clima, lo que refleja la ausencia de refuerzos positivos a la labor desempeñada y la presencia de problemas de comunicación.

Aunque esta dimensión es diferente en cada hospital, en todos es bastante baja. Su importancia es marcada para incrementar el compromiso afectivo y el normativo, según se manifiesta en la correlación obtenida.

En cuanto al puesto, esta dimensión, tan determinante para el compromiso y, al mismo tiempo tan descuidada (según los resultados reportados), se percibe baja, sobre todo en los administrativos. Aunque el promedio mayor lo representan los mandos y médicos, resulta ser regularmente bajo. Entonces pudiera pensarse que no los reconoce la organización, pero que tampoco se reconocen entre ellos.

“Hay que recordar que, por fuerza de la costumbre, se considera a la profesión de médico como una de las más difíciles y con alta responsabilidad, por tener en sus manos la vida de los seres humanos. Esto les hace sentir que deberían tener mayor reconocimiento a su labor. Particularmente en estas instituciones, son de los pacientes de quien más reconocimiento obtienen, pero no así de la autoridad y llegan a creer que ésta no comprende la magnitud del esfuerzo que significa lo que hacen, aún cuando los directivos también sean médicos. Y, con este enfoque no es difícil afirmar que el compromiso de los médicos es sumamente fuerte con los pacientes, pero no con la institución. Es más, a partir del reconocimiento de los pacientes, los médicos se van generando un sentimiento de superioridad sobre el demás personal” (entrevistado 2).

Por otro lado, si los médicos perciben poco reconocimiento, esto es aún más marcado en los administrativos. En comparación con médicos y paramédicos, el personal administrativo es heterogéneo: hay desde intendentes hasta contadores e ingenieros; y, por naturaleza se vuelve más complejo conformar un equipo de trabajo, debido a la diversidad de intereses personales y profesionales. Además, son muy pocos, pues es personal de apoyo; aparentemente no tienen una carga pesada de trabajo. Entre

las principales actividades que el subsector administrativo realiza están llevar controles administrativos, integrar presupuestos, el mantenimiento de las instalaciones y gestionar la dotación de insumos, así como controlar a todo el personal, lo que pudiera suponer que por la naturaleza de estas actividades, llegan a surgir fricciones con los otros grupos. Esto es, no perciben apoyo del resto del personal, pero tampoco de la autoridad. En esencia, perciben injusticia y desigualdad.

“Parte del problema radica en que los jefes del área administrativa se hacen obedecer por su posición jerárquica y no por hacer participar a su personal; en otras palabras, carecen de liderazgo” (entrevistado 5).

Para concluir lo que se desprende del **clima organizacional y compromiso**, hay que hacer referencia al **apoyo del supervisor**. El personal participante en esta investigación, afirma que su jefe le da autoridad de hacer las cosas como crea más conveniente, pero no siempre son aceptadas las ideas nuevas.

Esta dimensión reporta ser medianamente alta, siendo mayor en los mandos y los médicos que en los administrativos. Quienes perciben tener menos apoyo del jefe inmediato son los paramédicos.

La importancia del apoyo del supervisor se refleja en la relación moderadamente débil con el compromiso afectivo, lo que hace suponer que mientras el jefe fomente la participación del personal, también se incrementará el lazo emotivo hacia la organización.

Aunque para su descripción se aislaron las dimensiones del clima organizacional, una manera de conjuntarlas es marcando las correlaciones más representativas entre ellas. Así, incrementar la contribución personal requiere tener claro lo que hay que hacer y el reconocimiento por lo que se hace. O bien, fomentar la expresión de sentimientos, es un síntoma de reconocimiento y apoyo del superior inmediato.

Socialización Organizacional

Puesto que el compromiso se traduce en fuertes lazos emocionales, que si bien no son vitalicios sí debieran perdurar mientras se está en la organización, es probable que uno de los momentos más importantes sea cuando el empleado ingresa a la organización, pues, según Toarmina (1999) este es un mecanismo eficaz para asegurar el compromiso a futuro; pero la socialización no sólo es inducción, sino un seguimiento permanente sobre las necesidades de capacitación y las relaciones interpersonales de los empleados. Sólo con este enfoque se puede entender el binomio compromiso personal hacia la organización y socialización.

Los resultados obtenidos en los cuatro componentes de la socialización arrojaron que en tres de ellos hay diferencias significativas entre los hospitales. Estos son: conocimiento de la organización; capacitación y apoyo de los compañeros. Al igual que las variables anteriores, las diferencias se acentúan entre el Hospital de Ginecología (con valores más positivos) y el Hospital General.

a. **Qué tanto conocen los empleados la organización.**- El personal tiene relativamente claro cual es la razón de ser de la organización, la forma en que jerárquicamente opera la institución y las metas a lograr. Sin embargo,

“Les he preguntado (al personal) si saben cuál es el objetivo y la misión del hospital y de la institución (ISEM) y muy pocas personas lo saben. Por aquí empieza todo. El personal se siente orgulloso por el tiempo de permanencia en la organización (antigüedad laboral), mas no por el logro a nivel del hospital, pues prevalecen metas personales. No hay equipo. Uno de los más graves problemas... es que hacemos pequeños grupos, pero no equipos de trabajo en donde todos participemos; pensamos que lo hacemos bien personalmente, mas no en equipo y así se demerita la atención al paciente, lo cual crea, a veces, una situación de desaliento porque hay quejas de los usuarios... Son esfuerzos personalizados y aislados” (entrevistado 4).

b. **Capacitación.** - Se obtiene en este rubro el promedio más bajo de estas cuatro dimensiones. La forma de que más se valen para aprender a hacer su trabajo son las enseñanzas de su superior inmediato, pues consideran que los cursos de capacitación no mejora sus habilidades, ni es muy efectiva, al no lograr hacer mejor su trabajo.

Una explicación a esto último, la encontré cuando, aplicando cuestionarios, una enfermera me dijo que realmente la capacitación no lograba que su trabajo fuera mejor, pues además necesitaba contar con insumos (material de curación e instrumental). Particularmente hizo referencia a un curso de atención al público y trató de aplicar lo aprendido cuando una mujer estaba en espera de ingresar al quirófano para dar a luz. Ella trató de calmarla, pero no lo logró pues el tiempo de espera, por falta de insumos, fue demasiado.

Otro caso es aquél jefe de mantenimiento que en 22 años ha tomado dos cursos, o la coordinadora de trabajo social que con casi treinta años de antigüedad ha asistido a no más de cinco cursos. Pero además de la cantidad también está la pertinencia y la calidad. En cuanto a la primera se llega a dar el caso de que un cajero asiste al curso de lactancia infantil, o que todo el personal tenga que asistir, dos veces al año, al mismo curso de lactancia infantil. Un aspecto de la calidad de la capacitación es que no siempre la imparte gente con capacidad de enseñar, aunque sí con profundos conocimientos en la materia. Pero no falta el aspecto positivo en la capacitación:

“Sirve para tomar mejores decisiones en relación al traslado de pacientes, pero sobre todo para cargar baterías al cambiar de ambiente y hacer nuevas relaciones con gente del gremio” (entrevistado 5).

Quienes tienen menos de un año perciben que este mecanismo para incrementar sus habilidades y desarrollar su trabajo es verdaderamente útil; sin embargo los que ya tienen entre 6 y 20 años sostienen que no sirve de mucho. Extrañamente, cuando el personal tiene más de 21 años de antigüedad cree que sí vale la pena este mecanismo de aprendizaje. Hay una etapa en que la gente pierde interés por la capacitación y deja de valorar lo que al respecto ofrece la organización; se despierta un espíritu crítico y ocasiona insatisfacción, lo cual puede estar ligado a la edad de maduración y al momento que se está pasando en la vida profesional.

Los médicos y paramédicos tienen la posibilidad de capacitarse en otros hospitales (nacionales y extranjeros) en donde aprenden cómo mejorar su desempeño (entrevistado 5), pero cuando regresan a la institución no pueden aplicarlo por falta de recursos (entrevistado 2). Ante este escenario, por lo menos el médico ya puede

distinguir si el paciente necesita de una tecnología que no hay en el hospital; de aquí pueden surgir nuevas propuestas para obtener recursos (entrevistado 5).

Considero que esta doble postura pudiera verse como que la capacitación favorece menos a la organización, pero más al desarrollo profesional independiente.

Por otro lado, una vez capacitado el personal médico y paramédico, percibe que es merecedor de otras condiciones de trabajo.

“En el área médica la capacitación no es manifestación de cambios sustanciales; al contrario, siguen con sus mismos problemas y se sienten más que antes y empiezan a buscar la posibilidad de que se les ascienda y se les de otro trato. En lugar de beneficiar en este aspecto, tenemos problemas en la ubicación de esos recursos que se van a preparar” (entrevistado 4)”

Lo trascendente de esta dimensión es que dentro de la responsabilidad médica profesional el personal de salud debe estar comprometido, a lo largo de su vida, con el aprendizaje y a ser responsable de mantener el conocimiento médico y clínico necesarios para proveer atención de calidad. La profesión, como un todo, debe vigilar que los médicos sean competentes y asegurar la disponibilidad de mecanismos apropiados para que cumplan con esta meta.

c. Apoyo de los compañeros de trabajo.- Resalta aquí la percepción que los respondientes tienen con relación a que la mayoría de sus compañeros de trabajo los han aceptado como un miembro más de la organización, lo cual también se manifiesta en una buena relación interpersonal, pues por lo general siempre hay quien esté dispuesto para brindar ayuda, consejo y apoyo. Sin embargo, las organizaciones requieren algo más que buenas relaciones para obtener resultados.

“Uno de los principales problemas es la ausencia del trabajo en equipo tanto en médicos como en administrativos. Las relaciones no sólo necesitan que el personal se lleve bien, sino que formen equipos de trabajo” (entrevistado 4).

d. Proyecciones dentro de la organización.- El promedio general de las respuestas obtenidas en una batería de cinco preguntas es bajo, aunque no tanto como el de capacitación. Esto hace suponer que son pocas las proyecciones que brinda la organización. Particularmente, se manifiesta cierta insatisfacción por las compensaciones, además de que difícilmente puede predecirse un ascenso, o como alguien dijera: “claro que puedo predecir las posibilidades de ascenso: no las hay” (anónimo). Sin embargo, no todos nacimos para lo mismo y he aquí ejemplo de ello: se obtuvo como resultado que aún bajo estas condiciones el personal trabajaría en estas organizaciones por muchos años más.

Con relación a ello y retomando las dimensiones de esta variable, los médicos y paramédicos casi no tienen rotación, pero los directivos y administrativos son frecuentemente movidos de puesto, aunque no dejan la organización. Por ejemplo, después de ser médico de base, jefe de servicio, subdirector y director, nuevamente es posible regresar a desempeñarse como médico (entrevistado 5).

Los ascensos están ligados al desempeño y la capacitación, y, aunque hay lineamientos para ello, éstos rara vez se aplican.

“Resulta más seguro obtener una recategorización por medio de buenas relaciones personales que por méritos y el trabajo realizado” (entrevistado 1).

Esta situación da pie a una revisión, y hasta investigación, de la evaluación del desempeño, elemento central en las organizaciones, pero al mismo tiempo controvertido, pues muchas veces llega a ser fuente de conflictos interpersonales.

Cuando se ve a la proyección dentro de la organización con el lente de la antigüedad laboral, aquellos de recién ingreso perciben muchas alternativas, sin embargo conforme pasa el tiempo se acepta una situación difícil y casi imposible.

En cuanto al puesto, los administrativos reportaron los más bajos niveles en las dimensiones de la socialización organizacional, lo cual deja entrever que una alternativa para incrementar el compromiso personal hacia la organización es prestar más atención a este sector, ya que si bien desempeñan funciones que no pueden ser considerada como sustantivas, tomando como punto de partida el objetivo para el cual fueron creadas estas instituciones, es tiempo de reconocer que la ausencia de una operatividad administrativa, marca la diferencia entre optimizar o no recursos. En este sentido, aunque se cuente con la capacidad humana, es necesaria su organización para alcanzar el cumplimiento de los objetivos institucionales (entrevistado 4).

Lo relevante de la socialización para el compromiso afectivo y normativo se manifiesta en las relaciones con el conocimiento de la organización, la capacitación y la proyección dentro de ella.

¿El compromiso profesional y el apoyo organizacional percibido se relacionan con el compromiso personal hacia la organización?

El compromiso personal hacia la organización bien puede compararse con el *tango*: sólo se baila entre dos. El compromiso organizacional no funciona cuando sólo existe una parte comprometida; entonces la pregunta es: ¿verdaderamente la organización está comprometida con quienes la integran? De esto se trata el **apoyo organizacional percibido**, porque pudiera pensarse en el ámbito directivo que la organización sí está comprometida, pero lo importante es que el personal lo perciba así.

La comparación realizada no muestra diferencia entre hospitales. De manera global es el promedio más bajo obtenido en todas las variables presentadas. Es importante mencionar la percepción sobre el poco interés que la organización tiene en que las personas continúen en ella, aunque no se llega al extremo de creer que ésta sea capaz de sustituir a alguien por una remuneración menor.

Cometer un error, aún de buena fe, en este tipo de organizaciones puede ser la diferencia entre la vida y la muerte, entre una imagen favorable o desfavorable de la unidad hospitalaria frente a la sociedad. De aquí que se perciba que difícilmente la organización aceptaría un error del personal.

También se aprecia poco interés por parte de la organización para aumentar el bienestar de quienes la integran, ya que el personal percibe que poco se consideran las

metas personales, o bien, que sus opiniones no son tomadas muy en cuenta y que es tarea individual aumentar su bienestar y pelear sus derechos.

“El que se preocupa por mi bienestar soy yo y peleo por mis derechos. Por ejemplo, si las condiciones generales de trabajo establecen que podemos tomar vacaciones en dos periodos (uno cada semestre), cuando se ha necesitado no permiten que este periodo se junte, aunque ello no afecte las actividades hospitalarias. No veo por qué tienen que ser tan rígidos para cumplir esto y lo que esperas en un momento especial es apoyo, porque si uno da, también recibe. Si te ponen negativas, buscas mecanismos alternos y en este ejemplo es el goce de días por antigüedad” (entrevistado 1).

De los males el menos: la organización no siempre ignora las quejas personales, y en ocasiones llega a brindar apoyo en momentos difíciles.

Conocer el panorama que brinda el apoyo percibido tiene la ventaja de encontrar el antídoto a problemas que alimenta la cotidianidad y cuya solución puede ser más desde una perspectiva humana que económica, lo cual en algunos casos llega a ser aún más difícil. En esencia, quien esto escribe es una convencida de que no todos los problemas se resuelven sólo con dinero y de que los más difíciles requieren mucho más que recursos materiales.

Desde el punto de vista del puesto, son los mandos quienes perciben mayor apoyo organizacional, seguidos por los paramédicos y después los médicos. Finalmente, aparecen los administrativos.

Una respuesta al porqué perciben los administrativos que son ellos quienes menos apoyo de la organización perciben, pudiera ser porque tienen los sueldos más bajos, pero al mismo tiempo, manejan la nómina y se están comparando con los demás. También pueden llegar a considerar que las cargas de trabajo son mayores en cuanto a horas; no ven la dificultad del trabajo ni el impacto de un error (entrevistado 2). Al mismo tiempo, esta puede ser una causal de divorcio entre administrativos y personal médico.

Pudiera ser que la baja percepción de apoyo organizacional de los médicos vaya ligada a una cuestión histórica.

“Ellos, al igual que los profesores, siempre se han sentido poco valorados respecto de lo que sienten que son y dan, no logran entender cómo es posible que no se les apoye cuando son ellos quienes tienen la capacidad de salvar vidas. Constantemente buscan mejorar sus condiciones de trabajo” (entrevistado 2).

El apoyo organizacional percibido también es mayor en aquellos que tienen menos de cinco años de antigüedad que los que tienen entre 6 y 30 años. Sin embargo, y aunque sea muy poco, esta percepción aumenta después de los 30 años de antigüedad. No resulta tan arriesgado pensar que cuando un empleado se encuentra en la adultez avanzada, perciba que, aunque poco, la organización contribuyó a su bienestar por el sencillo hecho de mantenerle su empleo.

