

Miguel Apolonio Toledo Alarcón

Gestión de la diversidad e inclusión en organizaciones de salud pública en Chile. Caso de Estudio: Políticas y estrategias de Capital Humano y sus efectos en los rendimientos, Hospital del Salvador de Santiago de Chile.

Director/es

Marcuello Servós, Carmen
Montuenga Gómez, Víctor

<http://zaguan.unizar.es/collection/Testis>

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606

Tesis Doctoral

GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD E INCLUSIÓN EN ORGANIZACIONES DE SALUD PÚBLICA EN CHILE. CASO DE ESTUDIO: POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE CAPITAL HUMANO Y SUS EFECTOS EN LOS RENDIMIENTOS, HOSPITAL DEL SALVADOR DE SANTIAGO DE CHILE.

Autor

Miguel Apolonio Toledo Alarcón

Director/es

Marcuello Servós, Carmen
Montuenga Gómez, Víctor

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Sociología de las Políticas Públicas y
Sociales

2020



Escuela de Doctorado
Universidad Zaragoza

Programa de Doctorado: Sociología de las Políticas Públicas y Sociales.

Tesis:

“Gestión de la diversidad e inclusión en organizaciones de salud pública en Chile.

*Caso de Estudio: Políticas y estrategias de Capital Humano y sus efectos en los
rendimientos, Hospital Del Salvador de Santiago de Chile”*

Directores

Carmen Marcuello Servós

Víctor Montuenga Gómez

Doctorando:

Miguel Toledo Alarcón

Santiago de Chile, Septiembre de 2020

RESUMEN

Uno de los principales desafíos para las organizaciones públicas y privadas respecto a las transformaciones y cambios que ocurren en las sociedades actuales, es el incremento de la diversidad en los grupos de trabajo y su necesaria inclusión social. Esta investigación indaga mediante un estudio de caso en un hospital público chileno, la existencia de prácticas de recursos humanos con orientación a la diversidad, su reconocimiento y su relación con factores de rendimiento organizacional. Si bien, las políticas de gestión de personas reconocen la existencia de la diversidad, los esfuerzos están orientados más bien hacia la superación de sus efectos, a través de la asimilación normativa e igualdad de trato de sus trabajadores, sin importar el origen territorial u otro factor de diversidad que presenten las personas que integran la organización.

PALABRAS CLAVES.

Gestión de la Diversidad e Inclusión, Instituciones Públicas de Salud, Gestión en Salud.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme fortaleza y haberme permitido llegar a este punto y la oportunidad de crecer aún.

A mi Familia, especialmente a Blanca, Camila, Víctor y Mauricio por animarme y apoyarme siempre, por su comprensión brindada en todo este camino. Sin Ustedes nada de esto sería posible. Gracias infinitas.

A Carmen y Víctor mis directores de tesis por su apoyo, disposición y paciencia incondicional, que siempre estuvieron cuando precisé su ayuda, mi más cordial reconocimiento y agradecimiento.

A los directivos, Señor Mauricio Bustamante y Dra. Sandra Erazo, médicos, profesionales, funcionarios y usuarios del Hospital Del Salvador, que desinteresadamente accedieron a ser entrevistados, proporcionándome la información necesaria para este proyecto.

A Alejandra Zagal, mi leal ayudante de pregrado, por su ayuda en todo este proceso. Muchas gracias.

Sin ustedes nada de esto sería posible. Gracias.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN GENERAL DE LA TESIS..... | 11 |
| CAPÍTULO 1 - EL SISTEMA DE SALUD CHILENO: EVOLUCIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL SUBSISTEMA PÚBLICO Y PRIVADO..... | 23 |
| INTRODUCCIÓN..... | 24 |
| 1.1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO CHILENO..... | 26 |
| 1.1.1. Aspectos generales de la estructura de la administración pública chilena. | 30 |
| 1.1.2. Modelos de sistemas de salud..... | 31 |
| 1.1.3. Evolución del sistema sanitario chileno. | 33 |
| 1.2. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO | 38 |
| 1.2.1. El Subsistema Público de Salud | 43 |
| 1.2.2. Organización del subsistema público de salud chileno. | 45 |
| 1.2.3. Cobertura y niveles de complejidad. | 48 |
| 1.2.4. Otras instituciones de la Salud Pública (Fuerzas Armadas). | 51 |
| 1.3. EL SUBSISTEMA PRIVADO..... | 52 |
| CONCLUSIONES | 55 |
| REFERENCIAS | 57 |
| CAPÍTULO 2 - EL HOSPITAL COMO ORGANIZACIÓN SOCIAL..... | 59 |
| INTRODUCCIÓN..... | 60 |
| 2.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL COMO ORGANIZACIÓN..... | 63 |
| 2.1.1. El Hospital como Organización..... | 63 |
| 2.1.2. El Hospital en el Sistema Sanitario Chileno..... | 66 |
| 2.2. ESTRUCTURA Y PROCESO ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL | 71 |
| 2.2.1. Estructura y proceso administrativo. | 71 |
| 2.2.1.1. Infraestructura y recursos asistenciales de salud | 76 |
| 2.2.1.2. Estructura de un hospital | 78 |
| 2.2.2. Gestión Clínica. | 86 |
| 2.2.3. Clasificación de los Hospitales en Chile. | 89 |
| CONCLUSIONES | 93 |
| REFERENCIAS | 96 |

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 3 - LOS RECURSOS HUMANOS Y LA GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD: MODELOS Y PERSPECTIVAS TEÓRICAS..... | 101 |
| INTRODUCCIÓN..... | 102 |
| 3.1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DIVERSIDAD..... | 105 |
| 3.1.1. Variables incidentes en la heterogeneidad de la fuerza de trabajo..... | 106 |
| 3.2. DIMENSIONES DEL CONCEPTO DE DIVERSIDAD | 112 |
| 3.3. GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD (D.M.)..... | 116 |
| 3.3.1. Gestión de la Diversidad como estrategia de RR.HH. | 118 |
| 3.4. EFECTOS DE LA DIVERSIDAD: BENEFICIOS Y DESAFÍOS | 120 |
| 3.5. DIVERSIDAD Y DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL | 130 |
| 3.6. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DIVERSIDAD Y SU RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL | 131 |
| 3.7. POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS Y PERSPECTIVAS DE LA DIVERSIDAD AL INTERIOR DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO | 141 |
| 3.8. PRÁCTICAS DE GESTIÓN DE RR.HH. ORIENTADAS A LA INMIGRACIÓN COMO FACTOR DE DIVERSIDAD EN EL SECTOR SANITARIO | 145 |
| CONCLUSIONES | 149 |
| REFERENCIAS | 152 |
| CAPÍTULO 4 - MÉTODO DEL CASO COMO HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN SOCIAL. DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA..... | 167 |
| INTRODUCCIÓN..... | 168 |
| 4.1. EL MÉTODO DE ESTUDIO DE CASO: DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA | 170 |
| 4.2. ELEMENTOS ESENCIALES EN LA METODOLOGÍA DEL CASO | 177 |
| 4.2.1. Casos de enseñanza y casos de investigación..... | 177 |
| 4.2.2. Características del estudio del caso: métodos de investigación. | 178 |
| 4.2.3. ¿Generalización o transferibilidad? La validez en el método de caso..... | 179 |
| 4.2.4. El papel de la teoría en el estudio de casos..... | 184 |
| 4.3. MUESTREO TEÓRICO Y SATURACIÓN TEÓRICA: ESTRATEGIAS CUALITATIVAS QUE FAVORECEN EL RIGOR METODOLÓGICO EN EL ESTUDIO DE CASO | 187 |
| 4.4. DISEÑO DE ESTUDIO DE CASO..... | 190 |

| | |
|--|------------|
| CONCLUSIONES | 197 |
| REFERENCIAS | 200 |
| ANEXOS..... | 206 |
| Anexo 4.1. Características principales de enfoque de investigación cuantitativa y cualitativa..... | 206 |
| CAPÍTULO 5 - GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD E INCLUSIÓN EN ORGANIZACIONES DE SALUD PÚBLICA EN CHILE | 207 |
| INTRODUCCIÓN..... | 208 |
| 5.1. OBJETIVOS..... | 214 |
| 5.2. FUNDAMENTOS | 215 |
| 5.3. METODOLOGÍA | 221 |
| 5.3.1. Enfoque y unidad de análisis | 221 |
| 5.3.2. Técnica de Recolección de Datos..... | 223 |
| 5.3.3. Técnicas de análisis de datos | 227 |
| 5.4. HISTORIA Y DESCRIPCIÓN DEL CASO “HOSPITAL DEL SALVADOR” (HDS)..... | 230 |
| 5.4.1. Historia | 230 |
| 5.4.2. Descripción de la organización y declaraciones estratégicas | 232 |
| 5.4.3. Variables Demográficas o Primarias de Diversidad y Factores de Rendimiento | 233 |
| 5.5. DATOS DE PRODUCCIÓN | 245 |
| 5.6. ANÁLISIS Y RESULTADOS DE ENTREVISTAS..... | 254 |
| 5.7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS | 269 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO | 279 |
| Conclusiones..... | 279 |
| Recomendaciones | 284 |
| REFERENCIAS | 287 |
| ANEXOS..... | 294 |
| Anexo 5.1. Médicos extranjeros con registro al día crecieron 63,6% entre 2015 y 2017. | 294 |
| Anexo 5.2. Déficit / Deuda Hospitalaria | 295 |

| | |
|---|------------|
| Anexo 5.3. Hospitales autogestionados con mayor índice de criticidad de deuda entre 2010 – 2015 | 297 |
| Anexo 5.4. Ficha técnica del caso de estudio | 298 |
| Anexo 5.5. Protocolo de Entrevista..... | 302 |
| Anexo 5.6. Relación de personas entrevistadas..... | 303 |
| Anexo 5.7. Cuestionario Semiestructurado..... | 304 |
| Anexo 5.8. Conceptos Claves..... | 310 |
| Anexo 5.9. Lista de Espera..... | 312 |
| Anexo 5.10. Resumen de opiniones relevantes de sujetos entrevistados | 315 |
| Anexo 5.11. Brecha de camas hospitalarias en Chile..... | 344 |
| CONCLUSIONES FINALES DE LA TESIS | 345 |