Cuando el personal es de nuevo ingreso o con menos de cinco años de antigüedad percibe que la organización es lo que realmente se imaginaba, pero conforme el tiempo

avanza, va perdiendo encanto. A veces sucede lo mismo en las universidades. Mi experiencia como docente me ha permitido observar que, en ocasiones, los alumnos de los primeros semestres muestran más disposición al trabajo que los de niveles más avanzados. Esto hace suponer que realmente las organizaciones influyen en el desarrollo de las personas.

Regresando al ámbito hospitalario, la percepción del apoyo percibido disminuye con el transcurso del tiempo pues, por un lado, aumenta la madurez profesional y, por el otro, no se mejoran sustancialmente las condiciones de trabajo.

De todas las correlaciones, una de las más altas es la del apoyo percibido con el compromiso afectivo. Esto es, al percibir apoyo, el afecto hacia la organización y las intenciones de permanecer se incrementan. Por el contrario, si no existe interés en permanecer, no es de gran importancia el apoyo recibido; así se refleja, aunque de manera débil en la correlación negativa con el compromiso de continuidad.

Pero atrás del apoyo percibido está la capacitación y las proyecciones dentro de la organización. En otras palabras, si se vive un proceso de socialización oportuno y permanente, existirán más posibilidades de una mejor comprensión del quehacer institucional, además de un diagnóstico de capacitación y de mejores proyecciones de crecimiento dentro de la organización.

El apoyo percibido también se relaciona con el clima; cuando el personal se siente apoyado por el jefe, se abren canales para expresar sus ideas y sentimientos y se aprecia reconocido por lo que hace, se fortalece esa percepción de ser tomado en cuenta, de no ser sólo un algo para la organización, sino alguien con futuro, con potencial de autodesarrollo.

Para cerrar esta sección sobre el apoyo organizacional, resumo que una manera de que el personal se sienta apoyado es que cuente con lo necesario para realizar su trabajo (entrevistado 1), que tomen en cuenta sus opiniones (entrevistado 3), o bien, que se les reconozca su trabajo y no sólo de manera económica (entrevistado 5). Sin embargo, otra postura es que el personal también se siente apoyado en la medida en que se le resuelven sus necesidades personales antes que las de la organización, lo que resulta en perjuicio de ésta.

“Cada quien piensa lo que le conviene. Cuando una persona viene y me solicita alguna situación dentro de la norma, se les da la oportunidad de tener esa autorización o permiso. Todos quisiéramos que nuestra situación personal fuese la más importante, pero nunca hemos pensado colectivamente.... En resumen, primero yo, luego yo y después yo” (entrevistado 4).

No puedo dejar de preguntarme cómo es posible que el personal sienta el apoyo de la organización cuando no cuenta con los insumos necesarios para realizar su trabajo. Con la descentralización de los servicios de salud, aparentemente las cosas cambiarían pero lamentablemente no fue para bien, en algunos aspectos. Uno de ellos, es el suministro de insumos (entrevistado 2). Antes, la Secretaría de Salud cubría esta función a nivel nacional, lo que hacía que se aprovecharan economías de escala, pero también se adquirían medicamentos que tenían poco uso, mientras que los más demandados no eran surtidos a tiempo. Con la descentralización, ahora cada Estado está

obligado a abastecer a los hospitales, pero el presupuesto es bajo y la distribución poco equitativa.

El análisis del **compromiso hacia la profesión** arrojó diferencias significativas en las tres dimensiones (afectiva, normativa y de continuidad) en los tres hospitales, lo que quiere decir que al comparar las medias se analizó si el compromiso hacia la profesión depende del hospital (factor). Como esta variable fue diferente de un lugar a otro, el valor del compromiso hacia la profesión depende, en parte, del hospital en el que labora el individuo.

La dimensión con más puntaje fue la **afectiva** seguida por la normativa y finalmente la de continuidad. Las diferencias se presentan entre los nosocomios dependientes del DIFEM y el Hospital General (ISEM).

Aunque se dice que la decisión de estudiar una profesión es anterior a la de elegir un espacio laboral, el compromiso hacia la profesión no necesariamente es incompatible con el compromiso personal hacia la organización, sobre todo en las profesiones de salud, donde resalta la exigencia en su formación, acompañada de actitudes y valores orientados hacia la responsabilidad profesional médica, la cual implica un conglomerado de compromisos. Con los resultados obtenidos, puede decirse que el empleador sí tiene capacidad y oportunidad de alterar el nivel de compromiso hacia la profesión.

En otras palabras, el compromiso personal hacia la organización se encuentra sustentado, en parte, por el compromiso hacia la profesión, lo que implica que al debilitarse uno pudiera llegar a debilitarse el otro.

También resulta interesante la relación entre la contribución personal y la dimensión normativa y de continuación de la profesión; esto es, al percibir que con mi profesión estoy contribuyendo al crecimiento e imagen positiva de la organización, mi compromiso hacia lo que me preparé durante varios años, se verá reafirmado.

Desde el factor **puesto**, las diferencias en el compromiso profesional son manifiestas en las tres dimensiones. En el amor hacia la profesión (afectivo), las puntuaciones son las más altas, y es mayor en los médicos y menos en los administrativos. En el deber moral, que implica dedicarse a algo en cuerpo y alma (normativo), también es mayor en los médicos y menor en los administrativos. Se presenta la misma tendencia en el compromiso de continuidad hacia la profesión. Esto es, los médicos difícilmente cambiarían de profesión, mientras que los administrativos tal vez si lo harían.

Esto obedece a que la educación médica es exigente: en cuatro años, el estudiante adquiere no sólo mucha información y muchas habilidades, sino también actitudes y valores forjados por las demandas de la labor médica, una sensación de confianza en su capacidad de enfrentarse a problemas prácticos y un repertorio de conductas formado por la experiencia y la responsabilidad clínicas.

En cuanto a la **antigüedad laboral**, la diferencia resulta con la dimensión normativa. Una explicación a ello es que a mayor tiempo en la organización, es posible reconocer más campos de acción y vislumbrar oportunidades de crecimiento profesional, aunque no necesariamente dentro de la organización en la que se esté contratado. Es aquí donde cobra sentido el compromiso hacia la responsabilidad profesional, pues el personal de salud está obligado a trabajar en colaboración para maximizar el cuidado del paciente, respetar a los colegas y participar en el proceso de auto-regulación, incluyendo la vigilancia de quienes han fallado.

Estos resultados podrían suponer un enfrentamiento entre el compromiso hacia la profesión y hacia la institución, pero para afirmar tal situación es necesario realizar una investigación para conocer el comportamiento de dos variables: compromiso profesional y carrera dentro de la organización, lo que daría lugar a conocer algo sobre el complicado campo de la profesionalización del personal de salud.

“Cuando empecé a trabajar (hace 20 años) no tenía marcada una frontera entre el compromiso hacia la organización y hacia la profesión. Hoy, tengo perfectamente claro que el compromiso es con los pacientes y no con la institución; éste último lo perdí, pues no encontré los estímulos necesarios e importantes para seguir amando a la organización” (entrevistado 1).

En lo que se refiere al mayor **compromiso profesional de continuidad** de la mujer, una explicación, es que durante la juventud tardía y por varios años, la mujer combina una vida reproductiva y productiva remunerada, lo cual le construye limitantes de tiempo y busca desarrollarse profesionalmente en una jornada normal y no en horario de tiempo “repleto”, mientras sus hijos (y en ocasiones el esposo) dejan de ser menos dependientes de ella, tanto en lo biológico como en lo social. Y así, a cambio de las “consideraciones” que la organización tiene hacia ella, la mujer se compromete más en lo moral (compromiso normativo), pues es posible llegar a sentir que están endeudadas con quienes les permiten trabajar y construir una familia. Claro está que resulta difícil generalizar esta situación, pues no puede hacerse de lado el nivel social o el estado civil.

Como era de esperarse, también existe diferencia significativa con la dimensión normativa del compromiso profesional y la antigüedad en la organización. Desde un punto de vista personal, son dos las decisiones más trascendentes que tomamos las personas: la primera de ellas es a qué dedicar la vida y, la segunda, con quién formar una familia.

No siempre, desde que se toma la decisión de estudiar una profesión, surge el sentido moral hacia ella. Así lo representan los datos obtenidos: quienes tienen menos de un año de antigüedad manifiestan un alto compromiso normativo hacia la profesión y aunque ligeramente, éste baja los siguientes diez años, volviendo a incrementarse a partir del onceavo año y así hasta los 30 años. Nuevamente, en la adultez madura, vuelve a aparecer un descenso de esta actitud. La explicación la asemejo a la curva de aprendizaje y al sacrificio que representa, sobre todo, dedicarse a las profesiones de la salud.

¿Cuál es el papel del compromiso personal hacia la organización en el esfuerzo percibido y la intención de permanencia?

Hacer y querer hacer implica tanto una actividad mental como física y emocional, lo cual puede ser entendido de alguna forma muy particular por los respondientes y de otra por las autoridades de la organización. En este sentido, la información presentada sobre esfuerzo percibido e intención de permanencia se refiere a la primera opción

Al comparar si la **intensidad percibida del trabajo** varía de un hospital a otro, se encontró que es mayor en el de Ginecología, seguido por el Del Niño y finalmente el General. Esta intensidad del trabajo puede estar sujeta a la disponibilidad y existencia de

insumos, lo cual también puede marcar la diferencia entre una y otra institución. En todas, el personal percibe que al trabajar lo hacen dando su mejor esfuerzo y a toda su capacidad; considero que no podría ser de otra forma en organizaciones donde la demanda rebasa la capacidad de respuesta.

La **intensidad percibida del trabajo** es diferente entre hombres y mujeres, siendo mayor en nosotras. Aunque sutil la diferencia, una explicación es que el trabajo de enfermería, desempeñado en su mayoría por mujeres, requiere de mayor dinamismo, aunque no es justo negar que, generalmente, la mujer hace más cosas –al mismo tiempo o de manera paralela– que el hombre, tal vez por los diversos roles que la sociedad le ha dado, la mujer los ha aceptado y pareciera que se negara a deshacerse de ellos aunque cada vez se integre más al trabajo productivo remunerado fuera del hogar. Este es un punto de partida para una investigación sobre profesionalización de la enfermera, pues aquí se presenta una manifestación del desgaste profesional.

También la intensidad varía de un **puesto** a otro; ésta es mayor en médicos y paramédicos y, mucho menor, en administrativos, lo cual responde a la naturaleza de las actividades propias de un nosocomio.

Aunque el **tiempo dedicado al trabajo** resultó ser mayor en los hombres, la **intensidad** del mismo es mayor en las mujeres. Esto es, los hombres perciben dedicar más tiempo al trabajo, pero las mujeres trabajamos de manera más intensa. Al igual que lo ya referido, además de condiciones propias de la organización, es importante considerar las actividades que la mujer realiza, fuera de su jornada de trabajo. Con la incorporación al trabajo femenino remunerado, la mujer adquirió también una doble, y hasta triple jornada; esto hace que no pueda quedarse más tiempo en su trabajo. Por otro lado, hay que considerar que tres cuartas partes de la muestra son mujeres y que el 61.2% son enfermeras, profesión que exige un trabajo continuo y preciso. Un “después lo hago” o “se me olvidó” puede ocasionar problemas irreversibles en los pacientes.

El tiempo dedicado al trabajo dentro de la organización también varía según la antigüedad; al principio no parece ser mucho, pero se incrementa paulatinamente, aunque en el rango de 6 a 10 años disminuye. Una explicación pudiera ser que es el momento en que se buscan fuentes alternativas de financiamiento para hacer frente a las necesidades de conformar una familia. Explicación más contundente requiere de una investigación más profunda, considerando para ello una opinión diferente, es decir, una evaluación del desempeño por parte del superior inmediato.

Como secreto a voces y por el tiempo que laboré en uno de estos nosocomios, no puedo dejar de mencionar que se encuentran casos en donde los médicos no dedican su jornada completa al trabajo del hospital. Después de revisar a los pacientes que están en hospitalización o cubrir su cuota de consultas diarias, la intensidad de su trabajo disminuye y, en ocasiones, abandonan las instalaciones.

“Todo el personal lo tiene (tiempo improductivo) y esto radica en la propia organización. De las ocho horas laborables, en promedio se trabajan 3.5 horas realmente. En el turno matutino se pasa una visita rápida de 15 ó 20 minutos y de ahí, a la consulta externa. En el turno vespertino, la visita es de media hora a las 2:00 p.m. Si tu no estás organizado por ti mismo, no hay alguien que vigile que se cumpla tu trabajo” (entrevistado 1).

Es importante señalar también que el **esfuerzo percibido** se manifiesta en el **compromiso normativo hacia la profesión**, tanto en la intensidad como en el tiempo dedicado. Si está presente una obligación moral por continuar en el desempeño de una profesión, resulta necesario invertir mayor energía y dedicarle más tiempo. De lo contrario, difícilmente se logra el éxito profesional.

La conclusión es que los respondientes perciben que entregan parte de ellos a lo organización mediante la intensidad en el trabajo y no el tiempo de permanencia en el hospital.

Las manifestaciones de entrega del personal médico son la atención y respeto hacia los pacientes, responsabilidad profesional y un compromiso moral (entrevistado 4); pero también, sus conocimientos, gran parte de su vida y la capacidad de preparar a más personas (entrevistado 5), lo cual está ligado a la responsabilidad profesional médica.

En el campo del comportamiento humano, un indicador de la **intención de permanencia** organizacional es la antigüedad laboral. Los resultados obtenidos muestran que la intención de permanencia varía según el puesto y la antigüedad laboral. En los médicos, paramédicos y mandos resulta ser mayor que en los administrativos; este dato confirma dos cosas: por un lado, al percibirse menos apoyados por la organización, su disposición a cambiar de empleo es mayor en los administrativos, pero también resulta menos complicado encontrar un trabajo administrativo, con las mismas condiciones que ofrece el nosocomio, que contratarse como médico, camillero o enfermera.

Esto no quiere decir que no estén dispuestos a dejar la organización tan pronto como les sea posible, aunque están convencidos que permanecerán ahí mientras se pueda. Esto es, si no son despedidos y no encuentran otra oportunidad laboral, continuarán en esta organización. Una expresión propia pudiera ser: ¡si no hay más, pues aunque sea aquí!

A partir del coeficiente de correlación, dedicar más **tiempo al trabajo** es una manifestación de mayor compromiso moral hacia la profesión, pero también de que se está contribuyendo personalmente al logro de los objetivos institucionales y de la proyección que se pueda tener dentro de la organización.

Por su parte, la **intensidad del trabajo** refleja que se tiene un gran compromiso afectivo y normativo hacia la profesión, así como el deseo de contribuir, porque se tiene conocimiento de la misión de la organización. Por supuesto, cuando existe intensidad del trabajo, también están presentes el compromiso afectivo y normativo hacia la organización.

“Jamás me salgo del hospital si tengo trabajo, esto es, si tengo un paciente a quien ver. No me llama la atención ganarme 3 ó 5 mil pesos afuera si tengo la responsabilidad de un paciente en el hospital, pero no siento la responsabilidad de permanecer dentro del nosocomio si no tengo ningún paciente” (entrevistado 1).

CONCLUSIONES

Ya sea por la globalización, la tecnología o el comportamiento demográfico, las organizaciones tienen que cambiar, tanto en lo material como en lo humano, lo que nos lleva a entender de manera diferente su naturaleza y sus requerimientos.

Para ello hay caminos diversos, unos menos complejos que otros. En el presente trabajo opté por uno de los más controvertidos, pero también retadores: el comportamiento de las personas en las organizaciones.

Después de realizar investigación documental y de campo, he llegado a las siguientes conclusiones, reconociendo siempre que el punto de partida para que cualquier organización alcance sus objetivos es la interacción entre la organización y las personas, en un marco de interdependencia y cooperación; esto hace que nazca una relación, la cual puede tener espesores, resistencias y colores diversos. De esto se trata precisamente el compromiso personal hacia la organización: qué tan ligado emocionalmente a ella se siente el personal.

Estas conclusiones se abordan desde tres aspectos: las organizaciones hospitalarias de atención a la población abierta, el comportamiento humano y el compromiso personal hacia la organización. En cuanto a las primeras:

- Los hospitales de atención a la población abierta, deben considerar como insumo el compromiso del personal, acompañado de una mayor inversión y rendición de cuentas, para poder brindar resultados que satisfagan las necesidades sociales de salud.
- El cumplimiento de metas y objetivos, la coordinación de esfuerzos y las relaciones de poder, se verán afectados negativamente si persisten diferencias tan marcadas entre el personal médico, paramédico y administrativo.
- Realizar un diagnóstico organizacional como el aquí presentado, permite conocer si el personal cuenta con lo que la organización requiere para alcanzar sus objetivos, ya que se parte de la autopercepción.
- En las organizaciones hospitalarias, aunque resulta de utilidad describir el liderazgo y las relaciones personales, es necesario reconocer más bien el poder y la autoridad como aspectos críticos, ya que ambos están considerados tanto en la responsabilidad como en la profesionalización del personal de salud.
- Nunca se alcanzará el desarrollo de la organización, si lo que prevalece es el compromiso profesional y no el compromiso personal hacia la organización.

En cuanto al comportamiento humano en las organizaciones:

- El modelo de racionalidad retrospectiva es adecuado para fundamentar el compromiso personal en la organización, ya que una de las variables que más contribuyen a las dimensiones afectiva y de continuidad, es la manera en que las personas perciben que han sido apoyadas por la organización, así como su contribución personal hacia el logro de objetivos institucionales y el conocimiento de la misma como un todo.
- Para entender la conducta del individuo, es preciso definir su ambiente desde su propia percepción, pues en esencia ésta es la realidad que más pesa. En este sentido, es importante el doble discurso que generan las organizaciones, al exigir que el

personal brinde servicios de calidad, pero sin darles lo necesario para ello; esto no es posible en la atención a la salud.

- Los estudios de actitudes deben estar ligados a indicadores micro y macro económicos. Llegué a esta conclusión, al buscar diferencias entre los hospitales del DIFEM y el del ISEM. Pensemos qué puede pasar con las actitudes del personal cuando es permanente la ausencia de recursos para realizar su trabajo.
- Aunque se aprecia que las personas sí realizan un esfuerzo, éste no siempre es coordinado, ya sea porque no saben cuáles son los objetivos y metas del nosocomio, o porque no los comparten, o porque perciben un doble discurso.
- Una manera de promover que el compromiso pase de actitud a intención de conducta, es que la dirección del hospital tenga acciones equitativas hacia la evaluación del desempeño, ascensos justos y capacitación pertinente.
- Transitar de la actitud hacia la conducta requiere de presión social en el contexto más próximo; esta presión pudiera lograrse mediante el estudio de la profesionalización del personal de salud y el rescate del Código de Conducta de la Práctica Médica.

Sobre el compromiso y otras variables organizacionales, concluyo que:

- Al ser diferentes las dimensiones afectiva y de continuidad el compromiso afectivo y de continuidad en los tres nosocomios, deja entrever que, efectivamente, el compromiso personal hacia la organización está determinado por el ambiente que generan quienes en ella trabajan. Esto es, puesto que la actitud representa la intención de adaptación de la persona al medio, los estímulos del compromiso personal hacia la organización pueden encontrarse en el clima y la socialización.
- El compromiso hacia la profesión es mayor que hacia la organización, pues el personal de salud no tiene en qué creer a nivel organizacional, pero sí en lo que hace. Por otro lado, no surge el compromiso hacia la organización porque el personal de salud no presta atención a la organización, sólo a los pacientes.
- El factor más significativo para el compromiso personal hacia la organización es el puesto. Las actividades y tareas que el personal desempeña diariamente son una fuente de diferenciación del grado de compromiso de las personas; entonces, incrementar el compromiso implicaría un serio estudio sobre diseño, perfil y evaluación de puestos. Una limitante de la presente investigación fue no considerar la naturaleza del trabajo que el personal realiza y el sentido que le da al mismo. Es decir, el compromiso se puede ver afectado por el motivo que predomina en la persona para trabajar, pudiendo ser meramente económico, en busca del aprendizaje y el desarrollo, o bien, del deseo de participar en la solución de problemas sociales.
- Las alternativas para mejorar el nivel de compromiso, generar un mejor ambiente de trabajo y fortalecer la socialización organizacional, radican en aspectos elementales del apoyo organizacional percibido, en donde lo más importante es la armonía entre la percepción de los empleados y los retos que las organizaciones destinadas a la atención de salud deben enfrentar, lo que exige eliminar el doble discurso y rescatar o reforzar los compromisos que encierra la responsabilidad médica para elevar la profesionalización del personal de salud.

- Los directivos le dan más peso a la medicina que a su función administrativa, es decir, siempre es mayor su compromiso profesional que su papel directivo; es necesario que el personal médico se prepare para la acumulación de roles.
- Saber que el personal se ayuda no es suficiente, es importante el trabajo en equipo; de lo contrario, y como sucede actualmente, predominan esfuerzos individuales que no están dirigidos a los logros institucionales.
- La capacitación es fuente de controversias: para unos, parece ser lo más apropiada mientras que para otros resulta inútil al no tener con qué aplicar los conocimientos adquiridos. Lo cierto es que su relación con el compromiso normativo y de continuidad es marcada.
- El compromiso hacia la profesión también puede fortalecerse o debilitarse por el ambiente de la organización, esto es, el lugar en donde desempeñemos una profesión puede llegar a determinar nuestro amor u odio hacia lo que hacemos. Este compromiso hacia la profesión representa sólo una parte de la responsabilidad que el personal médico debe tener para preservar los valores institucionales.
- Los altos promedios en compromiso hacia la profesión, y los bajos en estímulos económicos y trabajo en equipo, ayudan a afirmar que en estos nosocomios predominan posturas individualistas más que búsqueda de beneficios colectivos.
- Los médicos tienen un fuerte compromiso afectivo hacia la profesión, pero no así hacia la organización, lo cual refuerza la búsqueda de metas personales y no el crecimiento organizacional. Una alternativa para llegar a cambiar esta tendencia es el estudio de la profesionalización y la acumulación de roles del personal de salud.
- Una alternativa para incrementar el compromiso es el autocontrol del grupo, lo que exige apertura institucional y capacidades diferenciadas.

Para llegar a una caracterización más profunda del compromiso, y siguiendo la teoría de la acción razonada, es decir, partiendo de la relación actitud y conducta, me surge este cuestionamiento: ¿cómo actúan los comprometidos, además de tener la intención de permanecer en la organización?, o bien, ¿cómo se comporta el personal comprometido?. En esencia, existe una brecha entre describir la actitud del compromiso y predecir la intención de actuar con compromiso.

En este mismo sentido, una última inquietud sería: ¿el proceso de regulación de las profesiones de salud puede fungir como mecanismo de transición entre la actitud y el comportamiento?

Muchos son los caminos para llegar al compromiso personal hacia la organización, y no sólo con la profesión, o con el trabajo, o con los pacientes... sino con todo. Un punto de partida es invertir en el factor humano, pero no sólo en mejores sueldos o más capacitación, sino en incrementar las habilidades orientadas a la participación, el enriquecimiento del ambiente, el autodesarrollo y el autocontrol, eliminando la cultura paternalista a la que estamos acostumbrados, pues como empleados muchas veces pensamos en lo que tienen que darme, pero no en lo que puedo, debo y quiero ofrecer; pensamos en los problemas, pero no en qué tanto somos parte de ellos.

Esto implica prepararnos todos, y en la medida en que cada cual entienda la importancia que su trabajo tiene para la organización, y no sólo para su profesión, podrá comprometerse con ella, bajo el escenario de establecer conjuntamente (y esto

también es participación) objetivos ambiciosos que puedan ser alcanzados, asegurándonos de no dar grandes brincos, pero buscando logros parciales que retroalimenten la actuación.

No menos importante es abrir canales de expresión, permear la información estratégica y hacer sentir al personal que son parte del engranaje, así como incrementar la inversión en salud, y no reducir el presupuesto.

Finalmente, hago una analogía. El compromiso hacia la organización es como el deporte; éste ayuda a mantener el cuerpo en buen estado físico, pero si se practica en exceso puede causar trastornos musculares, por ejemplo, y, si permanece totalmente inactivo, el organismo llega al deterioro. El compromiso, como el deporte, deben tener su justo medio para que favorezca a la organización.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajzen, I., y M. Fishbein, *Understanding attitudes and predicting social behaviour*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey, 1980.
- Ander-Egg, E., *Técnicas de investigación social*, El Ateneo, México, 1994.
- Arias, F. y V. Heredia, *Administración de recursos humanos para el alto desempeño*, Trillas, México, 1999.
- Baron, R. y D. Byrne, *Psicología Social*, Prentice Hall, España, 1998.
- Barquín, M., *Sociomedicina. Medicina social-salud pública*, Méndez Editores, México, 2002.
- Berenson, M., *Estadística para administración*, Pearson Educación, México, 2001.
- Bryans, P. y T. Cronin, *Teoría de la organización*, Norma, Colombia, 1985.
- CasaMadrid, O., *La responsabilidad profesional del médico, el derecho sanitario y la filosofía del derecho*, Comisión Nacional de Arbitraje Médico/Academia Mexicana de Cirugía, México, 1997.
- Daft, R., *Organization Theory and Design*, International Thomson Publishing, USA, 1998.
- Dávila, C., *Teorías organizacionales y administración, Enfoque crítico*, McGraw Hill, Colombia, 1985.
- Davis, D., *Investigación en administración para la toma de decisiones*, Thomas editors, México, 2000.
- Davis, K. y J. Newstrom, *Comportamiento humano en el trabajo*, McGraw Hill, México, 1999.
- Dessler, G., *Organización y Administración, Enfoque Situacional*, Prentice Hall, México, 1979.
- Drucker, P., *La sociedad post capitalista*, Norma, Colombia, 1993.
- Eagly, A. y S. Chaiken, "Attitude structure and function", *Handbook of social psychology*, 4ª. Ed., vol. 1, Nueva York, Mc Graw-Hill, 1998.
- Escalante, C., *Investigación sociomédica*, Norma, México, 1999.
- Etkin, J. y L. Schvarstein, *Identidad de las organizaciones*, Paidós, Argentina, 2000.
- Fajardo, G., *Diccionario terminológico de Administración de la Atención Médica*, Biblioteca Médica Mexicana, Salvat, México, 1983.
- Ferrán, M., *SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico*, McGraw Hill, Madrid, 1996.
- Fernández, C. Y M. Uribe, "Código de conducta en la práctica de la medicina", *La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos*. UNAM, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Academia Nacional de Medicina, México, 1995.
- Frenk, J., *La salud de la población hacia una nueva salud pública*, Fondo de Cultura Económica, México, 1993.
- Freman, J., S. Levine y L. Reeder. *Manual de sociología médica*. Biblioteca de Salud, Secretaría de Salud, Fomento de Cultura Económica, México, 1998.
- Furnham, A., *Psicología organizacional. El comportamiento del individuo en las organizaciones*, Oxford University Press, México, 1997.

- Gallino, L., *Diccionario de Sociología*, Siglo XXI Editores, México, 1983.
- García, F., *El cuestionario: recomendaciones metodológicas para el diseño de un cuestionario*, Spanta, México, 1999.
- Gibson, J., J. Ivancevich y J. Donnelly, *Las organizaciones. Comportamiento, estructura y procesos*, McGraw Hill, Colombia, 1996.
- Giddens, A., *Sociología*, Alianza Editorial, Madrid, 1992.
- González, M., "Investigación y Políticas de Salud: los matices de la interacción", *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, Mario Bronfman y Roberto Castro (coordinadores), EDAMEX, México, 1999.
- Gutiérrez, R., *Introducción a la Antropología Filosófica*, Esfinge Milenio, México, 2001.
- Hair, J., A. Rolph, R. Tatham, y W. Black, *Multivariate data análisis*, Prentice Hall, New Jersey, 1995.
- Harrison, M., *Diagnóstico organizacional*, Thousand Oaks, CA, EUA Sage, 1994.
- Hodge, B., *Organization Theory. A strategic approach*, Prentice Hall, USA, 1998.
- Hodge, B., W. Anthony y L. Gales, *Teoría de la organización. Un enfoque estratégico*, Prentice Hall, España, 1996.
- Huse, E. y J. Bowditch, *El comportamiento humano en las organizaciones*, Fondo Educativo Interamericano, México, 1980.
- Ibarra E. y L. Montaña, *Mito y poder en las organizaciones. Un análisis crítico de la Teoría de la Organización*, Trillas, 1987.
- Ivancevich, J., *Human Resource Management: foundations of personnel*, Irwin, Homewood, II, 1992.
- Kast, E. y J. Rosenzweig, *Administración en las organizaciones. Enfoque de sistemas y de contingencias*, McGraw Hill, México, 1998.
- Katz, Dñ y Kahn, R. *Psicología social de las organizaciones*, Trillas, México, 1997.
- Kerlinger, F. *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*, Interamericana, México, 1981.
- Khandwalla, N., *The design of organization*, Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1977.
- Kreitner, R. y A. Kinicki, *Comportamiento de las organizaciones*, Irwin, España, 1996.
- Litterer, J., *Análisis de las Organizaciones*, Limusa, México, 1979.
- Luthans, F. *Organizational Behavior*, McGraw Hill, USA, 1989.
- Matteson, M. y J. Ivancevich, *Management and Organizational Behavior Classics*, Irwin, USA, 1989.
- McShane, L. y M. VonGlinew, *Organizational Behavior*. Irwin, Boston, 2000.
- Mechanic, D. "Los médicos". *Manual de sociología médica*. Biblioteca de la Salud, Secretaría de Salud, Fomento de Cuiltra Económica, México, 1998.
- Mendenhall, W. y J. Reinmuth, *Estadística para administración y economía*, Iberoamérica, México, 1981.
- Méndez, J., S. Zorrilla y F. Monroy, *Dinámica social de las organizaciones*, McGraw Hill, México, 1993.
- Morales, F. y Huici C., *Psicología Social*, McGraw Hill, España, 1999.
- Morgan, G., *Imágenes de la organización*, Alfaomega, México, 1994.
- Muñoz, M. "El médico y su responsabilidad profesional". *La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos*. UNAM, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Academia Nacional de Medicina, México, 1995.

- Nigenda, G., "Recursos humanos para la salud: cambios y tendencias recientes" FUNSALUD, *Observatorio de la Salud. Necesidades, Servicios y Políticas*, Julio Frenk, México, 1997.
- OCDE, *Estudios Económicos de la OCDE. Reforma del Sistema de Salud*, México, 1998.
- Papalia, D., S. Wendkos y R. Duskin, *Desarrollo humano*, McGraw Hill, Colombia, 2001.
- Pfeffer, J., *Nuevos rumbos en la teoría de la organización. Problemas y posibilidades*, Oxford Press, México, 2000.
- _____, *Organización y Teoría de las Organizaciones*. Fondo de Cultura Económica. México, 1992.
- Pierre, J. y F. Monconduit, *Trabajar de otra manera. Por una ética del management*, Temas, Argentina, 1995.
- Reeder, S. Y H. Mauksch, "La enfermería en cambio continuo", en Freeman, H., S. Levine y L. Reeder (comp.), *Manual de sociología médica*, pp. 287-309, Fondo de Cultura Económica, México, 1998.
- Robbins, S., *Administración. Teoría y Práctica*, Prentice Hall, México, 1994.
- _____, *Comportamiento Organizacional. Conceptos, controversias y aplicaciones*, McGraw Hill, México, 1997.
- Roberts, H. y D. Hunt, *Organizational Behavior*, PWS-Kent Publishing Company, USA, 1991.
- Rodríguez, D., *Diagnóstico organizacional*, Alfaomega/Universidad Católica de Chile, México, 1999.
- Ruelas, E. y A. Concheiro, "Tendencias a futuro de la organización de la atención médica en México", FUNSALUD, *Observatorio de la Salud. Necesidades, Servicios y Políticas*, Julio Frenk, México, 1997.
- Ruiz, J., *Sociología de las Organizaciones*, Universidad de Deusto, Bilbao, 1995.
- Salkind, J., *Métodos de Investigación*, Prentice Hall, 1997.
- Siegel, S., *Estadística no paramétrica*, Trillas, México, 1982.
- Sierra, R., *Técnicas de Investigación Social*, Paraninfo, Madrid, 1991.
- Steers, R. y L. Porter, *Motivation and Work Behavior*, McGraw Hill, Series in Management, USA, 1991.
- Tenorio, F., *Responsabilidad profesional del médico*, Comisión Nacional de Arbitraje Médico/Academia Mexicana de Cirugía, México, 1997.
- Trostle, J. y M. Bronfman, "El papel de la investigación en políticas de salud: una revisión estratégica de la literatura", *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, Mario Bronfman y Roberto Castro (coordinadores), EDAMEX, México, 1999.
- Visauta, B., *Análisis estadístico con SPSS para Windows. Estadística multivariante*, McGraw Hill, Madrid, 1999.
- Werther, W. y K. Davis, *Administración de personal y recursos humanos*, McGraw Hill, México, 2000.