ÍNDICE DE CUADROS

| | |
|--|-----|
| Cuadro 3.1. Orientación de la diversidad en Organizaciones..... | 111 |
| Cuadro 3.2. Diferencias entre equidad en el empleo y gestión de la diversidad..... | 120 |
| Cuadro 3.3. Evolución de las posiciones de los efectos de la diversidad en el Desempeño Organizacional y sus Variables. | 132 |
| Cuadro 3.4. Definición conceptual de dimensiones de Desempeño o rendimiento organizacional en Hospitales..... | 139 |
| Cuadro 3.5. Resumen de las perspectivas de la diversidad en el grupo de trabajo | 143 |
| Cuadro 4.1. Cuadro resumen - Método de Caso..... | 195 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1.1. Mapa político de Chile continental y sus Regiones político-administrativas | 27 |
| Figura 1.2. Estructura general del sistema de salud en Chile..... | 41 |
| Figura 1.3. El subsistema público de salud en Chile | 44 |
| Figura 1.4. El subsistema de salud de las F.F.A.A. en Chile | 51 |
| Figura 1.5. El subsistema privado de salud en Chile..... | 54 |
| Figura 2.1. El nivel de atención al usuario como centro de la readecuación de la organización hospitalaria. | 74 |
| Figura 2.2. Organigrama de un Hospital de Alta Complejidad en Chile | 84 |
| Figura 2.3. Organigrama del Hospital del Salvador, Chile | 85 |
| Figura 3.1. Dimensiones de la diversidad..... | 114 |
| Figura 3.2. Fuentes de la diversidad..... | 115 |
| Figura 4.1. Proceso de elaboración de un estudio explicativo de casos..... | 192 |
| Figura 5.1. Población Beneficiaria Inscrita (mayor de 15 años). Año 2018. | 243 |
| Figura 5.2. Factores de Diversidad..... | 254 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1.1. Las Regiones de Chile, y su población a 2017..... | 27 |
| Tabla 1.2. Población por grupos de edad en Chile, entre 1992 y 2017. | 28 |
| Tabla 1.3. Indicadores de salud en 1960 y en 2015..... | 29 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 1.4. Personal Disponible del Gobierno Central 2014 - 2018..... | 30 |
| Tabla 1.5. Diez hitos en la historia del sistema chileno de salud. | 35 |
| Tabla 1.6. Cobertura de sistemas previsionales de salud en Regiones de Chile, 2017. | 42 |
| Tabla 1.7. Esquema del sistema de salud en Chile y sus principales entidades, según función y sector..... | 47 |
| Tabla 1.8. Niveles de Complejidad de hospitales..... | 50 |
| Tabla 1.9. ISAPRES | 53 |
| Tabla 2.1. Impacto de la reforma de salud en los hospitales públicos | 70 |
| Tabla 2.2. Indicadores seleccionados de recursos, atención y cobertura asistencial de salud en Chile..... | 77 |
| Tabla 2.3. Hospitales según tipo de complejidad por Servicios de Salud..... | 91 |
| Tabla 4.1. Diferentes perspectivas sobre el método de estudio de caso..... | 170 |
| Tabla 4.2. Resumen de clasificación de los estudios de casos..... | 173 |
| Tabla 4.3. Diferentes perspectivas sobre el método de estudio de caso..... | 175 |
| Tabla 4.4. Metodología y técnicas de recopilación de datos..... | 176 |
| Tabla 4.5. Matriz para la elección de un método de investigación social según las características del problema de interés. | 179 |
| Tabla 4.6. Analogías centrales entre investigación cuantitativa e investigación cualitativa. | 184 |
| Tabla 4.7. Muestreo teórico versus muestreo estadístico. | 188 |
| Tabla 4.8. Tipos básicos de diseño para estudios de casos..... | 191 |
| Tabla 5.1. Tipo de actores entrevistados según rol desempeñado..... | 224 |
| Tabla 5.2. Definición conceptual de dimensiones de Desempeño o rendimiento organizacional en Hospitales..... | 225 |
| Tabla 5.3. Características de la muestra (N=25) | 228 |
| Tabla 5.4. Especialidades del Hospital del Salvador..... | 233 |
| Tabla 5.5. Dotación Efectiva por Estamento y Género | 234 |
| Tabla 5.6. Dotación de Personal por Estamento..... | 234 |
| Tabla 5.7. Población beneficiaria inscrita en el HDS en los últimos 4 años..... | 236 |
| Tabla 5.8. Dotación de Personal Extranjero en el HDS en los últimos 4 años..... | 236 |
| Tabla 5.9. Dotación Efectiva por Estamento, Calidad Jurídica y Sexo. 2018..... | 238 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 5.10. Años de servicio personal de Planta por Estamento (2018) | 239 |
| Tabla 5.11. Rango Etario por Estamento de empleados..... | 240 |
| Tabla 5.12. Cantidad de Funcionarios Capacitados en el HDS..... | 240 |
| Tabla 5.13. Días, índice de ausentismo y gasto reemplazo por estamento, S.N.S.S. (2017). | 241 |
| Tabla 5.14. Ausentismo (%) anual del Personal del Hospital Del Salvador. | 242 |
| Tabla 5.15. Solicitudes Ciudadanas Hospital Del Salvador. | 244 |
| Tabla 5.16. Estadísticas Generales del Hospital Del Salvador..... | 246 |
| Tabla 5.17. Egresos por Grupo Etario. (Año 2018)..... | 247 |
| Tabla 5.18. Población Beneficiaria del HDS por Grupo Etario y Comuna. (Año 2018) ... | 247 |
| Tabla 5.19. Producción de los principales Servicios Clínicos HDS: Consultas médicas e Interconsultas..... | 248 |
| Tabla 5.20. Principales Servicios de Apoyo Hospital Del Salvador: Consultas, Exámenes y procedimientos. | 250 |
| Tabla 5.21. Intervenciones quirúrgicas mayores por especialidad. | 251 |
| Tabla 5.22. Intervenciones quirúrgicas Mayores y Menores Ambulatorias..... | 252 |
| Tabla 5.23. Pacientes en espera de consultas especialistas, Hospital Del Salvador..... | 252 |
| Tabla 5.24. Pacientes en espera quirúrgica, Hospital Del Salvador | 253 |
| Tabla 5.25. Consultas de Emergencia (Urgencias) del HDS. (2011- 2018)..... | 253 |
| Tabla 5.26. Importancia relativa de los factores de Diversidad Demográfica que impactan a los rendimientos..... | 255 |
| Tabla 5.27. Importancia relativa de los factores de Diversidad Funcional que Impactan a los Rendimientos..... | 259 |
| Tabla 5.28. Importancia relativa de los factores de Diversidad Socio cultural que Impactan a los Rendimientos. | 262 |
| Tabla 5.29. Importancia relativa de los factores de Gestión de la Diversidad (D.M) que impactan a los Rendimientos. | 265 |
| Tabla 5.30. Aspectos Positivos y Negativos del Sector Público de la Salud en Chile..... | 268 |

INTRODUCCIÓN GENERAL DE LA TESIS

Las organizaciones, como constructos sociales, reflejan la estructura de los mercados laborales de sus ámbitos de actuación. Uno de los principales desafíos que afrontan estos mercados es el incremento de la diversidad en los grupos de trabajo. El crecimiento económico y social está determinado, entre otros factores, por la inclusión social y cultural de todas las personas que integran un Estado, el cual debe crear las condiciones para incorporar al mercado laboral a personas heterogéneas y de distintas condiciones.

La diversidad cultural, considerada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] (2002) como una de las principales riquezas de la humanidad, se ha convertido en objeto de discusión al momento de diseñar políticas públicas a nivel estatal como a nivel de las organizaciones, independiente de su tamaño y sector; y es que, fenómenos como la globalización y los cambios demográficos han incidido en la mayor diversidad social y cultural observada, particularmente en el mercado laboral, generando para las organizaciones un nuevo horizonte de oportunidades, beneficios y de desafíos. Por un lado, la globalización incrementa la internacionalización de las actividades empresariales y de servicios, lo que intensifica notablemente los contactos entre áreas geográficas y culturas diversas. La revolución de la tecnología, particularmente de las comunicaciones, acompaña a este proceso; su masificación mediante internet y redes sociales, entre otros mecanismos, han permitido un mayor acercamiento entre personas de distintas regiones del mundo. Por otra parte, es posible observar el surgimiento de nuevas formas de organización como las redes y las alianzas estratégicas, situación que supone la superación de las estructuras organizacionales más tradicionales y rígidas (Huggins, R & Izushi, H. 2013), viéndose fomentada la interacción intercultural.

Junto a todo lo anterior, cabe destacar la fuerte hegemonía que han adquirido las actividades terciarias. Las organizaciones tienden a componerse de forma más diversa, pues el sector servicios requiere de equipos de trabajo empáticos con públicos objetivos que son culturalmente diversos (Fernández-Alles & Cameló –Ordaz, 2014). La importancia que tiene la atención a los diferentes públicos objetivos en este tipo de organizaciones suscita que sea estrictamente necesario para éstas contar con trabajadores que reflejen la diversidad de sus

consumidores y mercados (Sánchez-Apellániz & Román, 2008).

En este contexto, la expansión del fenómeno de la diversidad se ha constituido en un tema de interés para los estados que han venido legislando sobre el tema, y es un foco de estudio para académicos e investigadores de las distintas ramas de las ciencias sociales, quienes intentan explicarlo y analizarlo desde distintas perspectivas y ver sus implicancias para todo tipo de organizaciones sociales.

Las opiniones en pro de la Gestión de la Diversidad más recientes se encuentran representadas por las posiciones de Nishii (2013), Lauring & Klitmøller (2017), entre otros, quienes señalan que la diversidad tiene efectos positivos en las organizaciones, y que la Gestión de la Diversidad puede convertirse en una ventaja competitiva para aquellas organizaciones que buscan innovación, crecimiento y competitividad.

La diversidad social y cultural puede convertirse en una ventaja competitiva para organizaciones, como los hospitales públicos, que necesitan desarrollar una cultura creativa e innovadora, de crecimiento y competitividad, para atender demandas crecientes de su población beneficiaria y público objetivo. Todo ello atendiendo a que la salud es uno de los derechos fundamentales para todo ser humano y es considerado un factor insustituible que influye en el bienestar social, el desarrollo, la economía y la educación de los pueblos (Malagón – Landoño, et al, 2008), aspectos que obligan a las instituciones sanitarias a ofrecer prestaciones y servicios de forma oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria (Organización Mundial de la Salud, 2013). También cabe destacar que, en el mundo, el sector de la salud constituye uno de los empleadores más importantes de los servicios, al ocupar entre el 7 y el 13% de la mano de obra caracterizada por su gran diversidad profesional y técnica (Hernández – Nariño, et al, 2016).

Las instituciones hospitalarias son una de las organizaciones sociales que han experimentado más cambios en las últimas décadas por el enorme desarrollo tecnológico, social y económico observado en importantes regiones del mundo, conllevando a la fragmentación de sus servicios y especialidades y demandando mayores exigencias de competencias laborales del personal, a la vez del reconocimiento y respeto de la heterogeneidad de personas y equipos que las conforman (Santelices, et al., 2013).

El Hospital Del Salvador de Santiago de Chile (HDS), que es la Organización Social en que se realiza el caso de estudio de la presente tesis, (*case study*), se caracteriza por su gran *diversidad* en cuanto a las personas que lo conforman. Es un centro tradicional e ícono en la salud pública chilena. Cuenta con personal muy diverso en cuanto a género, rango etario, nivel de formación, tareas asignadas, responsabilidades, motivaciones, estilos de liderazgo y, en los últimos años, a nacionalidad, etnia y procedencia. Es así que, en Chile, se ha observado últimamente, un notorio aumento de profesionales extranjeros en el área de la salud, particularmente médicos, que han decidido establecerse de manera permanente en el país. Esta cifra creció en un 63,6% entre el 2015 y el 2017, según informe de Departamento de Gestión de Información y Estadística del Ministerio de Salud (DEIS 2017), alcanzando los 7.537 médicos extranjeros inscritos para desempeñarse tanto en el sector público como privado. Esta situación ha sido fundamental para sanear, en parte, la escasez de médicos en el sector público, particularmente de especialistas, tanto en el área Metropolitana como en zonas alejadas del país.

A modo de contextualizar la situación de los hospitales públicos chilenos se observa la existencia de listas de espera significativas en atenciones de diversas especialidades médicas, no GES¹, alcanzando al año 2018 la cifra de 120.711 pacientes, que incluyen plazos superiores a 3 años² en algunos casos. Además, existen elevadas tasas de ausentismo laboral, que en el caso del HDS en los estamentos no profesionales (técnicos paramédicos, administrativos y personal auxiliar) supera el 20%. En Chile tenemos un fuerte incremento de inmigrantes en los últimos cuatro años, pasando del 2,3% de la población en 2014, al 6,1% en 2018³, población que demanda servicios básicos de salud, educación y vivienda y que, además, aporta trabajo profesional, como se observa en el sistema público de salud chileno.

De lo anterior, surge la necesidad de tratar estos problemas de manera integral y sistémica, pudiendo contribuir a ello el diseño de Políticas y Estrategias efectivas de Gestión de Personas o Capital Humano con orientación a la Diversidad e Inclusión, que favorezcan

¹ GES: Las garantías explícitas en salud constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para personas afiliadas a Fonasa (Fondo Nacional de Salud, corresponde a un Seguro de Salud Estatal) y a las Isapres (Instituto de Salud Previsional, corresponde a un Seguro de Salud Privado).

² Fuente: Subsecretaría de redes asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Marzo 2019.

³ Departamento de extranjería y migración del ministerio del interior de Chile, 2018.

la articulación de factores que inciden en la calidad de las prestaciones sanitarias y en los rendimientos laborales.

Otro de los problemas observados en Chile, y reflejados en los hospitales públicos, es la aún baja tasa de participación de la mujer en el mercado laboral, existiendo una importante brecha entre la participación laboral femenina versus la masculina. Chile se encuentra en la posición 63 de 144 países analizados del ranking asociado al Índice Global de Brechas de Género 2017 (World Economic Forum, 2017). Según el INE⁴ (2018), esta posición ha mejorado en los últimos años observándose una creciente incorporación laboral de la mujer, sobre todo en áreas de servicios como lo es el sanitario. En el año 2018, la tasa de participación laboral femenina alcanzaba sólo el 49,5% versus el 71,5% la de los hombres.