HEMEROGRAFÍA

- ABIM Foundation, CAP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine, "Medical professionalism in the new millennium: a physician charter", *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 100, No. 1, Julio 2002, 170-172.
- Agudelo, C., "Cómo aproximarse al análisis de los sistemas de salud y su reforma", Red de instituciones de investigación del Sector Salud. Instituto de Salud en el Trópico, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia, Colombia, 2001.
- Angle, L. y J. Perry, "Organizational Commitment. Individual and Organizational Influences", *Work and Occupations*, Vol. 10, No. 2, 1983, 123-146.
- Arias, F., P. Mercado e I. Belausteguigoitia, "El compromiso personal hacia la organización y el clima organizacional, la búsqueda de empleo, la intención de permanencia y el esfuerzo", Ponencia presentada en el IV Foro Nacional de Investigación en las Disciplinas Financiero-Administrativas, Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México, 1999.
- _____, "El inventario de aspectos organizacionales", *Contaduría y Administración*, No. 123, 1989.
- Baberá, E., "Modelos explicativos en psicología de la motivación", *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, Vol. 5, No. 10, Universidad de Valencia, 1997.
- Barry, D., Cyran, E. y Anderson R., "Common issues in medical professionalism: room to grow", *The American Journal of Medicine*, Vol. 108, No. 2, febrero 2000, 136-142.
- Belausteguigoitia, I., "La influencia del clima organizacional en el compromiso hacia la organización y el esfuerzo percibido en miembros de empresas familiares mexicanas", Tesis doctoral. Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.
- Blau, G. y Boal K., "Conceptualizing how job involvement and organizational commitment affect turnover and absenteeism", *Academy of Management Review*, No. 12, 1987.
- Brown, S. y Leigh, T., "A new look at psychological climate and its relationships to job involvement, effort, and performance", *Journal of Organizational Behavior*, No. 13, 1996.
- Cohen, A., "The relationship between commitment forms and work outcomes: a comparison of three models", *Human Relations*, Vol. 53, marzo 2000.
- Dunham, R. y Grube J., "Organizational commitment: The utility of an integrative definition", *Journal of Applied Psychology*, No. 79, 1994, 370-380.
- Eisenberger, R., J. Cummings, S. Arnei y P. Lynch, "Perceived Organizational Support, Discretionary Treatment, and Job Satisfaction", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 82, No. 5, 1997.
- Gobierno del Estado de México/Instituto de Salud del Estado de México, *Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta en el Estado de México 1999-2000*, Septiembre 1999.

- _____. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIF), *Plan Estratégico de Gobierno*, México, 2000.
- Gobierno Federal de México, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, México, 2001.
- Hartmann, L. y M. Bambacas, "Organizational commitment: A multi method scale análisis and test of effects", *International Journal of Organizational Analysis*, Vol. 8, 2000.
- Hernández, M., "Derechos del personal de la salud", Instituto Politécnico Nacional, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2001.
- Hoff, T., "Professional commitment among US physician executives in managed care", *Social Science & Medicine*, 2000.
- Ibarra, E., *La universidad en México hoy: gubernamentalidad y modernización*, Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, 1998.
- Instituto de Salud del Estado de México, *Programa de Salud del Estado de México 1999-2005*, México, 1999.
- James L.A. y James, L.R., "Integrating work environment perceptions: explorations into the measurement of meaning", *Journal of Applied Psychology*, no. 74, 1989, 739-751.
- Kahn, W.A., "Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work", *Academy of Management Journal*, vol. 33, 1990, 692-724.
- Ko, J. J. Price y C. Mueller, "Assessment of Meyer and Allen's three-component model of organizational commitment in South Korea", *Journal of Applied Psychology*, vol. 82, 1997, 961-973.
- Levinson, H., "La falacia de las motivaciones", *Expansión*, Vol. VII, México, 1976.
- Marín-Zamora, C., "Teoría de la organización, mito y poder de las organizaciones", *Revista Acta Académica*, Universidad Autónoma de Centro América, No. 23, noviembre 1998, 47-49.
- Martínez, L., "Los recursos humanos: pasos para elaborar un manual de socialización", *Revista Acta Académica*, Universidad Autónoma de Centro América, Mayo 1999, págs. 1-8.
- Mathieu, J., "A cross-level nonrecursive model of the antecedents of organizational commitment and satisfaction", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 76, No. 5, 1992, 607-618.
- Mathieu, J. y D. Zajac, "A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of Organizational Commitment", *Psychological Bulletin*, vol. 108, No. 2, 1990, 171-194.
- Mercado, P., *El compromiso organizacional en una institución pública de salud en el Estado de México*, Documento inédito. México, 2000.
- Meyer, J., Allen N. & Smith, C.C. "Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization", *Journal of Applied Psychology*, No. 78, 1993, 538-551.
- _____. y N. Allen, "A three-component conceptualization of organizational commitment", *Human Resource Management Review*, No. 1, 1991, 61-98.
- _____. "Organizational Commitment", *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, vol. 12, 1997.

- ____ y N. Allen, "Testing the 'Side-Bet Theory' of organizational commitment: some methodological considerations", *Journal of Applied Psychology*. Vol. 69, No. 3, 1984, 372-378.
- ____, N. Allen e I. Gellatly, "Affective and continuance commitment to the organization: evaluation of measures and analysis of concurrent and time-lagged relations", *Journal of Applied Psychology*, vol. 75, No. 6, 1990, 710-720.
- Mohsin, M., "Attitude and consciousness of Japanese men and women towards career commitment and continuity: the role of expected change in HRM policies", *The International Journal of Human Resource Management*. Vol. 8, No. 3, Abril 1997.
- Moon, J.M., "Organizational commitment revisited in new public management: motivación, organizational culture, sector, and managerial level", *Public Performance & Management Review*, vol. 24, No. 2, Diciembre 2000, 177-194.
- O'Reilly, Charles A, "Corporations, Culture and Commitment: Motivation and social control in organizations", *California Management Review*, vol. 31, No. 4, 1989.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Programa Especial de Análisis de Salud, "Situación de Salud en las Américas", *Indicadores Básicos 1999*.
- ____, "Situación de Salud en las Américas", *Indicadores Básicos 2000*.
- Organización Panamericana de la Salud, *Educación Médica y Salud*, Vol. 26, No. 2. Abril-junio 1998.
- ____, *México: Perfil del Sistema de Servicios de Salud*, Octubre 1998.
- Porter, W. y W. Crampon, "Organizational Commitment and Managerial Turnover: A longitudinal study", *Organizational Behavior and Human Performance*. No. 15, 1976, 87-98.
- ____, R. Steers y R. Mowday, "Organizational Commitment, Job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 59, No. 5, 1974, 603-609.
- Potomac, PR News, "Employee commitment proves to be true measure of internal PR success", May 29, 2000, Vol. 56, issue 22, Page 1, SIN: 00333697.
- Randall, D., "The consequences of organizational commitment: methodological investigation", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 11, 1987, 361-378.
- Reichers, A., "Conflict and organizational commitments", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 71, No. 3, 1986, 508-514.
- Ruelas, E. y A. Concheiro, "Tendencias a futuro de la organización de la atención médica en México", *Observatorio de la Salud. Necesidades, Servicios y Políticas*, Julio Frenk, FUNSALUD, México, 1997, 379-400.
- Schein, E., "Organizational Socialization and the Profession of Management", *Sloan Management Review*, Fall, 1988, 53-59.
- Simón, N., "Marco conceptual para el estudio de las organizaciones", *Contaduría y Administración*, UNAM/Facultad de Contaduría y Administración, México, diciembre 1995.
- Sims, R., "The relationship between employee attitudes and conflicting expectations for lying behavior", *The Journal of Psychology; Provincetown*, Vol. 134, 2000, 619-633.
- Steers, R., "Antecedents and outcomes of organizational commitment", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 22, No. 1, marzo 1977, 46-56.

- Taormina, R. "Predicting employee commitment and satisfaction: the relative effects of socialization and demographics", *The international journal of Human Resource Management*, diciembre 1999, 1060-1076.
- Toro, F., "Predicción del compromiso del personal a partir del análisis del clima organizacional, *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 12, No. 3, 1998.
- UNESCO. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior. *Mujeres y Educación superiores: cuestiones y perspectivas*, Octubre 1998.
- Vandenberghe, C., "Assessing organizational commitment in a Belgian context: evidence for the three-dimensional model", *Applied psychology: and international review*, 1996, Vol. 45, 371-386.
- _____, F. Stinglhammer, K. Bentein y T. Dehaise, "An examination of the cross-cultural validity of a multidimensional model of commitment in Europe", *Journal of Cross-Cultural Psychology*, Vol. 32, mayo 2001, 322-347.

OTRAS FUENTES

- Abreu, L., Comentario a la revisión de esta tesis doctoral, México, 2002.
- Beltrán Ramírez, Bertha. Entrevista. Toluca, México. Marzo 2 de 2002.
- Gutiérrez Vargas, Cristina. Entrevista. Toluca, México. Enero 15 de 2002.
- Giraldo Giraldo, Abel. Comentarios a la presentación del protocolo de esta investigación.
- Jiménez García, Alfredo. Entrevista. Toluca, México. 24 de abril de 2001.
- Palacios, Simón. Entrevista. Toluca, México. 20 de marzo de 2002.
- Ruelas Barajas, Enrique. "Calidad en los servicios de salud". Ponencia presentada en la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM, el 24 de mayo del 2001.
- Torres, Juan Manuel. Entrevista. Toluca, México. 13 de marzo de 2002.

NOTA: Los nombres de los entrevistados han sido alterados, para garantizar el anónimo.

Anexo 1
Cuestionario aplicado

□ □ □

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

NO ESCRIBA SU NOMBRE
(Sus respuestas son confidenciales y quedarán en el anonimato)

A continuación encontrará una serie de enunciados relacionados con su trabajo. Solicitamos su opinión sincera al respecto. No hay respuestas buenas o malas; todas son valiosas pues se refieren a su opinión. Responda tan rápidamente como sea posible, después de leer cuidadosamente cada enunciado. Debe contestar colocando una X sobre los números de la columna (1, 2, 3, 4, 5, 6 ó 7).

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Casi en desacuerdo	Indeciso, ni de acuerdo ni en desacuerdo	Casi de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Esta organización perdonaría un error de mi parte, cometido de buena fe	1	2	3	4	5	6	7
2.	Planeo dejar esta organización tan pronto como sea posible	1	2	3	4	5	6	7
3.	Mi jefe es flexible con relación al cumplimiento de mis objetivos	1	2	3	4	5	6	7
4.	Si yo decidiera renunciar, esta organización trataría de persuadirme para quedarme	1	2	3	4	5	6	7
5.	No abandonaría esta organización en estos momentos, porque tengo un sentimiento de obligación hacia ella	1	2	3	4	5	6	7
6.	Sería muy difícil para mí dejar esta organización, inclusive si lo quisiera	1	2	3	4	5	6	7
7.	Tengo perfectamente claro como debo hacer mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
8.	Realmente siento como si los problemas de la organización fueran míos	1	2	3	4	5	6	7
9.	Las cantidades de responsabilidad y esfuerzo que se espera en mi trabajo, están claramente definidas	1	2	3	4	5	6	7
10.	Esta organización me ayudaría si yo necesitara un favor especial	1	2	3	4	5	6	7
11.	Una de las consecuencias negativas de dejar esta organización es la escasez de otras oportunidades disponibles	1	2	3	4	5	6	7
12.	No siento obligación alguna de quedarme en esta organización	1	2	3	4	5	6	7
13.	Las normas de desempeño en mi departamento son bien transmitidas y entendidas	1	2	3	4	5	6	7
14.	Esta organización ignoraría cualquier queja de mi parte	1	2	3	4	5	6	7
15.	Esta organización merece mi lealtad	1	2	3	4	5	6	7
16.	Si mi puesto fuera eliminado, esta organización preferiría despedirme en vez de transferirme a un nuevo trabajo	1	2	3	4	5	6	7
17.	Me siento muy útil en mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
18.	Cuando trabajo, realmente doy todo de mí	1	2	3	4	5	6	7
19.	Estaría feliz si pasara el resto de mi vida en esta organización	1	2	3	4	5	6	7
20.	Mi jefe(a) apoya mis ideas y la forma en que hago las cosas	1	2	3	4	5	6	7
21.	Trabajo a toda mi capacidad en todas las actividades laborales	1	2	3	4	5	6	7
22.	No dejaré esta organización de manera voluntaria bajo ninguna circunstancia	1	2	3	4	5	6	7
23.	Hago mi mayor esfuerzo para ser exitosa(o) en mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
24.	Si esta organización encontrara una forma más eficiente de efectuar mi trabajo, me reemplazaría	1	2	3	4	5	6	7
25.	Me siento pieza clave en esta organización	1	2	3	4	5	6	7
26.	Cuando me entero de que existen oportunidades de trabajo en otras organizaciones, casi siempre trato de aprovecharlas	1	2	3	4	5	6	7

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Casi en desacuerdo	Indeciso, ni de acuerdo ni en desacuerdo	Casi de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