En este contexto, parece prudente preguntarse acerca de la existencia de políticas y prácticas de recursos humanos en las organizaciones chilenas, y en particular de las organizaciones públicas, que favorezcan la inclusión de personas socio demográficamente diversas, y que afecten la productividad laboral. Tal pregunta cobra relevancia para el sector público de salud chileno en tanto que la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, por citar un ejemplo, cuya entrada en vigencia data del 1 de Enero del año 2005 (expuesta en el capítulo 1 de esta tesis), introdujo significativos cambios al sistema sanitario en Chile respecto a la manera de gestionar la salud, entre los que pueden mencionarse la constitución de redes asistenciales y la separación entre la provisión del servicio sanitario y la regulación de éste.

En la normativa referida se reconoce al personal sanitario como el principal activo propulsor del éxito de toda la gestión y, por ende, de la puesta en marcha de las modificaciones legales, razón por la cual deben necesariamente diseñarse estrategias, políticas y prácticas de gestión de recursos humanos que asuman la heterogeneidad de las personas que colaboran en cada organización de salud.

Objetivos

Conocer las características de los RR.HH., de los equipos de trabajo y el funcionamiento de los hospitales y, en particular, de los hospitales públicos como

⁴ INE: Instituto Nacional de Estadística de Chile.

organizaciones sociales insertas en una comunidad, es uno de los objetivos de esta tesis. Diversos estudios realizados en distintas regiones del mundo señalan que los hospitales públicos, en general, muestran un alto nivel de eficiencia y reconocimiento social, como es el caso de estudios hechos para medir la eficiencia técnica y administrativa en hospitales en Italia (Colombi, R. 2017) y Turquía (Yildiz, M; et al 2018), entre otros. La eficiencia y reconocimiento obedecen en gran medida a la incorporación de políticas de calidad, de mejora continua, de gestión de procesos y de gestión de la diversidad (Tsai, T, et al, 2015). La Organización Mundial de la Salud (O.M.S), ya en el 2013, hace referencia a la obligación que tienen las unidades sanitarias de asegurar una atención médica satisfactoria. Plantea la necesidad de reconocer los retos a los que se enfrenta la gestión hospitalaria, tales como el logro de eficiencia, eficacia, calidad y equidad en la prestación de los servicios médicos y reconocimiento y en la gestión de la diversidad de personas y equipos de trabajo.

En lo específico y por medio del desarrollo de los diferentes capítulos de esta tesis se pretenden los siguientes objetivos:

- Describir la evolución, estructura y las principales características del sistema de salud chileno; evolución y estructura que están determinadas por el desarrollo del estado chileno y, en particular, por los distintos modelos de desarrollo económico y social que ha ido adoptando en su evolución histórica. Esto, diferenciado para una mejor comprensión, entre las características de los subsistemas público y privado, principalmente considerando el importante rol del estado chileno en la administración pública de salud y como principal proveedor y financista.
- Describir las principales características y el funcionamiento de los hospitales y, en particular, de los hospitales públicos como organizaciones sociales insertas en una comunidad.
- La expansión del fenómeno de la diversidad se ha constituido en un tema de interés para los estados que han venido legislando sobre el tema, y es un foco de estudio para académicos e investigadores de las distintas ramas de las ciencias sociales, quienes intentan explicarlo y analizarlo desde distintas perspectivas y ver sus implicancias para todo tipo de organizaciones sociales. Es por ello que, en esta tesis, se describe la

evolución del concepto de Diversidad y de la Gestión de la Diversidad.

- El Hospital Del Salvador de Santiago (HDS), se caracteriza por su gran *diversidad* en cuanto a las personas y equipos que lo conforman. Es por ello que, en el estudio de caso desarrollado, se describen las distintas dimensiones de Diversidad presentes en los equipos de trabajo en el HDS, que es un centro tradicional e ícono en la salud pública chilena.
- En lo específico en el estudio de caso se describe al Hospital Del Salvador como una organización social, identificando su estrategia, estructuras y principales productos clínicos.
- Se describe la dimensión demográfica de la diversidad presente en el personal del Hospital como: dotaciones por estamento, distribución etaria y de género, antigüedad y calidad jurídica de los contratos de trabajo, entre otros.
- Se reconoce en las prácticas de la Gestión de Recursos Humanos del Hospital Del Salvador la presencia de los factores de las tres (3) dimensiones del modelo de Diversidad definido para este caso de estudio y adaptado de Carmichael y Rijamampianina (2005).
- Se analiza los factores de la dimensión Demográfica, Funcional y Sociocultural que tienen mayor impacto en los rendimientos del hospital a juicio de informantes claves.
- Se analiza las principales dimensiones de la Gestión de Diversidad (D.M.), implementadas en el hospital Del Salvador.

Metodología

La metodología elegida para la realización de este estudio es cualitativa, utilizando para ello un proceso de recopilación y estudio bibliográfico, complementado con documentación oficial referente al tema investigado, obtenida de fuentes oficiales de organismos del estado y que se utiliza para la elaboración de los (4) cuatro primeros capítulos de esta tesis. En el capítulo 1 se describe el Sistema de Salud Chileno, su evolución y organización, tanto del subsistema público como privado; en el capítulo 2 se describe al Hospital como Organización Social; el capítulo 3 presenta los modelos y perspectivas teóricas de Recursos Humanos y la Gestión de la Diversidad; el capítulo 4 presenta una

discusión bibliográfica del método del caso como herramienta de investigación social, y en el capítulo 5 se presenta el desarrollo del estudio de Caso (Case Study),: “*Políticas y Estrategias de Capital Humano, sus efectos en los Rendimientos, Hospital Del Salvador de Santiago de Chile*”. Para el desarrollo de este Caso, se utiliza la técnica de la entrevista en profundidad a 25 actores claves del proceso complementada con información cuantitativa obtenida de documentación pública oficial del hospital, como son las cuentas públicas anuales y datos obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, de la Unidad de Gestión de la Información de la División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud, de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y del Hospital Del Salvador (anuarios estadísticos), entre otros.

Principales Conclusiones.

- La estrategia de gestión sanitaria vigente en Chile reconoce al personal sanitario como el principal activo propiciador del éxito de toda la gestión y, por ende, de la puesta en marcha de los cambios culturales, razón por la cual deben necesariamente diseñarse estrategias, políticas y prácticas de gestión de recursos humanos. Éstas deben asumir la heterogeneidad de las personas que colaboran en cada organización de salud y apreciar su impacto en los rendimientos organizacionales. Además, se corrobora que, como todo gran hospital, el HDS, centro tradicional e ícono en la salud pública chilena, es una organización social altamente diversa, comprobándose su gran diversidad en cuanto a las personas trabajadoras que lo conforman. Esta diversidad se manifiesta en cuanto a género, rango etario, nivel de formación, tareas asignadas, responsabilidades, motivaciones, estilos de liderazgo y, en los últimos años, nacionalidad, etnia y procedencia de sus trabajadores.
- Asimismo, el HDS se caracteriza por ser una entidad que cumple roles multivariados y generador de multiservicios en el medio en donde se inserta. Por un lado, cumple un rol económico-social al generar procedimientos y acciones de salud en los ámbitos de la prevención, recuperación y rehabilitación de personas enfermas; además de constituirse en un importante empleador de fuerza de trabajo diversa, cualificada y

no cualificada⁵. Además, se caracteriza por jugar un importante rol en el desarrollo e incorporación de tecnologías en los ámbitos de la gestión, el diagnóstico y de los tratamientos.

- Por la información de datos recopilada del hospital y por el estudio cualitativo realizado por medio de las entrevistas a 25 informantes claves utilizados en este trabajo se observa que, en el Hospital Del Salvador de Santiago de Chile, existen prácticas de Gestión de RR.HH., las que, atendiendo a la literatura revisada, pueden asimilarse a prácticas de gestión de personas con orientación a la Diversidad e Inclusión en la etapa de “*acceso y legitimidad*” en el modelo de Ely y Thomas (2001). Este modelo es tratado en el capítulo 3 de esta tesis, si bien no existen políticas expresas que orienten la gestión de Personas en este hospital por medio de la Diversidad, ni alcanzando la etapa superior de “*integración y aprendizaje*”, según lo sugerido por Ely y Thomas.

En la práctica se reconocen la presencia de la Gestión de Personas en el HDS en los factores de las tres dimensiones de Diversidad definidos en el modelo utilizado: Diversidad Demográfica, Funcional y Sociocultural; que influencian a su vez, en diferente medida los rendimiento del hospital como: productividad (expresados en N° de consultas por especialidad), intervenciones quirúrgicas mayores, menores y ambulatorias, N° de exámenes de laboratorio e imagenología, N° de exámenes y procedimientos, índice ocupacional, ausentismo, listas de espera en diferentes especialidades, egresos hospitalarios, calidad y seguridad del paciente, costos, satisfacción laboral y compromiso, entre otros.

- Otros hallazgos encontrados en la investigación destacan:
 - Predominio de género femenino en la composición de personal del hospital y creciente inserción de las mujeres al mercado laboral de la salud, quienes progresivamente exigen el mismo trato laboral recibido por los hombres. Demandan, además, equidad de posibilidades de desarrollo profesional, mejores

⁵ El sector sanitario chileno representa el 5,8% de la mano de obra empleada. Fuente INE, 2017.

remuneraciones, beneficios como salas cunas, jardines infantiles para sus hijos y optan por jornadas laborales flexibles.

- Las mujeres constituyen el 63% del total de empleados del HDS y, a juicio de los entrevistados, son las que aportan a la colaboración y empatía dentro de la institución, siendo en general menos competitivas e individualistas que los hombres. Presentan, sin embargo, mayores tasas de ausentismo, derivadas de su condición de madres, y por tener mayor conciencia de su situación de salud y responsabilidad laboral.
 - Heterogeneidad del rango etario de los trabajadores. En el HDS se aprecia que el 65% de la dotación de personal se encuentra en el rango etario menor a 45 años, y el 35% restante está sobre esa edad, apreciándose un incremento significativo del envejecimiento de la planta de personal.
- Estas variables asociadas a la diversidad demográfica pueden afectar a la motivación, las actitudes, al comportamiento en el lugar de trabajo y a la habilidad para trabajar con otros empleados, lo cual impacta en los resultados organizacionales. Esto constituye un desafío y una oportunidad para el HDS, pues las personas mayores denotan un gran compromiso con sus tareas y poseen conocimientos y experiencias que enriquecen el quehacer laboral, aportando cultura a las nuevas generaciones. La edad proporciona experiencia (práctica), asienta los conocimientos, genera mayor compromiso con la institución y eso redunda en mayor efectividad en los procedimientos y prácticas sanitarias, presentan mayor rendimiento en factores como compromiso, responsabilidad, menores niveles de ausentismos y de rotación, y mayor apego al cumplimiento de normas y preservación de la cultura. No obstante, cabe hacer presente que contar con trabajadores jóvenes permite a la institución beneficiarse de su dinamismo, adaptación al cambio e incorporar actualización de conocimientos científicos y tecnológicos.
- Por tanto, la Gestión de la Diversidad (D.M), como estrategia de RR.HH., en el caso analizado, debe buscar integrar las tres dimensiones de la diversidad propuestas: Demográfica, Funcional y Sociocultural. Se debe tener presente que, si cada dimensión se analiza por separado, se estará fomentando la diversidad de empleados

con diferentes perfiles, lo que provocará variedad e incluso separación (Harrison, Klein, 2007), pero no una ventaja competitiva. Si su objetivo es sólo el acceso-legitimidad, se corre el riesgo de utilizar a las personas solo como un medio y no involucrarlos en los fines de la organización. Por último, si se propone la unidad e integración de las tres dimensiones como objetivo último de la gestión de la diversidad, entonces, el enfoque integración y aprendizaje según este modelo, parece ser el más adecuado, y será necesario el desarrollo de competencias de liderazgo como condición para lograr este objetivo. Al mismo tiempo, con las adecuadas competencias de liderazgo, lo que podría haber sido causa de separación y discriminación, será aprovechado como factor de creatividad e innovación (Chinchilla y Cruz, 2011).

Líneas futuras de Investigación.

Las líneas de investigación que surgen a partir de esta tesis consistirían en la ampliación de los casos de estudio, complementada con estudios cuantitativos del tema y que permitan profundizar lo explorado y descrito en el presente caso de estudio, siendo necesario para ello ampliar a una muestra significativa los hospitales públicos chilenos, que sirvan de objeto de estudio.

Otras líneas de investigación sugeridas para trabajar y que derivan de las conclusiones de la presente tesis son: Liderazgos Inclusivos, Inmigración de Personal Sanitario, Formación en Competencias Interculturales y Diversidad para el Personal de Instituciones de Salud, e Inserción de la Mujer al Trabajo.

Liderazgos Inclusivos

- La inclusión, como concepto, va más allá de la gestión de la diversidad. Choi y Rainey, (2010); Kellough; Pitts et al., (2006,2009; 2010), entre otros, muestran que la diversidad y la inclusión son dos conceptos diferentes, pero se superponen en muchos sentidos. La gestión de la diversidad es el primer paso hacia la creación de ambientes inclusivos. La inclusión va más allá de la gestión de la diversidad, la cual demanda para su consolidación el desarrollo de liderazgos con un enfoque incluyente y que valore las diferencias en el individuo y aprovecha la diversidad en la creación

de valor. La inclusión está en un continuo desde la exclusión en un extremo hasta la inclusión en el otro. El lugar de trabajo con liderazgos exclusivos es basado en normas y valores preestablecidos por el grupo homogéneo y dominante, mientras que las actitudes inclusivas evolucionan valorando el trabajo heterogéneo y colaborativo, en un marco de confianza mutua y respeto en su centro (Cox, 2001; Mor Barak, 2011). Uno de los factores esenciales que contribuyen a crear entornos inclusivos son liderazgos comprometidos que apoyan las diferencias individuales y culturales entre los empleados (Shore et al, 2011).

La pertenencia de un individuo a un grupo proporciona identidad social y un sentido de adaptación. El grupo discrimina contra el grupo externo para mejorar la autoimagen (Mor Barak, 2011).

Inmigración de Personal Sanitario.

- Es otra línea de investigación derivada de este trabajo de tesis. La evolución de los perfiles epidemiológicos y las estructuras demográficas está aumentando la carga de morbilidad en los sistemas de salud de todo el mundo, tanto en lo que se refiere a las enfermedades no transmisibles como a las enfermedades crónicas. Este fenómeno se acompaña de una demanda creciente de servicios de salud centrados en la persona y de atención personalizada. En varios países de ingresos elevados, la insuficiente inversión en formación y capacitación del personal de salud provoca una escasez crónica de recursos humanos que se suple mediante la contratación de personal sanitario procedente de países de menos recursos; algunos de estos últimos pierden hasta 50% de sus graduados a causa de la emigración a otros países.
- En la mayoría de los países persisten desequilibrios en la distribución territorial del personal de salud que contribuyen a intensificar los flujos migratorios. Esta observación está corroborada en la reciente publicación de la OCDE: “Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places (2016)”. Un número importante de países de altos ingresos está experimentando un retiro masivo del personal de salud que pertenece a las numerosas generaciones nacidas en los años posteriores al término de la segunda guerra mundial. La

insuficiente anticipación y planificación de los reemplazos observada en varios casos es un factor de fuerte incremento de las tensiones en el mercado laboral internacional de Recursos Humanos en Salud. Nuevos cálculos se realizaron sobre los cambios que deben producirse en las próximas décadas para satisfacer la demanda de atención de salud creciente, cubrir las lagunas existentes y hacer frente al nivel de rotación laboral previsto. De acuerdo con las previsiones de la OMS y el Banco Mundial, para alcanzar un nivel elevado de cobertura eficaz en toda la gama de servicios de salud que se requiere para garantizar una vida saludable para todos, será necesario formar y movilizar a entre 40 y 50 millones de trabajadores en el sector socio sanitario en todo el mundo, de los cuales al menos 10 millones deben aumentar la oferta de trabajadores de la salud en los países de ingresos medianos y bajos.

Formación en Competencias Interculturales y Diversidad para el Personal de Instituciones de Salud.

- Otra línea de investigación debiera orientarse a promover la formación de competencias y habilidades interculturales y de diversidad del personal sanitario, para fomentar el respeto a los derechos de las personas a recibir un servicio, por personal competente y calificado en diversidad cultural e inclusión. Así pues, el personal de salud debe mostrar capacidades que le permitan: 1. Conocer y reconocer la singularidad demográfica, étnica y cultural de la población en donde ofrece sus servicios. 2. Establecer una relación con absoluto respeto a la cultura y expectativas de la población que utiliza los servicios de acuerdo a su etnicidad, género, distintas preferencias sexuales y religiosas, niños y ancianos, y a usuarios con capacidades diferentes, entre otros. Con ello será posible lograr una comunicación asertiva que permita reconocer la existencia de códigos de interpretación de la realidad diferente en los distintos grupos culturales (visión intercultural).

CAPÍTULO 1

EL SISTEMA DE SALUD CHILENO: EVOLUCIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL SUBSISTEMA PÚBLICO Y PRIVADO.

INTRODUCCIÓN

El sector sanitario chileno se encuentra organizado como un sistema mixto, compuesto por dos grandes subsistemas, público y privado, para responder a las necesidades de salud de la población. En términos de demanda de prestaciones, el subsistema público atiende al 78% de la población, entre cotizantes que optan por este sistema público y personas sin recursos que son financiadas por el Estado; siendo ésta una característica fundamental de la gran demanda por prestaciones de salud que afronta dicho sector. Por su parte, el subsistema privado, que cubre al resto de la población, considera a personas afiliadas a Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que representan un 14,4% y, el 5,1% restante, pertenece al sector de Fuerzas Armadas, Carabineros y otros (Villavicencio, 2012; D.L 2.763 de 1979) (Encuesta CASEN 2017).

Desde el punto de vista del financiamiento, la característica fundamental de este sistema está recogida en la ley 15.469 de 1985 que regula el régimen de prestaciones, la cual indica, entre otras cosas, que todo trabajador dependiente tiene como obligación legal cotizar el 7% de su renta imponible para la previsión de salud, pudiendo escoger el destino de dichos fondos entre el sistema público – Fondo Nacional de Salud (FONASA) o el sistema privado – Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Así mismo, los trabajadores chilenos que trabajan de manera independiente no tienen obligación legal de cotizar para el sistema de salud, pero pueden hacerlo voluntariamente en el sistema público o privado y así estar cubiertos por un seguro de salud. (Villavicencio, 2012; D.L 2.763 de 1979).

Todas estas características hacen de la estructura del sistema de salud chileno un conglomerado complejo, donde las relaciones entre los distintos entes que participan en él van moldeando, junto a los cambios de la sociedad (tanto del país como los extranjeros que llegan al territorio chileno), un escenario de nuevos desafíos y complejas decisiones que comprometen tanto al estado chileno, como las entidades privadas del sector. Lo importante es analizar y considerar los reales alcances de estos cambios y cómo la sociedad en su conjunto pueda afrontar dichos escenarios con el fin de maximizar los beneficios de la comunidad, el buen uso de recursos y minimizar los posibles efectos negativos de las externalidades del sector.

Hay que tener en cuenta, como factor relevante a considerar en la actual estructura y complejidad del sector en estudio, las características demográficas, sociales y epidemiológicas del país. De acuerdo con proyecciones del último censo, Chile cuenta con una población de poco más de 17,5⁶ millones de habitantes, 50,5% son mujeres y 49,5% son hombres, con una esperanza de vida promedio de 81 años (INE 2018).

Con todo ello, los objetivos que se propone este capítulo son exponer una descripción de la evolución, estructura y de las principales características del sistema de salud chileno, evolución y estructura que están determinadas por el desarrollo del estado chileno y, en particular, por los distintos modelos de desarrollo económico y social que ha ido adoptando en su evolución histórica. Esto, diferenciado para una mejor comprensión, entre las características de los subsistemas público y privado, de tal manera de entender su evolución, desarrollo y perspectivas futuras; principalmente considerando el importante rol del estado chileno en la administración pública de salud y como principal proveedor de su financiamiento.

Es significativo destacar la presencia del estado por medio de un sector público muy activo, el que desarrolla y consolida un sistema sanitario de amplia cobertura y con indicadores sanitarios superiores a los de América Latina en su conjunto. Para ello, la metodología seguida en el capítulo consiste en una revisión bibliográfica, consultando fuentes del ámbito público como Ministerio de Salud, Ministerio de Planificación y artículos de centros de investigación universitaria o de entidades privadas.

Es en este contexto que, en algunos acápite del presente capítulo, se describirán la naturaleza del sector público, su estructura, niveles de complejidad y algunos rasgos diferenciadores que determinan las características del sector sanitario en estudio. También se revisarán los principales modelos de sistemas de salud existentes y las opciones adoptadas por el estado de Chile.

⁶ Fuente: Datos de Censo 2017.INE. Instituto Nacional de Estadísticas.

1.1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO CHILENO.

Después de las guerras de Independencia (1814 - 1818), Chile aparece ante el concierto sudamericano como una república con ciertos problemas, sobre todo del tipo económico, pero la entonces provincia de Atacama, va a realizar un aporte central mediante el descubrimiento del mineral de plata de Chañarcillo. Este hallazgo va a provocar una gran bonanza económica y, producto de ella, Chile adquiere las herramientas, políticas, constitucionales, educacionales, militares y lógicamente económicas, que le van a permitir organizarse y progresar a la vez, vivir una importante estabilidad como estado nación (Larrondo y Paredes, 2016).

La etapa de organización se estructuró en torno a la carta constitucional de 1833, redactada principalmente por Mariano Egaña; ésta recogió los principales postulados políticos de Diego Portales⁷, como son el orden, el autoritarismo, la vida republicana y la impersonalidad del cargo, que los postula como ejes ordenadores del acontecer histórico político de Chile. Durante la etapa de organización nacional, Chile vivió el nacimiento de los partidos y corrientes políticas, además de la estructuración y organización de muchas de las instituciones permanentes del estado, como lo son las instituciones sanitarias (Larrondo y Paredes, 2016).

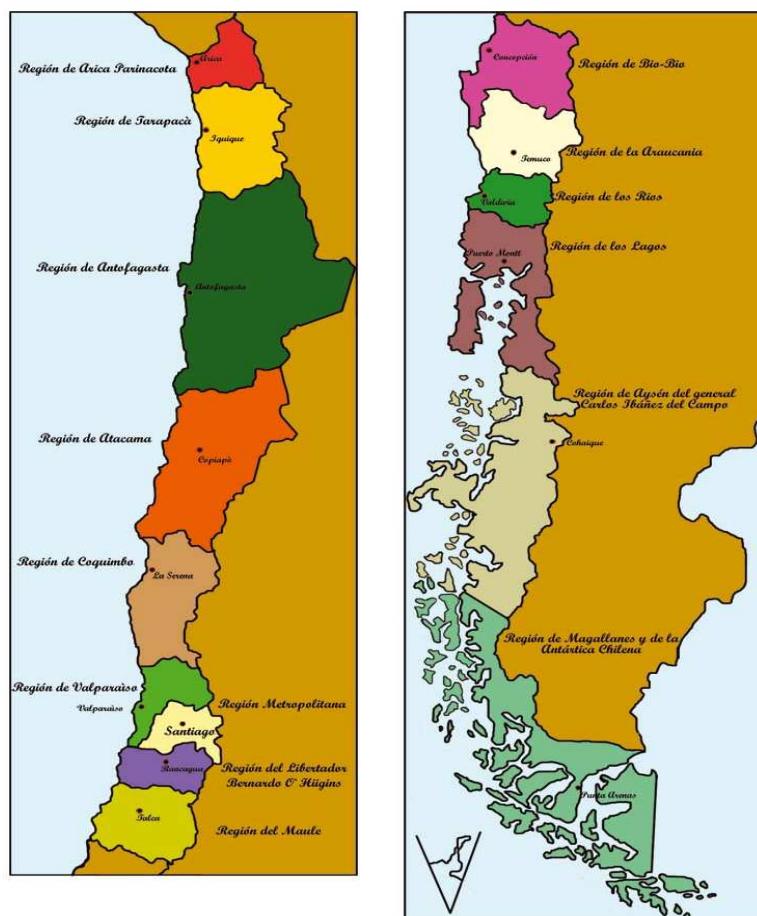
El Estado Conservador, Autoritario y Portaliano fue sustituido recién llegado el siglo XX, por un estado de corte liberal regido por un nuevo orden constitucional (constitución de 1925), y el surgimiento de la clase media. Con el auge de los gobiernos radicales, quienes se preocuparon por la educación y salud de la población, se promulga la ley primaria obligatoria en 1920, y se sientan las bases para la industrialización del país produciéndose una fuerte migración del campo a la ciudad. Este orden dura hasta 1980, año en que se cambia la constitución política del estado dando origen a un nuevo orden en que se ponen en práctica ideas autoritarias en el plano político e ideas liberales en el campo económico, propiciado por economistas formados en la escuela de economía de Chicago con apoyo del Banco Mundial, imponiendo la economía de mercado como modelo de organización económica y limitando al estado en los aspectos económicos y sociales. Respecto a la estructura política

⁷ Diego Portales: Influyente Ministro que estableció las bases de la república.

administrativa, ésta divide el país en regiones, que perdura hasta hoy, como se muestra en la Figura 1.1 y se desagrega en las tablas 1.1 y 1.2.