27.	Mi jefe(a) me da la autoridad de hacer las cosas como creo conveniente	1	2	3	4	5	6	7
28.	Esta organización realmente se ocupa en aumentar mi bienestar	1	2	3	4	5	6	7
29.	Encuentro ayuda por parte de esta organización cuando tengo un problema	1	2	3	4	5	6	7
30.	Tengo fama ante mis compañeros de permanecer en el trabajo por muchas horas	1	2	3	4	5	6	7
31.	No hay problema si expreso mis verdaderos sentimientos en este trabajo	1	2	3	4	5	6	7
32.	Como mi superior inmediato es renuente para aceptar ideas nuevas, procuro guardármelas aunque sean buenas	1	2	3	4	5	6	7
33.	Cuando trabajo, lo hago con intensidad	1	2	3	4	5	6	7
34.	Hay pensamientos que no puedo expresar libremente en el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
35.	Planeo permanecer en esta organización tanto tiempo como sea posible	1	2	3	4	5	6	7
36.	No experimento un fuerte sentimiento de pertenencia hacia esta organización	1	2	3	4	5	6	7
37.	Existen pocas probabilidades de que yo busque empleo en otras organizaciones	1	2	3	4	5	6	7
38.	Hoy, permanecer en esta organización, es una cuestión primordialmente de necesidad	1	2	3	4	5	6	7
39.	Aún si fuera por mi beneficio, siento que no estaría bien dejar la organización ahora	1	2	3	4	5	6	7
40.	Los sentimientos que expreso en mi trabajo son los verdaderos	1	2	3	4	5	6	7
41.	Esta organización denota muy poca preocupación por mí	1	2	3	4	5	6	7
42.	Esta organización significa personalmente mucho para mí	1	2	3	4	5	6	7
43.	Si esta organización tuviera oportunidad, se aprovecharía de mí	1	2	3	4	5	6	7
44.	Cuando se trata de trabajo, aplico todo mi esfuerzo para realizarlo	1	2	3	4	5	6	7
45.	La organización reconoce el significado de la contribución que hago	1	2	3	4	5	6	7
46.	Si esta organización pudiera contratar a alguien con una remuneración más baja para reemplazarme, lo haría	1	2	3	4	5	6	7
47.	Mis superiores generalmente aprecian la forma en que realizo mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
48.	Gran parte de mi vida se afectaría si decidiera salir de esta organización ahora	1	2	3	4	5	6	7
49.	Pocos de mis compañeros invierten más horas semanalmente que yo en el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
50.	Rara vez busco información sobre oportunidades de empleo en otras organizaciones	1	2	3	4	5	6	7
51.	Esta organización considera intensamente mis metas y valores	1	2	3	4	5	6	7
52.	Esta organización toma en cuenta mis opiniones	1	2	3	4	5	6	7
53.	Tengo la firme intención de buscar trabajo en otra organización, dentro de los próximos 12 meses	1	2	3	4	5	6	7
54.	Me sentiría culpable si dejara esta organización ahora	1	2	3	4	5	6	7
55.	Casi siempre siento que mi trabajo es reconocido en esta organización	1	2	3	4	5	6	7
56.	No me siento ligado emocionalmente a esta organización	1	2	3	4	5	6	7
57.	No me siento integrado plenamente con las personas de esta organización	1	2	3	4	5	6	7
58.	Yo invertí más horas en el trabajo en el último año en comparación con la mayoría de mis compañeros	1	2	3	4	5	6	7
59.	Siento que tengo pocas opciones de trabajo, como para pensar en dejar esta organización	1	2	3	4	5	6	7
60.	El trabajo que hago es muy valioso para esta organización	1	2	3	4	5	6	7
61.	Moralmente le debo mucho a esta organización	1	2	3	4	5	6	7
62.	Las personas en esta organización saben que trabajo desde muy temprano hasta muy tarde	1	2	3	4	5	6	7
63.	Me siento libre para ser yo misma (o) en esta organización	1	2	3	4	5	6	7
64.	Mi trabajo bien hecho es muy importante para la organización	1	2	3	4	5	6	7
65.	Me gustaría dejar esta organización	1	2	3	4	5	6	7
66.	Si no hubiera puesto tanto de mí misma(o) en esta organización, podría pensar en trabajar en otro sitio	1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Casi en desacuerdo	Indeciso, ni de acuerdo ni en desacuerdo	Casi de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

67.	Entre mis compañeros, casi siempre soy el primero en llegar y el último en irme	1	2	3	4	5	6	7
68.	Mi relación con los demás compañeros es muy buena en esta organización	1	2	3	4	5	6	7
69.	Hay muchas oportunidades para hacer una buena carrera en esta organización	1	2	3	4	5	6	7
70.	Por lo general, mis compañeros de trabajo están dispuestos a ofrecerme su ayuda, consejo o apoyo.	1	2	3	4	5	6	7
71.	Tengo un buen conocimiento sobre la forma de operar de esta organización	1	2	3	4	5	6	7
72.	Las metas de esta organización son muy explícitas	1	2	3	4	5	6	7
73.	Es posible predecir mis posibilidades de ascenso en esta organización	1	2	3	4	5	6	7
74.	Los objetivos de esta organización son comprendidos por casi todo el que trabaja aquí	1	2	3	4	5	6	7
75.	Otros compañeros me han ayudado en mi trabajo de varias maneras	1	2	3	4	5	6	7
76.	Me sería difícil cambiar ahora de profesión	1	2	3	4	5	6	7
77.	Disfrutaría trabajar en esta organización por muchos años más	1	2	3	4	5	6	7
78.	He puesto mucho en mi profesión como para considerar un cambio ahora	1	2	3	4	5	6	7
79.	Esta organización ofrece una capacitación completa para mejorar las habilidades de trabajo del personal	1	2	3	4	5	6	7
80.	Mis compañeros de trabajo han hecho mucho para ayudarme a adaptarme a la organización	1	2	3	4	5	6	7
81.	Estoy arrepentido(a) de tener esta profesión	1	2	3	4	5	6	7
82.	Estoy en esta profesión por mi sentido de lealtad hacia ella	1	2	3	4	5	6	7
83.	Conozco muy bien cómo funcionan las cosas en esta organización	1	2	3	4	5	6	7
84.	Aún si tuviera la oportunidad, no siento que estaría bien dejar ahora esta profesión	1	2	3	4	5	6	7
85.	Un cambio de profesión en este momento requiere de un considerable sacrificio	1	2	3	4	5	6	7
86.	Considero que la gente que ha sido preparada para mi profesión, tiene la responsabilidad de permanecer en ella por un periodo razonable de tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
87.	Esta organización me ha preparado, mediante la capacitación, para hacer muy bien mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
88.	Estoy orgulloso(a) de tener esta profesión	1	2	3	4	5	6	7
89.	Mucho de mi vida se vería alterado si cambiara ahora de profesión	1	2	3	4	5	6	7
90.	Me sentiría culpable si renuncio a mi profesión	1	2	3	4	5	6	7
91.	Las oportunidades de desarrollo en esta organización están al alcance de casi todos	1	2	3	4	5	6	7
92.	Esta organización me ha proporcionado una excelente capacitación para realizar mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
93.	Me siento satisfecho con las compensaciones que ofrece esta organización	1	2	3	4	5	6	7
94.	Me resultaría altamente costoso cambiar de profesión	1	2	3	4	5	6	7
95.	Entiendo completamente mis deberes en esta organización	1	2	3	4	5	6	7
96.	El tipo de capacitación para el trabajo que da esta organización es muy efectivo	1	2	3	4	5	6	7
97.	La responsabilidad que siento hacia mi profesión me hace continuar con ella	1	2	3	4	5	6	7
98.	Estoy entusiasmado(a) con mi profesión	1	2	3	4	5	6	7
99.	La mayoría de mis compañeros de trabajo me han aceptado como un miembro más de esta organización	1	2	3	4	5	6	7
100.	Las enseñanzas que me ha dado mi superior inmediato han sido valiosas para hacer mejor mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
101.	No siento ninguna obligación moral de pertenecer a esta profesión	1	2	3	4	5	6	7
102.	No me identifico con mi profesión	1	2	3	4	5	6	7
103.	Me disgusta mi profesión	1	2	3	4	5	6	7
104.	Nada me impide cambiar de profesión	1	2	3	4	5	6	7
105.	Mi profesión es importante para mi imagen personal	1	2	3	4	5	6	7

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CONTESTE COLOCANDO UNA X SOBRE LOS NÚMEROS DE LA COLUMNA DERECHA

106.	Sexo	1 ___ femenino masculino	2 ___	112	Puesto actual (seleccione el que más se parezca al que ocupa actualmente)	1 ___ presidente, director general o dueño 2 ___ subdirector o gerente área 3 ___ jefe de departamento 4 ___ funcionario de nivel medio 5 ___ supervisor de primera línea 6 ___ empleada(o) de oficina 7 ___ médico 8 ___ paramédico (laboratorista, terapeuta, etc.) 9 ___ enfermera(o) 10 ___ trabajo manual	
107.	Edad	1 ___ entre 21 y 30 y 40 3 ___ entre 41 y 50 y 60 5 ___ entre 61 y 70	2 ___ entre 31 y 40 4 ___ entre 51 y 60 6 ___ más de 70	113	¿Cuántas personas trabajan en la organización?	1 ___ menos de 25 y 50 3 ___ entre 6 y 10 y 200 5 ___ entre 201 y 500	2 ___ entre 26 y 101 4 ___ entre 101 y 200 6 ___ más de 50
108.	Estado civil	1 ___ soltera(o) casada(o) 3 ___ viuda(o) divorciada(o) 5 ___ unión libre	2 ___ 4 ___	114	Antigüedad en la organización	1 ___ menos de 1 año 3 ___ entre 6 y 10 y 20 5 ___ entre 21 y 30	2 ___ entre 1 y 11 y 20 4 ___ entre 11 y 20 6 ___ más de 30
109.	Nivel máximo de estudios terminados	1 ___ primaria 2 ___ secundaria o equivalente (comercio) 3 ___ preparatoria o equivalente 4 ___ 3 años o más de profesional 5 ___ Profesional 6 ___ Estudios de posgrado (maestría o doctorado)		115	Antigüedad en el puesto actual	1 ___ menos de 1 año 3 ___ entre 6 y 10 y 20 5 ___ entre 21 y 30	2 ___ entre 1 y 11 y 20 4 ___ entre 11 y 20 6 ___ más de 30
110.	Area de estudios profesionales, si los realizó	1 ___ leyes economía 3 ___ administración contaduría 5 ___ ingeniería psicología 7 ___ medicina	2 ___ 4 ___ 6 ___ 8 Otra	116	¿Cuál es el ramo de actividad de su organización?	1 ___ banca, finanzas o seguros 2 ___ industria de transformación 3 ___ industria extractiva 4 ___ construcción 5 ___ comercio 6 ___ institución educativa 7 ___ institución hospitalaria o de salud 8 ___ despacho de consultoría 9 ___ otra (especificar)	
111.	¿Cuántos años tiene de estar trabajando en toda su vida?	1 ___ menos de 1 año y 5 3 ___ entre 6 y 10 años y 20 5 ___ entre 21 y 30 años de 30	2 ___ entre 1 y 5 4 ___ entre 11 y 20 6 ___ más de 30				

ANTES DE ENTREGAR ESTE CUESTIONARIO, REVISE QUE ESTÉ CONTESTADO TOTALMENTE

¡MUCHAS GRACIAS!

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Anexo 2

Entrevistas

ENTREVISTA No. 1

Entrevistado: médico cirujano del Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos", 20 años de antigüedad. Abril 24, 2001

¿Consideras que el compromiso hacia la organización y hacia la profesión debieran ser compatibles?

Compromiso es una palabra que no me gusta. Lo entiendo como un sentimiento moral que te hace hacer algo por convicción propia, tanto hacia el trabajo como hacia la institución. En este sentido, hace 15 años sentía ese compromiso como un deber muy fuerte, pues tenía que responder a una obligación moral dada en mi trabajo. Este sentimiento es como médico cirujano y no como trabajador del sector salud. En aquel tiempo no tenía una frontera entre el compromiso hacia el trabajo y hacia la profesión. Hoy, tengo un compromiso sumamente fuerte con mis pacientes; no lo siento así con la institución, lo he perdido, pues no he encontrado en ella los estímulos necesarios e importantes para que yo, cirujano, trabajador de esa institución, la siga amando.

¿En qué momento de tu carrera te sientes?

Me siento en la época más productiva de mi carrera, el momento en que estoy adquiriendo una madurez en el campo de la enseñanza-aprendizaje. En mis alumnos veo el deseo de estar conmigo, la esperanza de aprender y me veo en ellos queriendo aprender aún más.

Aunque he ejercido la docencia por casi 10 años, antes no me sentía así. Antes venía a darles el ABC de la cirugía y aunque me sentía muy bien, aprecio una clara madurez hoy en día. Me doy cuenta que les puedo enseñar muchas cosas que la experiencia, y no los libros, me ha dado.

Desde el punto de vista laboral, me siento capaz de hacer muchas cosas que antes las hacía pero ahora las hago mejor. Ahora no me importa el tiempo. El cirujano joven piensa que entre más rápido sea, es mejor; a un cirujano maduro ya no le importa el tiempo. El tiempo es el que espera. El cirujano bueno es el que tiene buenos resultados, el que sabe decir que debemos tener cuidado y ver las complicaciones en lugar de priorizar el tiempo.

En cuanto a mi trabajo en el hospital, no me importa, le perdí el interés hace cuatro años. Es un hospital que amé mucho, pues lo que soy es gracias a él y mi esfuerzo personal.

Como organización, el hospital es pésimo. Sé que en los niveles altos de la gerencia hospitalaria, aunque no caigas en la corrupción, es muy difícil poder hacer algo, pues el ideal de la propia Secretaría de Salud es hacer mucho con poco, mucho rápido y "excelente". Esto, en cuanto a la salud, no se puede hacer.

Hoy procuro hacer las cosas que son mejor para mis pacientes y para mí. Para mí en cuestiones de salud propia y del prójimo y no en cuestiones económicas. Me estresa no poder hacer lo que sé que tengo que hacer, pero no lo puedo hacer porque no tengo los elementos necesarios (sutura, curaciones, medicamentos, equipo...)

¿Tu trabajo en el hospital te proporciona lo que realmente buscas como profesionista?

No. Yo entré a trabajar al hospital el 16 de mayo de 1986. Entré a trabajar porque:

1° No tenía trabajo y, evidentemente, no podía vivir de mis papás. Tuve la oportunidad de ingresar al hospital y ganar dinero. En pocas palabras, entré a trabajar por necesidad.

2° Continué trabajando ahí porque buscaba proyectarme hacia fuera de las paredes del hospital; nunca lo logré, pues el tipo de gente que atendemos en el hospital es de muy bajos recursos económicos que no visitan a médicos particulares. Nunca conocí este tipo de proyección, aunque hay quien asegura (un porcentaje muy bajo) que sí es posible.

3° Continué trabajando por necesidad porque no tenía la cantidad de pacientes suficientes fuera del hospital que pudieran cubrir económicamente mis necesidades. 10 ó 12 años después empecé a proyectarme hacia fuera por las conferencias impartidas y porque me conocieron otro tipo de personas. Entonces empecé a crecer en forma particular.

Hoy, sin temor a equivocarme, podría dejar el hospital porque no quiero ni a sus paredes ni a su personal. No tengo amigos ahí adentro, ni me interesa cultivarlos.

¿Por qué sigues ahí?

Aunque no he pensado en jubilarme, le he estado dejando a la Secretaría de Salud, tomando en cuenta el año de servicio social y la residencia médica, entre 19 y 20 años: es una vida y no estoy dispuesto a regalársela. Prefiero trabajar 8 años más haciendo lo que me toca y jubilarme, independientemente de que por fuera de las paredes del hospital haya podido sustituir mi sueldo, el cual no es nada despreciable.

¿Has sentido alguna vez conflicto entre compromisos? (Compromiso hacia la profesión, pero no hacia el grupo; compromiso hacia el grupo pero no hacia la organización) No. Divido muy bien el compromiso institucional (que no existe), el compromiso profesional y el compromiso hacia el paciente. Estos dos últimos son inseparables, tienen que estar juntos, no es posible dividirlos. Aunque no se llama compromiso, sino más bien responsabilidad, cuando te alquilas para un trabajo tienes que cumplir con él, independientemente del sueldo que se perciba.

¿Percibes que la organización te ha tratado con justicia?

No. Pienso que he sido tratado en forma injusta por la organización. Por ejemplo, fui jefe de servicio de cirugía general 7 años y responsable del curso de cirugía general. Después subdirector médico durante 5 años; nuevamente ocupé el cargo de jefe de servicio por dos años más: 13 años como servidor de confianza. Cuando tomo nuevamente mi base, trato de buscar una promoción, pues ésta correspondía a especialista "A" (la más baja) y me doy cuenta de que gente que no es especialista tiene calificaciones de "B" o "C". Se viene una oportunidad y meto mis papeles (no creo que haya un vitae tan completo como el mío dentro del hospital). Lo primero que me dicen es que NO. En una segunda oportunidad obtengo nuevamente una respuesta negativa, dándole la plaza a un médico de recién ingreso. Espero que en esta tercera ocasión sí me la den, aunque para ello he tenido que hacer uso de las influencias. Esto es un claro ejemplo de injusticia.

¿Consideras que la organización valora las contribuciones que haces mediante tu trabajo?

No valora la de nadie, no solamente la mía. Yo que desempeñé el papel de autoridad administrativa puedo afirmar que no nos damos cuenta quiénes son los que realmente están trabajando y quienes están flojeando; de tal forma que se mete en más problemas el que hace más que el que hace menos. No se valora el trabajo de ninguno. Llegan como números y así como números fríamente se van.

¿Consideras que la organización se preocupa por tu bienestar?