La constitución de 1980 ha tenido modificaciones con los gobiernos democráticos que asumieron la conducción del estado a partir de 1990, existiendo hoy un gran debate público para ser sustituida por una nueva carta fundamental.

Figura 1.1. Mapa político de Chile continental y sus Regiones político-administrativas



FUENTE: Mapas del Instituto geográfico militar de Chile.

Tabla 1.1. Las Regiones de Chile, y su población a 2017.

| Región | Población (miles hab.) | % de pob, nacional | Superficie (miles km ²) | Densidad (hab/km ²) | % P, Urbana | % P, Rural |
|--------------------|------------------------------|--------------------------|---|------------------------------------|----------------|---------------|
| Arica y Parinacota | 226.068 | 1,3 | 16.873,3 | 13,4 | 91,7 | 8,3 |
| Tarapacá | 330.558 | 1,9 | 42.225,8 | 7,8 | 93,8 | 6,2 |
| Antofagasta | 607.534 | 3,5 | 126.049,1 | 4,8 | 94,1 | 5,9 |

| | | | | | | |
|---------------|------------|------|-----------|-------|------|------|
| Atacama | 286.168 | 1,6 | 75.176,2 | 3,8 | 91 | 9 |
| Coquimbo | 757.586 | 4,3 | 40.579,9 | 18,7 | 81,2 | 18,8 |
| Valparaíso | 1.815.902 | 10,3 | 16.396,1 | 111,3 | 91 | 9 |
| Metropolitana | 7.112.808 | 40,5 | 15.403,2 | 462,0 | 96,3 | 3,7 |
| O'Higgins | 914.555 | 5,2 | 16.387,0 | 55,9 | 74,4 | 25,6 |
| Maule | 1.044.950 | 5,9 | 30.296,1 | 34,5 | 73,2 | 26,8 |
| Ñuble | 480.609 | 2,7 | 13.178,5 | 36,7 | 69,4 | 30,6 |
| Biobío | 1.556.805 | 8,9 | 37.068,7 | 65,0 | 88,6 | 11,4 |
| La Araucanía | 957.224 | 5,4 | 31.842,3 | 30,1 | 70,9 | 29,1 |
| Los Ríos | 384.837 | 2,2 | 18.429,5 | 21,1 | 71,7 | 28,3 |
| Los Lagos | 828.708 | 4,7 | 48.583,6 | 17,1 | 73,6 | 26,4 |
| Aysén | 103.158 | 0,6 | 108.494,4 | 1,0 | 79,6 | 20,4 |
| Magallanes | 166.533 | 0,9 | 132.297,2 | 1,3 | 91,9 | 8,1 |
| País | 17.574.003 | 100 | 756.102,4 | 23,2 | 87,8 | 12,2 |

* No se considera en el cálculo el Territorio Antártico Chileno.

FUENTE: Elaboración propia, con información del INE, Censo 2017.

Esta tabla muestra que la mayor concentración de la población chilena se encuentra en la zona central principalmente en la región metropolitana, la región de Valparaíso y la región del Biobío. A su vez, las regiones extremas del país son las que presentan menor densidad poblacional.

Tabla 1.2. Población por grupos de edad en Chile, entre 1992 y 2017.

| Edad (años) | 1992 | | 2002 | | 2017 | | Aumento entre 1990-2013 (%) |
|----------------|------------|------|------------|------|------------|------|--------------------------------|
| | Millones | % | Millones | % | Millones | % | |
| 0-14 | 3.929.469 | 29,4 | 3.890.126 | 25,7 | 3.523.750 | 20,1 | -10,3 |
| 15-64 | 8.541.882 | 64 | 10.008.733 | 66,2 | 12.046.997 | 68,5 | 41,0 |
| 65+ | 877.046 | 6,6 | 1.217.576 | 8,1 | 2.003.256 | 11,4 | 128,4 |
| Total | 13.348.401 | 100 | 15.116.435 | 100 | 17.574.003 | 100 | 31,7 |

FUENTE: Elaboración propia, con información del INE, Censo 2017.

La Tabla 1.2 muestra que en la actualidad la población chilena presenta un paulatino y sostenido envejecimiento y una fuerte caída de las tasas de nacimiento, reflejado en la cifra presentada en la comparación de los menores de 14 años, entre los años 92 y 2017. Estos datos sociodemográficos deben servir para orientar los diseños de políticas públicas a las autoridades gobernantes en particular en lo relativo a las políticas de salud, atendiendo al perfil epidemiológico que experimentan estos cambios demográficos.

En cuanto a indicadores de salud de la población chilena entre los años 1960 a 2015, comparada con el resto de Latinoamérica, la Tabla 1.3 muestra una notable mejoría de todos los indicadores de salud, encontrándose Chile en mejor posición que los demás países de Latinoamérica. Según datos reportados por el Banco Mundial, se tiene que entre los años 1960 y 2015:

- la esperanza de vida al nacer ha pasado de 57 años a 81 años. Siendo el balance en el año 2015, favorable para Chile con respecto al promedio de Latinoamérica;
- la tasa de mortalidad general (número de muertos por cada 1.000 habitantes) ha pasado de 12 a 5. Siendo el balance en el año 2015, favorable para Chile con respecto al promedio de Latinoamérica;
- la tasa de mortalidad de bebés (número de muertos menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos) ha pasado de 128 a 7. Siendo el balance en el año 2015, favorable para Chile con respecto al promedio de Latinoamérica; y
- la tasa de fertilidad ha pasado de 5,1 a 1,8; cuya tasa suele ser relativamente menor en los países prósperos, o relativamente prósperos, y mayor en los países pobres, o relativamente pobres⁸.

Tabla 1.3. Indicadores de salud en 1960 y en 2015.

| Indicadores de salud | Esperanza de vida al nacer | | Tasa de mortalidad general | | Tasa de mortalidad bebés | | Tasa de fertilidad | |
|--|----------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|------|--------------------|------|
| | 1960 | 2015 | 1960 | 2015 | 1960 | 2015 | 1960 | 2015 |
| Chile | 57 | 81 | 12 | 5 | 128 | 7 | 5,1 | 1,8 |
| América Latina y el Caribe | 56 | 75 | 13 | 6 | 121 | 15 | 6 | 2,1 |
| SEGÚN INGRESOS (media aritmética) | | | | | | | | |
| Ingresos altos | 68 | 81 | 10 | 8 | 36 | 5 | 3 | 1,7 |
| Ingresos medianos | 48 | 71 | 20 | 7 | 149 | 30 | 5,6 | 2,4 |
| Ingresos bajos | 39 | 61 | 25 | 9 | S/I | 53 | 6,5 | 4,8 |

FUENTE: Sitio Web del Banco Mundial, 2017.

⁸ Datos extraídos del sitio web del Banco Mundial, 2017.

1.1.1. Aspectos generales de la estructura de la administración pública chilena.

En una concepción de Estado Unitario para el gobierno y su administración, el territorio de la república de Chile actualmente se divide en 16 regiones y 56 provincias; para el año 2017, la población chilena alcazaba a 17.574.003 habitantes, concentrándose mayormente en las Regiones Metropolitana, Biobío y Valparaíso, según lo muestra la Tabla 1.1, notándose un decrecimiento de la población en los rangos de edad entre 0-14 años, y un aumento de la población mayor de 65 años según la Tabla 1.2. El estado en su conjunto debe impulsar políticas públicas tendientes a atender las demandas sociales, culturales, educacionales y de salud, entre otros, de éstos y otros importantes segmentos de la población, requiriendo por tanto una administración pública con dotaciones de personal suficiente y profesionalizada para atender de modo efectivo y eficiente las demandas de la población.

Cabe consignar que al 2018, la dotación de personal permanente o de planta del sector público ascendió a 299.992⁹ personas, presentando un alza constante desde el 2014, como se muestra en la Tabla 1.4.

Tabla 1.4. Personal Disponible del Gobierno Central 2014 - 2018

| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Dotación | 231.717 | 243.172 | 255.155 | 278.254 | 299.992 |
| Fuera de dotación ¹⁰ | 71.272 | 72.383 | 66.058 | 57.589 | 67.589 |
| GOBIERNO CENTRAL | 302.989 | 315.555 | 321.213 | 335.843 | 367.581 |

FUENTE: Dirección de Presupuestos. Anuario Estadístico del Empleo Público en el Gobierno Central 2011 – 2018.

La Administración Pública Chilena está constituida por los ministerios, las intendencias, las gobernaciones y los servicios públicos creados para el cumplimiento de la función administrativa, cuya organización básica se rige por el Título II de la Ley Orgánica

⁹ Dato agregado. Fuente: Dirección de Presupuestos. (2019). Anuario Estadístico del Empleo Público en el Gobierno Central 2011 - 2018

¹⁰ Personal Fuera de Dotación: Corresponde a toda persona excluida del cálculo de la dotación efectiva, por desempeñar funciones transitorias en la institución, tales como cargos adscritos, honorarios a suma alzada, reemplazos, vigilantes privados, otro personal del Código del Trabajo y otro tipo de personal transitorio.

Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado N° 18.575, de 1986 (Larrondo y Paredes, 2016).

Los servicios públicos son órganos administrativos encargados de satisfacer necesidades colectivas, de manera regular y continua. Sin perjuicio de la realización de las actividades necesarias para el cumplimiento de sus funciones propias, les corresponde según la ley, aplicar las políticas, planes y programas que apruebe el Presidente de la República a través de los respectivos ministerios, pues aun cuando fuesen creados para actuar en todo o parte de una región, siempre quedarán sujetos a las políticas nacionales y a las normas técnicas del respectivo sector. Los servicios públicos pueden ser centralizados o descentralizados, están a cargo de un jefe superior denominado Director, con las excepciones que contempla la ley (Larrondo y Paredes, 2016).

Los servicios centralizados actúan bajo la personalidad jurídica y con los bienes y recursos del Fisco y están sometidos a la dependencia del Presidente de la República, a través del Ministerio correspondiente (Larrondo y Paredes, 2016).

Los servicios descentralizados actúan con la personalidad jurídica y el patrimonio propio que la ley les asigne y están sometidos a la súper-vigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio respectivo. La descentralización puede ser bien territorial, o bien, funcional. (Larrondo y Paredes, 2016). Este es el caso de los servicios de salud público que poseen una estructura funcionalmente descentralizada.

1.1.2. Modelos de sistemas de salud.

- Con la consolidación de los estados modernos en los siglos diecinueve y veinte aparece el rol protagónico del estado en la organización de los sistemas de salud modernos, distinguiéndose al menos tres modelos de sistemas de salud que fueron adoptados por distintos países occidentales, los cuales recogen aspectos socioculturales de la población al momento de su implementación. La distinción entre uno y otro modelo tiene relación, entre otros aspectos, a la participación del estado en las definiciones de la política de salud, entes comprometidos en su provisión, y modalidad de financiamiento de las acciones de salud. A estos tres modelos se les denominó "tipos ideales", por la clara diferencia de concepción y atención de la salud

que se advierte entre ellos y los principios que los fundamentan (Magalon-Londoño, 2008).

- **Servicios Nacionales de Salud (S.N.S.):** Es uno de los modelos clásicos de atención de la salud. El sistema se caracteriza por tener financiamiento público con recursos procedentes del Estado y acceso universal a todas las prestaciones que son provistas por proveedores públicos mayoritariamente. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Este es el modelo que, con matices, se aplica en Inglaterra, Suecia, Noruega, Dinamarca, Portugal y todos los países del antiguo bloque soviético.
- **Sistemas de Seguridad Social:** Se trata de uno de los modelos más integrales, ya que la salud se concibe dentro de un modelo de seguridad social, que integra la previsión de los trabajadores y su grupo familiar. Este modelo tiene ya cien años de historia sobre todo en su país de origen, Alemania, y se caracteriza por un protagonismo no tan estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. Se caracteriza por su alto costo y exigencias de gestión eficiente. Es el modelo de Francia, Alemania, España, Bélgica y Japón. La financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores, por lo general obligatorios, administrados por entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar.
- **Sistemas Liberales:** Se trata de sistemas de adscripción voluntaria. Tienen una organización fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública, en que el financiamiento del sistema proviene mayoritariamente del "bolsillo privado". En cuanto a la provisión de los servicios de salud combinan la participación del Estado en la prestación del servicio, con el de entidades intermedias, mutuales u Obras Sociales y permite la asistencia del sector privado a través de los seguros privados de salud o las empresas de "medicina prepaga". En este modelo se ubica a Chile y Argentina (Tobar, F. 2010).

1.1.3. Evolución del sistema sanitario chileno.

En la evolución del sistema sanitario chileno se observan la adopción de los tres modelos prevalentes de salud, y tal como se señala en el acápite anterior, el actual modelo chileno se identifica dentro de los sistemas liberales, pero ello ocurre solo a partir de los años 80 al imponerse la ideología liberal por la dictadura militar en todos los ámbitos del quehacer nacional y que los gobiernos democráticos han preservado.

En el desarrollo histórico del sistema sanitario chileno se pueden identificar cuatro períodos relevantes que explican la evolución y adopción de los distintos modelos de salud y su actual estructura:

1.-Período de maduración social y del sistema de salud (1917 a 1952)

En la primera mitad del siglo XX, se logró estructurar e integrar más formalmente las entidades de asistencia, protección y seguridad sanitaria de la población. En este período surge una serie de leyes de protección social y laboral, con diversos beneficios sociales a la población y que incluyen aspectos de salud; ello fue favorecido por la formación del Estado de Bienestar y la influencia de las organizaciones de trabajadores. La orientación del progreso social proviene de los avances logrados en Europa, tanto en la protección y seguridad social como en la organización nacional de servicios de salud. Entre los hitos del período destaca que en 1917 se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales, que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud. En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054); esta última fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. Posteriormente surgieron varias leyes relacionadas con salud y trabajo. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva. En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares (Gattini et al, 2014).

2.- Período del Servicio Nacional de Salud (1952 a 1973)

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952 (basado en el modelo británico) y utilizó la integración de los diversos organismos públicos que prestaban

servicios de salud. Durante su existencia, llegó a ser la principal institución nacional de salud, con 120 mil funcionarios distribuidos en una red que alcanzó una importante cobertura geográfica y de población. Su planificación y gestión eran esencialmente centralizadas. Con bastante menor cobertura, existían otras entidades previsionales y asistenciales dependientes de universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. Este período termina abruptamente en 1973 luego de una crisis política y económica global, en la cual el Estado estaba excedido en su capacidad de respuesta a las demandas sociales de la población, a los cambios radicales realizados en la propiedad y producción, y a la diversidad de intereses contrapuestos con conflictos secundarios en la población (Gattini et al, 2014).

3.-Período de reformas liberales (1973 a 1990)

La reforma radical del sistema de salud que se llevó a cabo en este período fue coherente con la reforma política y económica global adoptada bajo el régimen militar, ascendiendo al poder por medio de un golpe de estado en 1973. Sus principios y el modelo adoptado se basan en la línea de postulados liberales internacionales promovidos por la Universidad de Chicago (donde se educaron los economistas gubernamentales más influyentes del período) y el Banco Mundial. La reforma cambió y redujo drásticamente el rol y la importancia del Estado, que se enfocó en un rol subsidiario. Al igual que lo ocurrido en otros servicios públicos, se produjo una reducción de financiamiento y del personal del sistema público de salud; hubo descentralización con atención primaria delegada a la administración municipal y se inició una privatización directa o indirecta de parte de sus funciones. El hito principal ocurrió en 1979, cuando en virtud del Decreto Ley 2.763/1979 se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas, y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada Ley de Salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, provisión y atención de salud, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la provisión y atención de salud y determinó una contribución proporcional al ingreso en el sistema público. Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) de carácter privado, y se concretó el traspaso de la

administración de la mayoría de establecimientos ambulatorios de nivel primario a las municipalidades. El modelo estructurado bajo esta base normativa ha recibido reformas específicas posteriores; sin embargo, la vigencia y organización global del sistema se mantiene bastante similar a la concepción y estructura original del modelo. Ello se aplica a todo el aspecto financiero, previsional y asistencial de salud (Gattini et al, 2014).

4.-Período de gobiernos de la Concertación (1990 a 2010), Gobiernos Democráticos.

Desde 1990, los gobiernos consecutivos de una Concertación de centro izquierda (opositora al régimen militar) se concentraron en recuperar paulatinamente la protección social en salud, recuperar parcialmente la crisis financiera, de otros recursos y de gestión del SNS. En ese período se han realizado una serie de reformas específicas en el sistema de salud. Se logró realizar una serie de inversiones y establecer o fortalecer programas centrados en los derechos y necesidades principales de la población, con énfasis en los más desfavorecidos, vulnerables y necesitados en materias relativas a salud, como la parte de los programas socio-sanitarios de “Chile crece Contigo” y de la ley de Garantías Explícitas en Salud (Gattini et al, 2014).

En la Tabla 1.5 se muestra en detalle los hitos más relevantes de la evolución del sistema de salud chileno.

Tabla 1.5. Diez hitos en la historia del sistema chileno de salud.

| Año | Hito |
|------|---|
| 1891 | Ley de Organización y Atribución de las Municipalidades que las hace responsables de la higiene pública y el estado sanitario de la comuna. |
| 1918 | Primer código sanitario |
| 1924 | Seguro Obrero Obligatorio que cubre riesgo de enfermedad, invalidez, vejez y muerte |
| 1942 | Creación de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA) y del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) |
| 1952 | Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante la fusión de diversas instituciones para crear un organismo único encargado de la protección de la salud de toda la población |

| | |
|-------------|--|
| 1968 | Consolidación de las Mutuales de Seguridad y creación del Sistema de Libre Elección para empleados públicos y privados |
| 1979 | Fusión del SNS y SERMENA y reorganización del Ministerio de Salud para crear el Fondo Nacional de Salud (FONASA), los Servicios de Salud (regionales), la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública |
| 1980 | Municipalización de los establecimientos de atención primaria |
| 1981 | Creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) |
| 1985 | Creación del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios. Se reorganiza el sector público en modalidades de atención institucional y libre elección. Se elimina la diferencia entre régimen de salud y calidad previsional. Establece el aporte financiero según capacidad económica y el acceso libre e igualitario a acciones de salud. |
| 2004 – 2012 | Reforma que da origen al Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) |

FUENTE: Elaboración propia tomado de Sistema de salud de Chile. Becerril, Reyes y Annick. 2011.

Desde el 2010 a la fecha, 2018, el sistema de salud en sus concepciones ideológicas y valóricas, en lo sustancial, ha continuado siendo administrado de acuerdo con los modelos de estructura y funcionamiento establecidos en la década de 1980, con énfasis del rol subsidiario del Estado y de privatización directa o indirecta del sistema. Ello incluye el apoyo a los convenios de inversión y gestión privada de centros asistenciales más complejos (modelo de concesiones hospitalarias). En gran medida, el marco legal, político e ideológico en lo que respecta a la concepción de la salud como bien público se mantiene inalterado desde la década de 1980, no permitiendo que se produzcan cambios o reformas que le permitan mejorar el financiamiento, distribución de recursos, fortalecer el desempeño o adaptarse de modo más dinámico a responder en forma adecuada a las nuevas y diversas necesidades de salud de la población, todo ello pese al reconocimiento de que desde 1980, se ha producido un gran cambio demográfico y epidemiológico en la población chilena. Con la reforma del sector público de salud iniciado el 2004, se ha logrado mejorar aspectos de gestión del sistema, poniendo de manifiesto principios de universalidad, equidad y mayor eficiencia.

Como parte integrante de la reforma del 2004, en el 2010 el gobierno de Chile impulsa la Estrategia Nacional de Salud, la cual incluye cuatro ejes sanitarios: (1) Mejorar la salud de la población; (2) Disminuir las desigualdades en salud; (3) Aumentar la satisfacción de la

población frente a los servicios de salud; y (4) Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias. Para su cumplimiento, se dispone de 9 objetivos estratégicos, a partir de los cuales se definieron 50 Metas Sanitarias para el 2020, con sus respectivos indicadores de impacto.

Para la consecución de las metas se seleccionaron estrategias, denominadas resultados esperados (Ministerio de salud de Chile 2016).

La Estrategia Nacional de Salud 2010-2020 plantea un análisis de situación, proyecciones y resultados esperados para temas de salud relevantes de la población chilena a las cuales se debe atender y dar prioridad, entre los cuales destacan:

- **Enfermedades transmisibles:** emergentes e inmunoprevenibles, VIH/SIDA, TBC, infecciones respiratorias.
- **Enfermedades crónicas no transmisibles:** enfermedades cardiovasculares, cáncer, respiratorias crónicas, diabetes, enfermedad renal crónica, trastornos mentales, afecciones músculo-esqueléticas órganos de los sentidos, salud bucal, accidentes de tránsito, violencia doméstica, intrafamiliar o de género.
- **Factores de riesgo:** tabaco, alcohol, obesidad, sedentarismo, sexo seguro, drogas ilícitas.
- **Ciclo vital:** mortalidad perinatal, rezago infantil, mortalidad adolescente, embarazo en adolescentes, calidad de vida en climaterio, adulto mayor.
- **Determinantes sociales:** inequidades en salud.
- **Ambiente, alimentos y trabajo:** contaminación ambiental, manejo de residuos, agua segura rural, agua servida rural, accidentes de trabajo vigilancia laboral, enfermedades transmitidas por alimentos.
- **Emergencias y desastres:** planes de gestión integral del riesgo, hospital seguro.

Para cumplir con estas metas es necesario disponer y fortalecer una estructura de gestión del sistema de salud que en su conjunto sea moderna y eficiente, cobrando relevancia el atender a los aspectos socioculturales de la población para lograr su involucramiento, destacando:

- El fortalecimiento de la estructura y desempeño del sistema en general, y del sector público en particular, incluyendo sistemas de información, investigación en salud, recursos humanos, financiamiento, infraestructura, gobernanza y participación,

gestión, acceso y calidad de la atención: acceso y oportunidad, seguridad y efectividad de medicamentos, tecnologías sanitarias, y satisfacción usuaria.

- El fortalecimiento de la protección social en salud, de la equidad y acceso a servicios de salud según necesidad y la respuesta a los derechos explícitos de salud de la ciudadanía.

- Mejora de la gestión del sistema público de salud, las garantías y derechos de la ciudadanía respecto al acceso a la salud, revisión del sistema ISAPRE en cuanto a ser un sistema colectivo de aseguramiento, de las licencias por enfermedad y las políticas y normas en materias de medicamentos.

- La promoción de salud es enfatizada, pues constituye una tarea permanente y de gran necesidad a todos los niveles, dado el envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas, sedentarismo, el crecimiento de ciudades con industrialización no planificada en términos de resguardo de salud de la población.

En el ámbito de la promoción de salud, la estrategia pone el acento en:

- Apoyo a los programas de promoción en salud y educación sanitaria.
- Uso de estrategias comunicacionales efectivas para llegar a grupos objetivos específicos y asegurar mejor impacto de las actividades de promoción.
- Capacitar agentes de promoción en la misma comunidad, que puedan ser agentes locales de cambio (estudiantes, profesores, líderes) y favorecer las comunidades y escuelas saludables o promotoras de salud.
- Continuar con la promoción educativa y legal de espacios libre de cigarrillo, entre otros.

Enfatizar la promoción y prevención específica de hábitos no saludables en aspectos como alcoholismo, drogadicción, sexo inseguro, en grupos de mayor riesgo (Ministerio de salud de Chile, 2016).

1.2. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

El sector salud – como parte de la estructura y quehacer nacional – forma parte de la sociedad organizada y está integrado por un gran conjunto de entidades públicas y privadas gubernamentales, no gubernamentales e informales, que directa o indirectamente se

relacionan con el objetivo de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud, en el ámbito individual y colectivo de la población. El sistema de salud, término frecuentemente utilizado en forma sinónima al del sector salud, se refiere más específicamente al conjunto formal de personas y entidades públicas y privadas que se relacionan con la organización, financiamiento, aseguramiento, recursos o provisión de bienes y servicios en materias de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud, destacando entre ellos a los subsistemas público, privado y de las Fuerzas Armadas, las cuales tienen su propio régimen de previsión y provisión de servicios de salud.