No. El que se preocupa por mi bienestar soy yo y peleo por mis derechos. Por ejemplo, si las condiciones generales de trabajo establecen que podemos tomar vacaciones en dos periodos (uno cada semestre), cuando se ha necesitado no permiten que este periodo se junte, aunque ello no afecte las actividades hospitalarias. En forma personal me he dado cuenta que no afecta en nada la toma de vacaciones en un solo periodo acumulativo. No veo por qué tienen que ser tan rígidos para cumplir esto y lo que esperas en un momento especial es apoyo, porque si uno da, también recibe. Si te ponen negativas, buscas mecanismos alternos y en este ejemplo es el goce de días por antigüedad.

Tal vez las autoridades no vean más allá. No es gente que se haya capacitado para ser directivo. Éste debería ser capaz de ver hacia atrás y verse como trabajador. O quizá sea gente que lo único que le interesa es cumplir con lo que está escrito, sin importarles para nada ni la gente ni la institución.

¿Qué beneficios has tenido, tienes y tendrás por trabajar en este nosocomio?

El beneficio que tuvo fue por un esfuerzo personal que hice extra muros del hospital.

Ahora el cheque quincenal (que por cierto es muy bueno) ya no lo necesito para vivir; sin embargo durante mis primeros 10 años logré sobrevivir gracias al hospital.

Ahora el beneficio que me brinda el hospital son las satisfacciones personales en pacientes. Económicamente ya solventé la necesidad del cheque del hospital, el cual no me cae nada mal; es más, me cae muy bien. Puedo decir que en ocasiones se me olvida cambiarlo. Esto prueba que logro solventar, con lo que trabajo afuera del hospital, mi economía personal y familiar.

No he pensado en el futuro. Quizá el beneficio sea poder seguir recibiendo un cheque (jubilación). No tengo aspiración a ser director ni a volver a ser subdirector ni jefe de servicio. No aspiro a que haya cambios en el hospital, pero sí en lo personal. Por ejemplo, si yo quiero operar algo grande, lo estudio y aunque me cueste de mi bolsa lo hago pero no me dejo vencer por el hecho de que me digan que no hay recursos. Prueba de ello es que inicié la cirugía laparoscópica aunque yo tuve que comprar todo. Las primeras cirugías de cáncer de colon también las hice yo.

Se ha establecido que a mayor experiencia positiva en el trabajo, mayor es el compromiso ¿recuerdas alguna situación? ¿con quién te sentiste más comprometido? (organización, grupo, sindicato, profesión, paciente)

Mi experiencia en el hospital ha sido muy positiva. Me ha permitido alcanzar una madurez quirúrgica y esto hace que mi criterio se enriquezca y así poder ofrecerle al paciente lo mejor de mi. Esto se lo debo al hospital.

Sin embargo, yo no puedo adquirir un compromiso en cuanto a que el director cumpla una meta, quien a su vez quiere cumplir un compromiso con la Secretaría de Salud, porque no le dan a uno con qué hacerlo. El día que me den con qué, entonces voy a sentir el compromiso.

En todo momento yo siento el compromiso de sacar adelante a un paciente, pues con toda seguridad él o ella llegan al hospital con la esperanza de curarse. Si esto no te compromete, no eres de este mundo, no tienes sentimientos ni hipotálamo, no podría llorar (me sucede) porque los veo sufrir y les doy para el taxi y lloro a solas, porque a muchos años de distancia me sigue doliendo esta pobreza ajena. Pero no voy a llorar porque la dirección no cumpla una meta; es más probable que hasta me muera de la risa.

¿A qué le da prioridad la organización: a las personas o a los aspectos legales?

A las personas para nada. Le interesa cumplir las metas. Les afecta mucho el hecho de que por fuera se hable mal del hospital. En el programa de González Carvajal (Línea en Alta Tensión) se habla mal del director, del personal del hospital, pero si vemos las cosas con los pies en la tierra es la verdad. Sin embargo, lo que sucede es que ellos no se atreven a decir que no tienen lo necesario para poder ofrecer a los pacientes el beneficio que buscan.

Por otro lado, el hospital se ha llenado de mucha gente inútil, gente que no es especialista sino médicos generales y que están encargados de servicios de urgencias, de la consulta externa (servicio que no debería existir por ser un hospital de segundo nivel y que consume muchos recursos), por los asistentes en la dirección en turnos especiales, nocturnos y vespertinos. Como no tienen la más remota idea de lo que es la medicina intrahospitalaria, no saben resolver los problemas y es más fácil decirle a un especialista "no" a que traten de solucionar los problemas cotidianos en sus turnos respectivos.

Por ejemplo, personalmente he reportado a la dirección la falta de suturas. Aún más, me he tenido que salir del quirófano para conseguir suturas. Al respecto dirección no hace nada. No son los únicos culpables, pues aunque ellos hacen el trámite administrativo correspondiente para solicitar el abasto mensual de medicamentos y material de curación, las oficinas centrales del sector salud no lo surten al 100%. En este sentido, se estima un abasto mensual del 30%.

¿Qué tan libre te sientes para dejar este trabajo ahora? ¿Hacerlo cambiaría tu vida?

Me siento suficientemente libre. Me cambiaría la vida desde el punto de vista emocional porque buscaría a los pacientes de este hospital, poder platicar con la gente que conozco del hospital y que no se confunda: platicar con sentir compromiso hacia ellos. Buscaría a los residentes para sentir que puedo compartir lo que ya he aprendido.

¿Consideras que el compromiso puede tener un lado oscuro?

Debo ubicar al compromiso en una escala de valores muy personal. En la cúspide de esa pirámide está mi familia, después mi trabajo porque gracias a él estoy bien con los míos. Después vienen mis papás, mis hermanos y mis amistades. Si lo que ocupa el número ocho en esta escala pone en riesgo lo que está en el séptimo escalón, me olvido de aquél. Y el primer nivel siempre seguirá siendo eso: lo más importante en mi vida. En este sentido, si el compromiso hacia algo daña mi escala de valores, entonces sí tiene un lado oscuro.

En las condiciones actuales que vive el país, ¿consideras importante el compromiso organizacional para satisfacer las necesidades de salud de la población?

La solución de México requiere mayores inversiones en salud y educación. Un pueblo enfermo inevitablemente ocasiona fugas y un pueblo sin educación jamás podrá superarse. Es urgente la inversión en equipo y personal calificado. De aquí que las personas que conforman la vida hospitalaria deban ser especialistas y además estar comprometidas con lo que hacen. Sin embargo, cuando sólo están comprometidas y no saben lo que hacen resulta bastante problemático. En este sentido yo sólo obedezco a mi yo interno.

Menciona un cambio que haya habido en el Hospital. ¿Te pareció favorable o desfavorable?
No ha habido cambios.

¿Cuáles son (o pueden ser) las razones por las que llegues tarde o te ausentes de tu trabajo?

Llego tarde porque los domingos me voy a pasear con mi familia y se me pasa el tiempo volando. También llego tarde porque tengo pacientes en mi consultorio.

Cada vez que tengo guardia me ausento a las 6 am para irme a bañar al deportivo.

Me ausento cuando alguien me habla para una urgencia.

Jamás me salgo del hospital si tengo trabajo, esto es, si tengo un paciente a quien ver. No me llama la atención ganarme 3 ó 5 mil pesos afuera si tengo la responsabilidad de un paciente en el hospital, pero no siento la responsabilidad de permanecer dentro del hospital si no tengo ningún paciente.

¿De qué crees que dependa el desempeño en tu trabajo? (responsabilidad, obligación, dinero, sólo cumplir...)

Desde mi niñez están dados algunos valores. Entre ellos está la obligación moral. Esto es, debo cumplir pase lo que pase. En cuanto al sentimiento de pertenencia hacia la institución, tengo la percepción de que se utilizan mecanismos represivos para hacer sentir la camiseta. Por ejemplo, no está permitido salir durante la jornada laboral, pues de hacerlo esto se refleja en el deterioro de la carrera en la institución y demerita en los premios. Tampoco es recomendable pedir permisos, pues esto llega a deteriorar la imagen del hospital. Por otro lado, la carrera institucional se enriquece cuando uno llega temprano y se va tarde, cuando uno no falta, aunque no cumpla en forma eficiente y con calidad en el trabajo.

¿Cómo ha sido la capacitación recibida?

Voy a los cursos que me mandan, aunque hay algunos en donde asisten desde afanadoras hasta directivos, médicos y administrativos. Algunos cursos los repiten más de una vez, lo cual no me parece necesario y sí se gastan recursos en ello.

La capacitación además de ser mala no es apropiada. La da gente que no está capacitada para enseñar. Mi capacitación anual en gastroenterología y cirugía corre por mi cuenta, mientras que el ISEM cubre los gastos de un curso de lactancia materna para todo el personal del hospital.

¿Qué harías como director del hospital?

Si fuera director del hospital:

1° Platicar con toda la gente, haciéndoles ver lo que es el hospital, lo que somos nosotros y lo que es el ISEM.

2° Les haría sentir que somos una gran familia y buscaría un cambio de actitud, con lo cual es posible lograr cualquier cambio. La gente quiere que tú cambies por tu propio esfuerzo las cosas que les toca cambiar a los demás porque ellos trabajan con la ley del mínimo esfuerzo. Sin embargo, mientras que no exista cambio de actitud las cosas no podrán cambiar.

¿Existe desigualdad entre hombres y mujeres en el ámbito médico?

Las mujeres generan sus propias desigualdades. No creo que ellas sean menos que los hombres, sin embargo los pacientes —en algunas áreas— confían más en los hombres que en las mujeres. Personalmente, después de ver la actuación de algunas mujeres en cirugía, no me dejaría operar por alguna de ellas.

Al margen de posturas sindicalistas, ¿sientes que puedes ser reemplazado fácilmente en tu trabajo?

No. Decir esto pudiera parecer petulante, y así es. Aún esta opinión es compartida por otras personas al interior del hospital. Veamos por qué. Quien pudiera reemplazarme sería una persona recién egresada, lo cual implica que tenga una experiencia limitada, pues los médicos que ya han adquirido mayores conocimientos y experiencia y que tienen pacientes fuera de los muros del hospital, no les interesa ingresar a este tipo de instituciones de salud. En resumen, no sería fácilmente reemplazable.

¿Cómo percibes el sueldo?

En el Estado de México, los mejores sueldos los tienen el personal del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Recientemente, cuando llegó un paciente con una puñalada en el corazón, una médico del servicio de urgencias y yo, logramos salvarle la vida. El comentario posterior entre ambos fue que con este hecho ya habíamos desquitado el suelo de la quincena, que bien pudiéramos no regresar al trabajo. Pues sí, lo que hicimos fue salvar una vida. En este sentido, si comparo lo que hago con lo que me pagan, es una burla el sueldo.

Sin embargo, también –como humano- tengo errores. Mi tendencia es ser profesional y no hacer las cosas a la ligera.

¿Consideras que el compromiso es parte del éxito?

Sí. Si tu no tienes compromiso con tu persona, con tu carrera, es imposible lograr el éxito. Es necesario sentir el compromiso de ser mejor cada día para generar el éxito personal y el beneficio social.

¿Qué significa atender a la población abierta, a los pobres, a los más necesitados?

En la relación médico paciente soy más rudo con los pacientes particulares que con los que atiendo en el hospital.

La gente más desfavorecida me duele. Una forma de aliviar este dolor es darles algunos recursos al menos para que compren su medicina o que regresen a su pueblo. Me considero una persona con espíritu filantrópico.

¿Consideras que la población atendida es más exigente que antes?

Sí. Han despertado y aún más, ya no tardan en pedirle al médico la cédula profesional o su título.

¿Hacia dónde van las instituciones públicas de salud en nuestro país?

Piden auxilio y dicen: ¡ya no me roben más!

Lo más lamentablemente es que afectan de manera directa a las personas de bajos recursos. Veamos por qué. Actualmente en el Estado de México se contempla la apertura de nuevos hospitales sin equipo ni personal especializado. Parece más importante cumplir caprichos personales, como es el caso de la hermana del actual Secretario de Salud en el Estado de México, para quien existe el proyecto de construir un hospital de genética, aunque ahora no se cuente con la infraestructura mínima para atender a los accidentados. Por otro lado, resulta más prioritario educar a la gente en relación a un código genético para que entiendan que una malformación genética no es un problema astral, sino hay algo más de fondo.

El DIF ya no puede con la carga económica. Se contempla crear el Instituto de Pediatría y Gineco Obstetricia (hospital de tercer nivel), cuando ni siquiera cuentan con la infraestructura para hacer la cuidadosa selección del paciente que amerita la atención en este tipo de instituciones.

Entonces la pregunta es: ¿cuántos hospitales de segundo nivel van a suplir con buena calidad de atención a los pacientes que esa institución va a dejar de ver? Lo más seguro es que esos usuarios sean atendidos por los dos hospitales de salud pública que hay en la Ciudad de Toluca, considerando que éstos están trabajando con un 30% de abasto de medicamentos y material de curación. Esta situación más que desarrollo tiene tintes políticos que busca beneficios personales.

¿Qué es un hospital?

Es un centro en donde se debe tratar de recuperar la salud del paciente, teniendo como base fundamental la presencia de especialidades básicas, consulta externa y personal paramédico calificado, trabajando en forma multidisciplinaria.

Existen tres niveles de atención. El primer nivel es consulta externa en donde se debe seleccionar cuidadosamente a los pacientes para ser manejados a través de un concepto de la medicina familiar. En el ISEM son los centros de salud. Al segundo nivel pertenecen las camas de hospitalización y especialistas en medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría como base fundamental, a partir de la cual se forma la pirámide del segundo nivel. Existen algunas subespecialidades: neonatología, traumatología y cirugía plástica, por ejemplo. En el tercer nivel de super especialidad, es donde solamente se tienen que atender casos muy seleccionados que no pueden ser atendidos en hospitales de segundo nivel porque no hay la infraestructura necesaria ni el personal calificado para esos casos. En el caso del ISM corresponden a este nivel el Instituto Nacional de Pediatría, el de la Nutrición y el de Cancerología. Por otra parte, el Hospital ALM no debería tener consulta externa y el DIF no tiene hospitales de tercer nivel.

¿Tienes tiempo improductivo durante tu jornada de trabajo?

Sí. Todo el personal lo tiene y esto radica en la propia organización. De las ocho horas laborables, en promedio se trabajan 3.5 horas realmente. En el turno matutino se pasa una visita rápida de 15 ó 20 minutos y de ahí, se pasa uno a la consulta externa. "Entre 8:00 y 9:00 a.m. no haces nada; de 10:00 a 11:30 a.m. das consulta a 10 ó 12 pacientes y después esperas tu hora de salida, pero no le dedicas nada de tiempo al residente para enseñarle". En el turno vespertino, la visita es de media hora a las 2:00 p.m.; después, si es el caso, se operan a pacientes de urgencias y entonces ya puede uno salir a dar consulta. Se hay trabajo pendiente, lo saco lo antes posible para que a las 12:00 p.m. pueda descansar. En conclusión: "si tu no estás organizado por ti mismo, no hay alguien que vigile que se cumpla tu trabajo"

ENTREVISTA No. 2

Entrevistada: psicóloga, subdirectora de Auditoría del DIFEM, 10 años de antigüedad. Enero 15, 2002

Los resultados obtenidos en algunas variables organizaciones señalan que existen marcadas diferencias entre el hospital del ISEM y los del DIF, siendo más favorables en éstos. ¿A qué se debe?

Estoy de acuerdo con los resultados. En gran parte las diferencias tienen que ver con la situación financiera de cada nosocomio. El Hospital de Ginecología, al igual que el del Niño, han encontrado mucho apoyo en cuanto a tener instalaciones nuevas y más apropiadas. El Hospital de Ginecología ha cambiado tres veces de edificio. Por otro lado, también tienen la libertad de solicitar medicamentos y material de curación que no están en el cuadro básico y que se requieren para la evolución del paciente; de lo que solicitan, les abastecen la mayor parte. Entonces, cuando se cuenta con lo necesario para trabajar, el personal está contento porque la organización responde.

Además, la demanda no es tan alta ni diversificada como en el Hospital General.