En este contexto, corresponde señalar que el sistema de salud tiene una naturaleza mixta, con mezcla público/privada en la previsión y provisión de servicios, y su rol rector y regulador es ejercido por el Estado a través del Ministerio de Salud. El financiamiento proviene principalmente del Estado, además de cotizaciones de trabajadores y empresas. La provisión de salud se logra con diversas entidades de seguros de salud y hay múltiples profesionales y centros prestadores de atención, tanto públicos, privados y de las FF.AA., distribuidos en la mayoría de centros poblados del país. Gracias a la existencia de ellos, se alcanza una amplia cobertura en la provisión y prestación de servicios asistenciales (vía aseguramiento o protección social) y geográfica, prácticamente universal, ya que la red asistencial se distribuye a lo largo de todo el territorio poblado nacional.

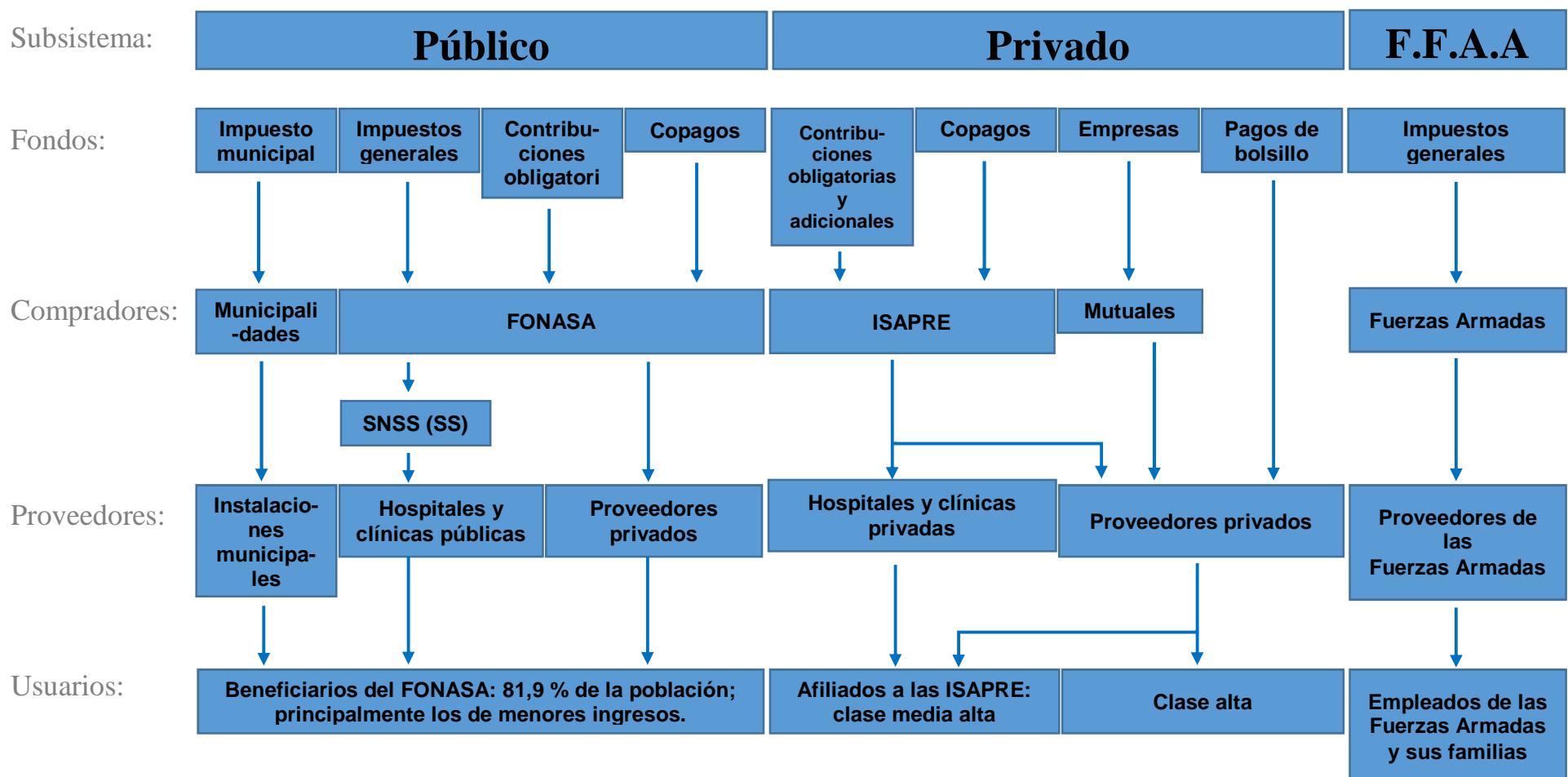
El sistema de salud, en su aspecto formal, como se muestra en la Figura 1.2, incluye un doble nivel organizacional sobrepuerto, (a) El sistema chileno (nacional) de salud, incluye a todas las personas y entidades, ya sean estatales, públicas o privadas, que cumplen funciones relativas a la provisión, financiamiento, aseguramiento y funcionamiento del sistema en su conjunto; (b) El Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S), que es una entidad pública con un claro marco normativo, que está centrada en la provisión de servicios asistenciales a la población, para lo cual cuenta en forma descentralizada con Servicios de Salud de ámbito regional o subregional, que disponen de una red asistencial de hospitales y centros de diagnóstico y tratamiento; también participan del S.N.S.S, aquellas instituciones que se adscriben a través de convenios, destacando los municipios y los servicios delegados.

El sector previsional y asistencial que no forma parte del S.N.S.S. está conformado por un conjunto de entidades previsionales de seguros, como las ISAPRES, o de prestadores

de servicios de salud privada como clínicas o centros médicos, además de otras instituciones privadas o que siendo estatales, como los hospitales y centro de salud de las FF.AA, no forman parte del S.N.S.S, y que tienen objetivos de oferta al mercado y otorgan una cobertura específica a un segmento de afiliados particulares.

En su rol normativo, el Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile tiene la obligación de garantizar a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud. Los ciudadanos tienen la libertad de escoger entre los servicios públicos y los privados (Becerril, Reyes y Annick, 2011).

Figura 1.2. Estructura general del sistema de salud en Chile.



FUENTE: Sistema de salud de Chile. Becerril, Reyes y Annick. 2011.

Es importante señalar que el Gasto de bolsillo es el pago directo que hace un paciente por una atención, procedimiento o medicamento que no está cubierto por la seguridad social o ente de seguro privado, como ISAPRE. A modo de ejemplo se puede citar el complemento que se hace para cubrir el costo de un procedimiento médico o el gasto por medicamentos, en el ámbito público corresponde al concepto de copago.

Ha de tenerse presente que la mayor parte de la población, 78% está acogido al subsistema de salud público y una menor parte, 14,4%, al subsistema de salud privado. El 5,6% restante se acoge a otros subsistemas, o bien no cotiza, como lo muestra la Tabla 1.6.

Tabla 1.6. Cobertura de sistemas previsionales de salud en Regiones de Chile, 2017.

| Región | Beneficiarios según categoría | | | | | |
|--------------------|-------------------------------|-------------|----------------------------|----------------|------------|------------|
| | FONASA % | ISAPRE % | FF.AA. y del Orden/Otro | Sin Prev. % | No Sabe | Total % |
| Arica y Parinacota | 75,7 | 8,7 | 5,3 | 5,3 | 5,0 | 100 |
| Tarapacá | 74,2 | 11,6 | 4,8 | 5,9 | 3,4 | 99,9 |
| Antofagasta | 69,6 | 21,8 | 2,5 | 2,8 | 3,3 | 100 |
| Atacama | 77,0 | 11,5 | 2,4 | 3,3 | 5,8 | 100 |
| Coquimbo | 89,6 | 4,0 | 1,5 | 2,6 | 2,2 | 99,9 |
| Valparaíso | 79,7 | 11,4 | 4,6 | 2,3 | 2,1 | 100 |
| Metropolitana | 71,1 | 21,5 | 2,5 | 3,6 | 1,3 | 100 |
| O'Higgins | 83,7 | 10,2 | 1,6 | 2,6 | 1,9 | 100 |
| Maule | 86,7 | 5,5 | 2,1 | 2,3 | 3,4 | 100 |
| Ñuble | 88,1 | 3,9 | 2,4 | 1,6 | 3,9 | 99,9 |
| Bio | 85,1 | 9,5 | 2,9 | 1,3 | 1,3 | 100 |
| Araucanía | 86,3 | 7,2 | 2,8 | 1,6 | 2,1 | 100 |
| Los Ríos | 84,3 | 8,3 | 2,2 | 2,7 | 2,4 | 99,9 |
| Los Lagos | 84,8 | 9,3 | 1,9 | 1,9 | 2,1 | 100 |
| Aysén | 76,7 | 7,8 | 7,4 | 4,9 | 3,2 | 100 |
| Magallanes | 68,6 | 17,3 | 7,8 | 2,4 | 3,9 | 100 |
| Chile | 78,0 | 14,4 | 2,8 | 2,8 | 2,0 | 100 |

FUENTE: Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2018). Encuesta CASEN 2017.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), al 2016 existían en el país 33,3 mil médicos activos, que incluye registros de especialistas en 70 especialidades diferentes; lo que implica que existen 568 habitantes por cada médico. El 2016 el número de camas hospitalarias ascendía a 38.138 (de las cuales 25.988 pertenecían al SNSS), lo que revela una disponibilidad de 2,1 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, bajando este indicador a 1,4 camas por 1000 habitantes para el sector público. Bastante más bajo que los países OCDE en donde este indicador llega 4,7 (Gattini, 2014; INE, 2016) (INE, 2017).

El financiamiento del sistema mixto de salud incluye aportes públicos y privados, que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y provisión de servicios. El gasto total en salud representa un 8% del PIB; el 47,4 % de ello es público y representa el 16% del presupuesto del Gobierno, y el 52,5% restante es privado, donde el 65% es gasto directo del trabajador (Gattini, 2014).

1.2.1. El Subsistema Público de Salud

La figura 1.3, muestra la conformación del subsistema público de salud en cuanto al origen de su financiamiento, sus principales compradores públicos y los proveedores de servicios de salud y sus principales usuarios. Cabe destacar que, en 2017, el 78% de la población eran beneficiarios de FONASA¹¹ (13.707.722 personas), de los cuales sólo el 52% eran cotizantes y un 20% cargas familiares; y el 28% restante corresponde a población beneficiaria no cotizante. Por su parte el sistema ISAPRE¹² concentra en sus beneficiarios el 14,4% de la Población, de las cuales el 57% son cotizantes, siendo el restante 43% cargas familiares; el 2,8% de la Población corresponde a beneficiarios del sistema de salud de las FF.AA. y de Orden, el 2,0 % y el 4,8% restante no se encuentra adscrito a ningún sistema de Salud (CASEN, 2017)¹³. El 21% de cotizantes de FONASA son mayores de 60 años (grupo

¹¹ FONASA: Fondo Nacional de Salud. Institución del estado cuya función es financiar las actividades de salud de los organismos públicos.