¿Consideras que es el personal administrativo quien percibe que menos contribuye a la organización mediante su trabajo y que los paramédicos quien más?

Sí. Esta percepción la atribuyo a que el personal administrativo tiene los sueldos más bajos y, además, son ellos quienes manejan la nómina y se están comparando con los demás. Consideran que ellos trabajan más horas que los médicos y paramédicos y, sin embargo, ganan menos. Lo que no ven es la dificultad del trabajo ni el impacto de un error.

La gran contribución de los paramédicos se entiende porque hay que recordar que el médico sin un equipo de trabajo no podría dar ni la atención adecuada ni la respuesta oportuna que los pacientes requieren. Una de las profesiones en las que más cuenta el trabajo en equipo es en la salud. Sin embargo, aunque sin los paramédicos, los médicos difícilmente realizarían su trabajo, esto no es muy reconocido por la organización.

En cuanto a los médicos, me atrevo a decir que tienen un sentimiento de superioridad sobre el demás personal del hospital, porque el reconocimiento de los pacientes es hacia ellos y no hacia las enfermeras o la organización como un todo; esto les infla el ego.

¿La organización reconoce el esfuerzo de los médicos?

Los galenos siempre se han sentido que practican una de las profesiones más difíciles, pues conlleva una gran responsabilidad por tener en sus manos la vida de los seres humanos. Sí obtienen reconocimiento de sus pacientes pero no de las autoridades y creen que éstas no comprenden la magnitud del esfuerzo que significa lo que hacen.

¿Existe un divorcio entre administrativos y personal médico?

Definitivamente sí. Este divorcio ocasiona que la organización marche con dos grupos diferentes cuando debe ser uno solo. El personal médico culpa de los errores a los administrativos; y, éste siente que el personal médico tiene superioridad sobre ellos. En la medida en que no haya cohesión en los grupos, difícilmente la organización marchará bien. Pareciera que los administrativos no comprenden las necesidades de los médicos y éstos no entienden porqué los administrativos no surten sus requerimientos. Lo importante es que los administrativos, particularmente los puestos directivos, casi siempre son médicos. Y entonces, para

explicar esta problemática es necesario tomar en cuenta otros factores, entre los que están las normas en cuanto al manejo de los recursos, mismas que resultan ser muy exigentes e inaplicables a este tipo de instituciones y al sentirse obligados a respetarlas dejan de lado las necesidades reales.

En cuanto al soporte que el personal percibe por parte de la organización resultó ser una variable baja. ¿Estás de acuerdo? ¿Por qué?

Es una cuestión histórica el que los médicos, al igual que los maestros, siempre se han sentido poco valorados respecto de lo que ellos sienten que son y dan. El pleito permanente es que se mejoren sus condiciones de trabajo y, creo, que en gran parte a eso se refiere el no tener el soporte de una organización.

Por otro lado, creo que resulta más que difícil sentir el apoyo de una organización cuando no se tiene con qué trabajar. Este problema se ha agudizado con la descentralización de los servicios de salud; antes la Secretaría de Salud suministraba insumos a todos los estados, muchos de los cuales no se necesitaban. Actualmente, se establece como política general manejar un cuadro básico de medicamentos. El Hospital General enfrenta serias dificultades para cubrir sus requerimientos y se les autoriza a cuenta gotas. Por su parte, los hospitales del DIF cuentan con otras fuentes de financiamiento, como el patronato, pero además tienen la libertad de poder adquirir aquellos medicamentos que saben que son importantes para una rápida evolución de paciente y que no están en el cuadro básico. En resumen, los hospitales del DIF tienen la libertad y los recursos para adquirir materiales y medicamentos, mientras que el Hospital General no cuenta con estas alternativas. Esto repercute la manera en que el personal percibe el apoyo de la organización.

ENTREVISTA No. 3

Entrevistada: enfermera, jefa de servicio del Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos", 31 años de antigüedad. Marzo 2, 2002.

¿Te sientes comprometida con el hospital?

Sí. Porque me ha permitido tener una fuente de trabajo y realizarme como profesionista. Yo le he dado mi trabajo y él me ha dado un bien económico.

¿Qué es lo que más te compromete con el hospital en esta etapa de tu vida?

El gusto por trabajar. Percibo depender del hospital en lo económico y en lo emocional porque es parte de mi vida y ahora también de la de mis hijos, porque su vida depende de que yo trabaje aquí.

¿Qué piensas con relación a la evaluación del desempeño?

Hay favoritismos a pesar de los mecanismos que existen, pues éstos son susceptibles de ser alterados, sin romper –aparentemente- las normas.

¿Qué le interesa a la organización: cumplir con las metas o el bienestar y desarrollo del personal?

Le interesa más cumplir con las metas porque el personal nunca va a estar a gusto, ya que unos quieren algo y otros buscan otra cosa.

¿Consideras que hay un divorcio entre médicos y enfermeras?

No puede existir esta separación entre médicos y enfermeras porque tenemos que trabajar en equipo. El divorcio se da entre las mismas enfermeras, a partir de las categorías de contratación, niveles de estudio y salario. Por ejemplo, las compañeras auxiliares no están de acuerdo con las profesionistas; las primeras pueden tener más antigüedad y perciben que tienen más derecho, pero como "el papelito habla" las enfermeras profesionistas piensan que son ellas quienes deben ganar más u ocupar mejores puestos.

¿Es alta la rotación de enfermeras?

No. Que yo recuerde, sólo una compañera se retiró voluntariamente. Otras han dejado el hospital por jubilación; habemos algunas que aunque ya debemos jubilarnos aquí seguimos.

¿A quién reconoce más el paciente: a la enfermera o al médico?

Nos reconocen más a nosotras porque convivimos más con ellos.

¿Dices lo que en verdad piensas en relación a las decisiones que se toman o a la manera de actuar de los demás?

La gente no dice lo que piensa, porque no dice la verdad; temen a las represalias.

¿Qué imagen tienes del hospital?

No está muy bien, porque cambiamos de director y la situación sigue igual. No se nota el cambio y la verdad sí hace falta más organización. Ya subió el abasto y eso le da otra imagen al hospital. Los compañeros de trabajo siempre se quejan: si hay, porque hay y si no también. La gente que es problemática busca los pretextos y las disculpas.

¿De quién recibes mayor reconocimiento?

No lo recibo de nadie. Yo misma me digo: "¡qué bien estás Berthita!" Pero cuando hay algún problema, se acuerdan de que existe Central de Equipos (CEYE).

¿Cómo consideras la relación entre médicos y paramédicos?

A ellos les conviene estar bien con nosotras. Personalmente, tengo una buena relación con los médicos.

¿Percibes que la organización reconoce tu esfuerzo?

No. Los médicos conocen mi trabajo, pero el hospital no me reconoce. Quien me debe reconocer primero es mi jefa inmediata y me reprobó en la evaluación de productividad.

¿Qué opinas de la capacitación recibida?

Es buena porque nos dan oportunidad de ir a los cursos que querramos y con lo de productividad (programa de evaluación del desempeño) nos interesa asistir. Sí he aprendido con los cursos de capacitación.

¿Cuál ha sido la mejor manera para aprender tu trabajo?

Los golpes de la vida; de cada problema aprendo.

¿Percibes oportunidades de ascenso?

No. Ya están establecidos los códigos. Soy jefe de servicio desde hace 7 años, lo cual obtuve mediante un programa promocional.

¿Percibes que la organización te apoya? ¿De qué manera?

Sí. Los directivos toman en cuenta mis opiniones.

¿Qué tan comprometida te sientes hacia tu profesión?

Estoy a gusto con mi profesión. Estoy consciente de lo que hago y a lo que estoy.

ENTREVISTA No. 4

Entrevistado: médico general, subdirector médico del Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos", 3 años de antigüedad en el hospital y 15 en la institución (ISEM). Marzo 13, 2002

Los resultados del diagnóstico realizado en meses pasados sobre algunas actitudes del personal del hospital, arrojan que las personas tienen un débil sentimiento de pertenencia a la organización. ¿Qué opina al respecto?

Mi percepción es compartida a los resultados. Les he preguntado si saben cuál es el objetivo y la misión del hospital y de la institución (ISEM) y muy pocas personas lo saben. Por aquí empieza todo.

El personal se siente orgulloso por el tiempo de permanencia en la organización (antigüedad laboral), mas no por el logro a nivel del hospital, pues prevalecen metas personales. No hay equipo. Uno de los más graves problemas a los que me he enfrentado es que hacemos pequeños grupos, pero no equipos de trabajo en donde todos participemos; pensamos que lo hacemos bien personalmente, más no en conjunto y así se demerita la atención al paciente, lo cual crea, a veces, una situación de desaliento porque hay quejas de los usuarios y no se logra el objetivo de atención de calidad y calidez, aunque se trabaje arduamente. Son esfuerzos personalizados y aislados.

Hay una insatisfacción personal del recurso humano y, entonces, ya empezamos mal. Esto se refleja en las acciones que llevamos a cabo para dar el servicio. Cuando una persona llega molesta a un lugar, trata de hacer su mejor esfuerzo pero no con la confianza y tranquilidad que podría tener en un mejor clima laboral.

¿Qué es lo que compromete a los médicos y no a los administrativos?

Lo que compromete al área médica es su profesión y vocación de servicio; la finalidad es atender al paciente y brindarle su mejor apoyo desde el punto de vista profesional. Independientemente de que no se lleven entre las personas, cada uno trata de hacer lo mejor pero no todos participan con la misma intensidad ni con la misma calidad. Si yo tengo un paciente que llega a urgencias y requiere que lo revise un especialista, no hay esa conjunción de criterios para apoyarnos. Se personaliza el diagnóstico y surge el enfrentamiento. Más que de profesionalismo, hay falta de respeto y de integración de grupo.

¿Qué le ha dado al hospital y que ha recibido de él?

Mi compromiso desde que llegué fue con los pacientes, que son el objetivo y el objeto de estudio. Darles el mejor servicio con calidad y calidez de acuerdo a nuestras posibilidades reales, pues si bien por ahora no podemos brindarles lo ideal, sí tendemos a ello. Lo ideal sería posible cuando existiera una conjunción entre lo humano, lo material, el equipo y los insumos.

Lo que he tratado de hacer es fomentar el principio de atención y respeto hacia los pacientes, sustentando en el sentido humano, la responsabilidad profesional y el compromiso moral. Podemos tener tecnología, pero si no se cuenta con ese gusto por servir y hacer algo por nuestros semejantes, estamos perdidos.

¿Qué me ha dado el hospital? La oportunidad de servir y de tratar de mejorar tanto profesional como personalmente y en esto más valen hechos que palabras. Si uno quiere que algo cambie necesita dar el ejemplo. Yo estoy aquí para apoyar en lo que pueda y enseñar lo poco que sé. Además, he dado una imagen de responsabilidad y deseos de superación para muchos jóvenes y para aquellas personas que están cansadas y no quieren participar; los estamos empujando a través (*sic*) de la normatividad, sin salirnos de los principios que nos rigen.

Quiero decir que aunque los médicos no son grandes (de edad), ya están cansados psicológicamente.

También se encontró en los resultados referidos que parece que los empleados son leales hacia la organización, pero –al mismo tiempo– no se sentirían culpables de dejar el nosocomio frente a una mejor oportunidad laboral. ¿Hay algo que saben que la organización les puede dar y no se los da?

Efectivamente. El personal tiene una falta de pertenencia; tienen un conflicto de pertenencia. No se saben parte importante de la institución, están conscientes de que en cualquier otra parte hay privilegios y algunos se sienten desmotivados porque no les otorgan lo que supuestamente ellos tienen derecho, pero cuando se hacen las investigaciones para identificar este tipo de problemas, aparecen otras situaciones. Por ejemplo la no acreditación de algunas actividades que les darían derecho a lo que supuestamente ellos desarrollan y esto crea inconformidades. Una cosa es lo que siento que me merezco y otra lo que realmente me merezco.

En pláticas con el sindicato, hemos llegado al consenso de que se premie al que trabaja y que no se les den, como antes, premios a los adictos al sindicato. Estos son los famosos dedazos. Hay que cambiar políticas a través de sensibilizar al sindicato y a las autoridades, cuidando los intereses del personal.

El personal tiene claro qué debe hacer, pero no tanto cómo se evalúa su desempeño. ¿Qué piensan con relación a la evaluación del desempeño?

Hay personas que piensan que porque vienen se merecen un premio, cuando lo que están haciendo es cumplir con su deber. Por ejemplo, el 25 y 31 de diciembre lo consideran que debe ser un premio por asistir a

trabajar, cuando realmente están cumpliendo una jornada normal en turno especial. Aquí aparece la confusión y surgen las frustraciones, pues antes se les daban canchales al personal y ahora ya no.

¿Qué le interesa más a la organización: cumplir las metas o el bienestar y desarrollo del personal?

Debe ser parejo, y primero es el personal y después las metas, pero para que podamos cumplir las metas requerimos de que el personal funcione pero también de que todo el sistema funcione. Si yo tengo personal preparado para operar y se inunda el quirófano, no podemos hacer nada y las metas no se conseguirán, no por los recursos humanos sino por la imposibilidad real de factores fuera de control.

¿El personal percibe que la organización los apoya?

Cada quien piensa lo que le conviene. Cuando una persona viene y me solicita alguna situación dentro de la norma, se les da la oportunidad de tener esa autorización o permiso. Todos quisiéramos que nuestra situación personal fuese la más importante, pero nunca hemos pensado colectivamente (nuevamente aparece la ausencia del sentido de pertenencia y del trabajo en equipo). Si digo que pertenezco a un equipo de trabajo, pero primero me fijo en mis necesidades personales, estoy hablando de un egoísmo porque no estoy consciente de pertenecer a un equipo donde soy parte importante para la solución de problemas. En resumen: primero yo, luego yo y después yo. Por eso no se integran equipos de trabajo.

Otra cosa es que nunca nos han invitado a participar en equipo y seguimos dividiendo funciones que debieran ser comunes en diversos servicios. Por ejemplo, si yo tengo once elementos de trabajo social que debiéramos integrar para llevar a cabo la misma función y con los mismos lineamientos, resulta que las once personas perciben su función y sus lineamientos de manera muy distinta y esto genera y alimenta el desorden.

¿Qué imagen tiene de la organización?

Hay muy buenos elementos en el hospital, lo que sucede es que no hay una buena organización, lo que significaría tener bien definido el actuar de cada uno de los miembros.

Prevalece el individualismo porque no hemos creado ese espíritu de trabajo en equipo. Si yo no puedo operar, otro lo puede hacer, pero no hay esa disposición para acelerar la resolución de problemas.

Yo llegué como una persona extraña y que poco a poco he ido penetrando en ese muro de contención que ponen, porque se han dado cuenta que yo vine a trabajar y a apoyar el trabajo para darle la atención adecuada a nuestros pacientes, y no a alimentar discusiones inútiles.

Si no estamos conscientes que la obligación primordial es el paciente, estamos perdidos y aquí por eso no soy muy bien visto, porque yo no permito que antepongan sus prioridades personales a la atención de los pacientes.

Es urgente sensibilizar al personal de sus obligaciones y de las necesidades del paciente, pero no sólo desde el punto de vista de las necesidades personales de quienes prestan el servicio, sino desde un enfoque colectivo y organizacional.

¿Percibe que la organización reconoce su esfuerzo y los frutos de su trabajo?

Me di cuenta que la organización reconoce mi esfuerzo al momento en que presenté mi renuncia. Me di cuenta que todos me reconocen no sólo adentro del hospital sino también fuera de él, es decir, en el ISEM. Nunca me había dado cuenta de que sí me estaban observando.

Las mismas enfermeras, a las que he llamado muchas veces la atención, pidieron que me quedara como director. Al final reconocen que tengo razón y que no estoy pidiendo nada fuera de lo que debe ser. Eso me da la oportunidad de retirarme tranquilamente.

Hay muchas personas con egoísmos. A los que más apoyé, no manifestaron interés para que yo me quedara en la dirección.

Antes de mis gustos y mi imagen, están los pacientes y esto es lo que no han entendido. Yo no vine a buscar puestos, sino a trabajar y a apoyar el trabajo; estoy a favor del trabajo.

¿Qué opina de la capacitación en el hospital?

En el área médica la capacitación no es manifestación de cambios sustanciales; al contrario, siguen con sus mismos problemas y se sienten más que antes y empiezan a buscar la posibilidad de que se les asienda y se les de otro trato. En lugar de beneficiar en este aspecto, tenemos problemas en la ubicación de esos recursos que se van a preparar. Pero, también depende mucho de los lugares (plazas) disponibles para sacar provecho de la capacitación. Por ejemplo, una instrumentista debe estar en quirófano, pero a veces está

saturado y entonces, por qué no ubicarla en otra área donde también tenga la posibilidad de seguir desarrollándose. Esto depende más del nivel jefatura que de subdirección y se traduce en cuestiones políticas y hasta personales.

Desde el punto de vista social, hay un fenómeno: rumorología. Las personas se van más por el rumor que por lo verídico y viven en el engaño. También manifiestan incongruencias con lo que dicen y hacen.

¿Qué tan comprometido se siente con su profesión?

Tengo, y vivo, un compromiso con la vida de mis pacientes.

Este compromiso con los pacientes lo manifiesto al tratarlos como personas y no como objetos. Busco darles un soporte anímico, que me venga del alma.

¿Percibe oportunidades de ascenso?

Trabajaba en las oficinas del ISEM; era el jefe de investigación. El ascenso que tuve no es a nivel de puesto, sino a nivel de responsabilidades en relación a que uno se sienta útil y siga creciendo y no llegue a la frustración.

Los ascensos no sólo son en lo material, sino debe uno buscar un área en donde se sienta bien desde el punto de vista profesional, personal y no nada más por la paga o por un puesto que le de más poder. Esto difícilmente lo entiende la gente.

¿Cómo entiende el compromiso institucional?

El compromiso institucional empieza por las personas y no por los objetivos y aquí parece que no hay tanto interés por las personas.

Desde un punto de vista personal, y a nivel directivo, la capacitación es algo primordial que debe haber en la institución, sobre todo en dos rubros: relaciones humanas y trabajo en equipo. Es necesario que el personal nos ubiquemos en qué contexto estamos y para qué servimos. Si no hay esto, no hay compromiso. Actualmente, no sabemos donde estamos ni porqué trabajamos aquí. A nivel individual, el personal no manifiesta un compromiso para llevar a cabo el trabajo y la responsabilidad que le corresponde.

El compromiso hacia la organización se conforma de gente responsable que tenga el gusto de servir, pero no de manera individual, sino mediante un equipo de trabajo, pero mientras no prevalezca este sentido de trabajo colectivo, los frutos del trabajo individual van a ser mucho menores y las organizaciones ahora debemos optimizar los recursos y ser más eficientes y eficaces.

ENTREVISTA No. 5

Entrevistado: médico pediatra, exdirector general del Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos", con 25 años de antigüedad. Marzo 20, 2002.

Los resultados del diagnóstico realizado en meses pasados sobre algunas actitudes del personal del hospital, arrojan que las personas tienen un débil sentimiento de pertenencia a la organización. ¿Qué opina al respecto?

Primero fui jefe de enseñanza y luego médico de pediatría; de ahí, ocupé la jefatura del servicio de pediatría, coordinador de internos de pregrado de la UAEM y la Universidad Anáhuac; luego ocupé la subdirección médica y posteriormente la dirección general. Ahora estoy, nuevamente, como pediatra. A través de esta evolución, lo que más me ha motivado para ocupar cargos es el interés por hacer un hospital digno, donde los pacientes se sientan seguros. Esto es lo que he promovido. Sin embargo, me he encontrado con algunas personas que están nada más por el salario, otras vienen, además del salario, por hacer antigüedad y porque buscan la jubilación; y a otras, no les interesa lo que le pasa al hospital. Muy pocas se interesan por mejorar la atención en el hospital, independientemente del salario que les paguen, que, en honor a la verdad, es poco.

Nos hace falta conocer más a la gente, pero ahora que estuve en la dirección me di cuenta que hay áreas que sí buscan mejoras. Por ejemplo, mantenimiento quiere mejorar, pero a veces no tiene los recursos y

el equipo necesarios y esto les da un sentimiento de frustración y terminan por hacer sólo lo que se presenta y nada preventivo.

Los choferes me manifestaron su interés por mejorar las cosas y hacer bien su trabajo, pero por falta de una adecuada organización no dan el valor agregado a su trabajo y hasta les causa frustración, terminando por hacer lo mínimo.

En el área médica, como un 75% de los jefes médicos les interesa mejorar y están dispuestos a trabajar y hacer bien las cosas; a trabajar por la calidad y dar una atención con calidez. Pero tenemos el resto que sólo les interesa ocupar el puesto, tener el poder y no cumplir con lo que tienen que hacer.

Esta diferencia se sustenta en una autoridad personal. Están por la comodidad del salario y su capacidad de decisión. Si no quieren trabajar, que renuncien, pero perciben esto como una cuestión personal y no organizacional.

En cuanto al personal de base médico (excluyendo a los jefes), en una encuesta sobre satisfacción del usuario, se encontró que quien da mejor atención es el médico, pero también hay un 10% de médicos de base que nada más vienen a pasar el tiempo y no les interesa trabajar o cumplir con sus funciones. Ellos están muy bien identificados, sabemos quienes son.

Por otro lado, hay situaciones frustrantes: primero, salarios bajos; segundo, falta de estímulos, no económicos, sino de otro tipo; tercero, falta de recursos materiales. Tenemos equipo médico muy obsoleto, ya viejo y además no se le da mantenimiento preventivo por falta de presupuesto. Tenemos equipo médico que sobrepasa los 10 ó 15 años y con eso trabaja el personal. A pesar de todo, le echan ganas.

Después de la capacitación, el personal regresa muy estimulado, pero no hay con qué practicar lo aprendido; sin embargo, sí les sirve para la práctica privada. Hay medicamentos que no están en el cuadro básico; a veces sí se recetan pero son tan caros que el paciente no los puede comprar. Por ejemplo, un nuevo antibiótico cuesta \$200.00 la ampolla y el paciente necesita dos al día durante 10 días. El salario mínimo para una familia con cinco hijos no le alcanza ni para comer, mucho menos para comprar este medicamento. Esta ampolla se sustituye con medicamento más económico. Otra alternativa es pedir donaciones a laboratorios o conseguirlos con otras instituciones.

Nos damos a la tarea de pedir para los demás y esto es parte de la participación, lo cual no sólo lo hace el director, sino muchos médicos también tratan de conseguir recursos.

¿Considera que el compromiso sea mayor en los médicos y mandos que en los administrativos?

Sí. Los administrativos no viven directamente la situación de ver un paciente enfermo que pide atención; no se comprometen con los pacientes porque no se dan cuenta de lo que está pasando. Ellos están atrás de este proceso. Sin embargo, es necesario reconocer que los administrativos son una parte activa dentro del hospital porque si no funcionan adecuadamente su trabajo, tampoco van a funcionar los médicos.

¿Qué le ha dado usted a la organización y que ha recibido de ella?

Le he dado los conocimientos que adquirí en otro lado como pediatra. Le he entregado mi tiempo, gran parte de mi vida; más del 50% de ella se la he dedicado al hospital. Le he dado mi capacidad de preparar y formar nuevos médicos. Le he dado parte de mi experiencia que he adquirido en el campo administrativo para mejorar la calidad que se brinda.

¿Qué me ha dado? La oportunidad de seguir atendiendo pacientes, de seguirme preparando, pues el tener residentes a cargo exige una preparación permanente; la oportunidad de aprender cosas de administración a nivel directivo. Esto es mucho.

También se encontró en los resultados referidos que parece que los empleados son leales hacia la organización, pero –al mismo tiempo– no se sentirían culpables de dejar el nosocomio frente a una mejor oportunidad laboral. ¿Hay algo que saben que la organización les puede dar y no se los da?

Ellos creen que la organización les puede dar más recursos para un mejor desempeño de sus funciones. Todos tienen la firme idea de que nos pueden dotar del mejor equipo pero que no se los dan. En contraparte, es una realidad que también la organización puede hacer un reconocimiento a la labor ejercida y no se otorga y, cuando se otorga, no se da a quien se le debe dar. Sigue existiendo el dedazo.

¿Qué tan comprometido se siente con la organización?

Al cien por ciento. ¡Es mi hospital!

Se encontró que los médicos y paramédicos expresan más sus sentimientos que los administrativos. ¿Qué opina?

Los médicos expresan todo y también la mayoría de las enfermeras. Donde están más bajos es en los administrativos, pues a este nivel hace falta liderazgo. Hay muchos jefes, pero no líderes. No están capacitados para ser jefes, no tienen don de mando, su capacidad de decisión es poca y hacen que los subordinados administrativos se disciplinen por disposición jerárquica y no los invitan a participar en la toma de decisiones.

En los médicos, fomenté la participación. Por ejemplo, les decía que teníamos que llegar a una meta, y les pedía su opinión para definir estrategias de cómo lograrlo; los invitaba a participar y, al mismo tiempo, los comprometía. Quiero decir que siempre hubo unos servicios médicos (departamentos) que participaban más que otros. Pero los jefes administrativos no hacían lo mismo con su personal.

El personal se siente útil y sabe que hacer bien su trabajo es importante, pero no se siente pieza clave. ¿Qué hacer?

Invitarlos a trabajar en equipo, a participar en la toma de decisiones, a que se comprometan con éstas. Lo que menos influye en hacer sentir pieza clave al personal es un aumento de sueldo.

¿Qué le interesa más a la organización: cumplir las metas o el bienestar y desarrollo del personal?

Las dos cosas. Por un lado, deben existir metas a alcanzar pero éstas no se cumplen si no se considera el desarrollo y bienestar del personal. Bienestar entendido como aceptar lo que se está ganando y que el trabajo es fuente de desarrollo, lo que implica hacer mejor las funciones.

La dirección se preocupa por el bienestar de sus jefes inmediatos, los subdirectores o jefes de servicio, pero a la dirección no le da tiempo de preocuparse por el bienestar de todo el personal. Esto lo tendría que ver cada uno de los jefes y hay un 25% de los jefes que no se preocupa por el bienestar de su personal. El otro 75% lo que le preocupa es lograr las metas y no el bienestar de su personal. Su postura es: "me cumples con esto y no me interesa cómo le hagas".

Esto nos da un bajo porcentaje de preocupación por los demás. A nivel dirección, sí es posible tomar acciones orientadas al bienestar del personal, como son las instalaciones, pero la dirección no se puede meter en la relación cercana entre el jefe y el subordinado. Debe hacer los trámites pero si al jefe inmediato no le interesa se presentarán inconformidades. Cuando tomé una acción en este sentido, las enfermeras estaban en contra de la jefa, lo cual hace suponer una falta de liderazgo.

¿Considera que hay un divorcio entre administrativos y médicos?

Más que un divorcio, creo que nunca se han casado. Lo que se oye y se ve, es que el médico no aprecia el trabajo del administrativo y a éste no le interesa relacionarse con el médico. Lo que les hace falta es entender que sin el uno no funciona el otro. Si el administrativo no cumple con sus funciones, el médico no va a trabajar bien. Si yo médico no existiera, el administrativo no tendría razón de ser; ellos deben entender que debemos trabajar en equipo.

¿Le preocupa más al hospital perder médicos o paramédicos?

Cuando era director, me preocupaban las dos cosas porque todo es importante. También es preocupante perder un administrativo. Por ejemplo, no es conveniente perder un chofer pues son quienes trasladan a los pacientes, o bien una enfermera porque se sobrecarga el trabajo y cuando se trata de médicos, se dejan huecos en algunos turnos, es decir, no se tienen médicos especialistas. Siempre me preocupó perder personal. Le daba prioridad a enfermería, porque es en donde más se nota la falta de personal.

¿Qué imagen tiene del hospital?

Que hace falta mejorar la función de organización, que cada quien cumpla con sus funciones y que se tienen que deslindar responsabilidades, pero éstas tienen que ser compartidas (vamos a hacerlo y te toca darle seguimiento). También es muy importante que el personal tenga una actitud positiva.

¿A qué se debe la actitud negativa del personal?

Muchos ya están esperando la jubilación. Hay gente con mucha antigüedad y se han generado vicios; se han adquirido costumbres que no son buenas para el hospital y que no se han corregido y que ahora ya se han vuelto normas.

Se quejan de que sus jefes no son buenos jefes y éstos de que no tienen el personal adecuado. Han olvidado que su trabajo es luchar contra viento y marea.

Una solución es invitar al personal a integrarse a un equipo, a tomar decisiones, a comprometerse con ellas. Esto ayudaría a cambiar la actitud de mucha gente.

¿De quién recibe mayor conocimiento?

Cuando fui director, de mis jefes de servicio y ahora que son médico de base lo sigo recibiendo de algunos de ellos, pero también de mis pacientes y alumnos.

¿A quién reconoce más el paciente: a la enfermera o al médico?

Al médico.

¿Qué opina de la capacitación? ¿Considera que sea fuente de conflicto?

La capacitación mejora nuestro desempeño. Si tomo un curso de calidad en el trato al paciente y tengo una identificación muy cercana con él, éste estará contento, pero cuando se desespera le debo explicar el motivo de alguna tardanza, esperando que comprenda.

La capacitación no sirve de conflicto. Se adquieren nuevos conocimientos; algunos se podrán aplicar en el hospital y otros no, por falta de tecnología, pero la ventaja que se tiene es que ahora es posible distinguir que paciente necesita una tecnología y buscar un traslado.

La capacitación permite cambiar de ambiente. Irse a capacitar es como cargar las baterías y con lo aprendido es posible hacer nuevas propuestas y no darse por vencido por las carencias.

También facilita la relación con otros compañeros del gremio.

¿Cómo considera su relación con los compañeros del gremio y con el personal del hospital?

Muy buena, tanto con unos como con otros. Soy una persona que se me facilita relacionarme con los demás.

¿Cómo describiría su compromiso profesional?

Tengo un fuerte compromiso con el hospital, pero antes es con el paciente. Se ha demostrado que si el médico tuviera los mismos sentimientos que los familiares del paciente, éste no viviría más de cinco años. Me comprometo en solucionar los problemas del paciente, sin involucrarme sentimentalmente como lo hace la familia. Me preocupa su enfermedad, pero sentimentalmente no puedo ser afectado.

La corriente del médico humanista enfatiza que el médico tiene la capacidad de quedarse con nuestro dolor cuando vamos a su consultorio. Si el paciente tiene un dolor, después de la consulta está más relajado. Ya le deja parte de su dolor al médico, pero tampoco es cierto que por cada paciente que vemos se nos lesionen nuestras fibras cardíacas.

Entonces, el compromiso hacia la profesión, lo manifiesto en una gran preocupación para darle lo mejor al paciente, pero emotivamente, no me puedo comprometer más.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MEXICO

**Programa de Posgrado en Ciencias de la
Administración**

Oficio: PPCA/EG/2002

Asunto: Envío oficio de nombramiento de jurado de Doctorado.

Coordinación

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Director General de Administración Escolar
de esta Universidad
Presente.

At'n.: Biol. Francisco Javier Incera Ugalde
Jefe de la Uidad de Administración del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que la alumna **Patricia Mercado Salgado**, presentará Examen de Grado dentro del plan del Doctorado en Administración (Organizaciones), toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo, por lo que el Comité Académico del Programa, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

Dr. Fernando Arias Galicia	Presidente
Dr. Luis Felipe Abreu Hernández	Vocal
Dr. José Ramón Torres Solís	Vocal
Dr. Rodolfo Gutiérrez Martínez	Vocal
Dr. Felipe Uribe Prado	Secretario
Dr. Héctor Francisco Macías Díaz	Suplente
Dr. Imanol Belastegüigoitia Rius	Suplente

Por su atención le doy las gracias y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
"Por mi raza hablará el espíritu"
Ciudad Universitaria, D.F., 4 de septiembre del 2002.

El Coordinador del Programa


Dr. Sergio Javier Jasso Villazul