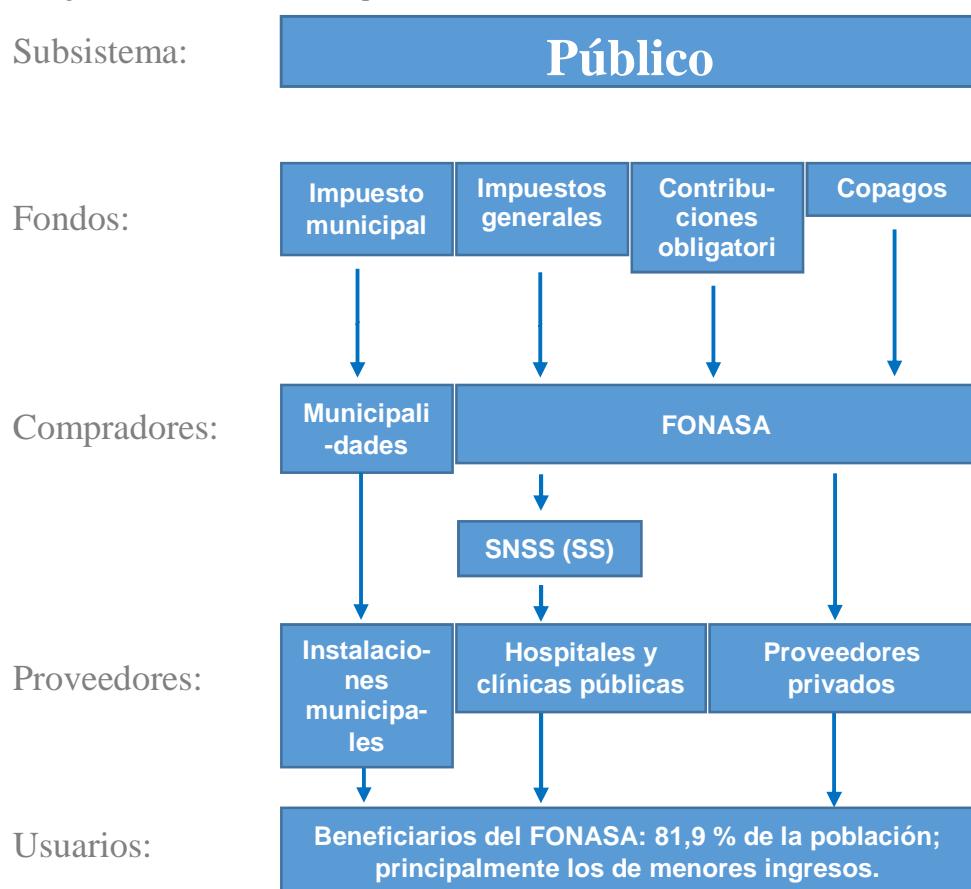
¹² ISAPRE: Instituciones de Salud Privada. Organismos privados que actúan como aseguradoras de salud.

¹³ CASEN 2017: La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), realizada por el Ministerio de Desarrollo Social, es una encuesta de hogares representativa a nivel nacional, regional, urbano y rural y comunal. Este instrumento de medición socioeconómica es el fundamento para el diseño y evaluación de las políticas sociales del país.

de edad donde paulatinamente se acumula mayor carga de enfermedad y necesidad de atención de salud), pero sólo un 11% de los cotizantes de ISAPRE tiene ese rango de edad.

Las cotizaciones representan alrededor de un tercio del ingreso en salud y el gasto de bolsillo¹⁴ otro tercio (el restante proviene de aporte fiscal directo). El gasto de bolsillo puede significar una gran desprotección en personas de bajos recursos y contribuir a la inequidad, especialmente cuando hay gran desigualdad de ingreso, como es en el caso chileno.¹⁵ (Minsal, 2016, Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS).

Figura 1.3. El subsistema público de salud en Chile



FUENTE: Minsal, 2016, Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS.

¹⁴ Pagos directos provenientes de las personas en el momento que utilizan alguna prestación de salud. Cuando este traspasa cierto umbral (30% o 40%) respecto de la capacidad de pago del hogar, se produce el Gasto Catastrófico en Salud (GCS).

¹⁵ Según las cifras más recientes (2017) del Grupo del Banco Mundial (World Bank Group), Chile posee un Coeficiente de Gini de 0,466.

Según muestra la Figura 1.3, los beneficiarios públicos del sistema sanitario chileno representan a un alto porcentaje de la población, y en ese contexto el Estado ha tenido un rol protagónico en la provisión de los servicios de salud para la población chilena.

1.2.2. Organización del subsistema público de salud chileno.

Las entidades que conforman el subsistema público de salud chileno, su estructura y sus roles son: Ministerio de salud, Subsecretaría de salud pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Seremis, Fonasa, Superintendencia de Salud, Central de Abastecimiento.

El subsistema público está organizado mediante el *Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.)*, el cual está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento. Además, participan del Sistema todas aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados. El Decreto Ley N°38 de 2005 establece el Reglamento Orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red (Becerril, Reyes y Annick, 2011).

El **Ministerio de Salud** tiene la función normativa, exclusiva del Estado chileno, de velar por el derecho constitucional de dar acceso igualitario a la salud a toda la población, formulando y fijando las políticas de salud del gobierno central y dictando las normas y planes generales del sistema. Éste ejerce sus funciones a través del trabajo conjunto de dos subunidades: la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales (Narbona y Durán, 2009).

La **Subsecretaría de Salud Pública** tiene la misión de ejercer las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras relativas a la calidad de los bienes públicos, como lo son los productos sanitarios, y acceso a políticas sanitario-ambientales; y La **Subsecretaría de Redes Asistenciales**, tiene la misión de regular y velar por el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas y de actividades de coordinación (Narbona y Durán, 2009).

Las *Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS)* tienen como propósito ejercer las mismas funciones del ministerio a nivel regional, estableciendo Planes Regionales de Salud Pública. Las dos subsecretarías mencionadas anteriormente, son superiores jerárquicamente a estas instituciones (Narbona y Durán, 2009).

La *Superintendencia de Salud* es la sucesora institucional de la “Superintendencia de ISAPRES”, pero con funciones ampliadas. Ésta surge con la puesta en marcha de la Ley de Autoridad Sanitaria (Ley N° 19.937 del 2004), y tiene por función garantizar el cumplimiento de la Ley de Salud, regulando y fiscalizando el desempeño del Sistema de Salud chileno, a través de, (Narbona y Durán, 2009):

- La *Intendencia de Prestadores de Salud*, que tiene como misión dar seguridad y fe pública de la correcta aplicación de los sistemas de evaluación de la calidad en la atención de salud, promoviendo su mejoramiento continuo, uno de los componentes principales de la garantía de calidad en salud establecida por la Ley Auge (Narbona y Durán, 2009).
- La *Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud*, que tiene como misión promover relaciones transparentes y equitativas entre usuarios y seguros (Narbona y Durán, 2009).

El *Instituto de Salud Pública de Chile (ISP)* es un servicio público funcionalmente descentralizado, que tiene por misión contribuir al mejoramiento de la salud de la población a través de la fiscalización y la normalización. También es el laboratorio de referencia nacional en mediciones ambientales en los lugares de trabajo y exámenes a los trabajadores expuestos a agentes contaminantes (Narbona y Durán, 2009).

El *Fondo Nacional de Salud (FONASA)*, cumple la función previsional-financiera de administrar la cotización del 7% de los ingresos mensuales de quienes se aseguran en esta institución, como así también los fondos que entrega el Estado a través de un aporte fiscal directo. Esta institución gestiona las prestaciones de salud principalmente a través de la compra de bonos, de costos totales o parciales. Estas prestaciones pueden ser efectuadas en los establecimientos públicos o en los establecimientos privados en convenio. (Narbona y Durán, 2009). Cubre al 78% de la población a nivel nacional (Encuesta CASEN 2017).

La **Central de Abastecimiento** tiene por función intermediar los requerimientos de fármacos, insumos médicos y bienes públicos de la red asistencial de salud. Actúa a través de convenios con establecimientos de Salud, en los cuales se establece una comisión por los servicios prestados. Pertenecen a esta red los Hospitales, Centros Referenciales de Salud, Centros de Diagnóstico Terapéutico, Consultorios, Centros de Atención de Salud Primaria municipalizados y la Subsecretaría de Salud Pública (Narbona y Duran, 2009).

Su principio fundamental es lograr ahorros importantes para el sistema público, a través de la centralización de compras y un manejo más eficiente de los recursos. El principal método para lograr esto es la “Compra Consolidada”¹⁶, un tipo de compra a gran escala (Narbona y Duran, 2009).

Tabla 1.7. Esquema del sistema de salud en Chile y sus principales entidades, según función y sector.

| Función | Sector estatal público | Sector privado |
|----------------|--|---|
| Rol rector | • Estado (Ministerio de salud) | |
| Rol regulador | • Estado (Ministerio de salud) • Superintendencia de Salud | |
| Financiamiento | • Estado • Cotización de trabajadores • Co-pago por bienes y servicios | • Empresas privadas • Cotización de trabajadores • Co-pago por bienes y servicios • Pago de bolsillo |
| Aseguramiento | • FONASA • Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden • Otros Seguros Públicos | • ISAPRE • Mutuales de Empleadores • Seguros específicos (escolar, transporte) |

¹⁶ Sistema de Compras Consolidadas”, consiste en reunir varios establecimientos hospitalarios o centros de salud, para efectuar las compras de medicamentos o insumos médicos ante la Central de Abastecimientos aprovechando las economías de escala que se producen.

- | | | |
|--|---|--|
| Centro de provisión de servicios asistenciales | <ul style="list-style-type: none"> • Hospitales del SSNS • Hospitales de Fuerzas Armadas y otros estatales • Centros de atención ambulatoria del SNSS (incluye administración municipal) | <ul style="list-style-type: none"> • Hospitales y clínicas • Centros ambulatorios • Laboratorios • Centros de imagenología • Otros centros de apoyo diagnóstico o terapéutico |
|--|---|--|

FUENTE: Síntesis de la Salud en Chile. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 2014.

1.2.3. Cobertura y niveles de complejidad.

Los *Servicios de Salud* son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Son 29 Servicios con asignación geográfica definida. A la Dirección de Servicio de Salud le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias. La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales y Postas Rurales de Salud (Becerril- Montekio, 2011).

La provisión de servicios asistenciales en el Sistema Nacional de Servicios de Salud está a cargo de estos 29 Servicios de Salud distribuidos en el país. En forma directa, tienen a cargo a los hospitales y, en algunos casos, centros de atención ambulatoria de nivel primario. La atención primaria de salud provista en centros de salud urbanos y rurales ha sido delegada a la administración municipal. Cada Servicio de Salud cuenta con una red asistencial de establecimientos y niveles de atención que se organizan de acuerdo a su cobertura poblacional y complejidad asistencial. Existe una red asistencial de 196 hospitales de distinta complejidad, consultorios adosados a los hospitales y una red de atención primaria, en su mayoría de administración municipal, compuesta de consultorios generales urbanos, consultorios generales rurales, centros de salud familiar y servicios de atención primaria de urgencia (OCHISAP, 2017).

La red asistencial de cada Servicio de Salud se organiza en niveles de diversa complejidad. La estructura de la red asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio de Salud, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con dicho Servicio, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población (Ley 19.937 de 2004).

Los establecimientos del SNSS se clasifican en tres niveles de complejidad: primario, secundario y terciario, según los siguientes criterios de complejidad y cobertura (Narbona y Duran, 2009).

El nivel primario tiene mínima complejidad y amplia cobertura, realiza atenciones de carácter ambulatorio en las Postas Rurales de Salud y en los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales. Allí se ejecutan principalmente los Programas Básicos de Salud de las Personas. Para su realización se cuenta con medios simples de apoyo a los diagnósticos y un arsenal terapéutico determinado y de acuerdo a las prestaciones que se brindan. El tipo de personal que realiza las acciones de salud varía según la magnitud de la población a atender y la naturaleza de las actividades a cumplir, abarcando desde el auxiliar rural hasta un equipo que incluye médicos generales y otro personal de colaboración. Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente: controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria.

El nivel secundario, principalmente basado en especialidades básicas, cuenta con una complejidad intermedia y de cobertura media. Este nivel actúa por referencia desde el nivel primario y sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como hospitalización en establecimientos hospitalarios que también cuentan con atención ambulatoria provista de un consultorio adosado en ese tipo de establecimientos.

El nivel terciario se caracteriza por una cobertura reducida de población, esencialmente basada en referencia de pacientes desde otros niveles; y por su alta complejidad tecnológica. Puede actuar como un centro de referencia no sólo para recibir pacientes desde su propia área de red asistencial, sino que puede tener carácter regional,

supra-regional y en algunos casos hasta cobertura nacional (como institutos de especialidades). Aunque estos establecimientos hospitalarios realizan actividades de alta complejidad, en general también realizan atención de nivel secundario, cubriendo una demanda insatisfecha por el nivel correspondiente (ya que cubren problemas de demanda a nivel secundario de la población no cubierta por la red asistencial correspondiente).

Al igual que en el nivel secundario, en este nivel corresponde realizar tanto acciones de tipo ambulatorio, efectuadas en los consultorios adosados de especialidades de estos hospitales, como de atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización. Sus recursos humanos son los de la más alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica.

Según lo señalado precedentemente, los establecimientos de la red que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud se clasifican según los siguientes criterios de complejidad y cobertura que se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 1.8. Niveles de Complejidad de hospitales

| Nivel de Atención | Complejidad | Cobertura Población | Atención | Actividades | Personal | Tipos de establecimiento |
|-------------------|-------------|---------------------|---|---|---|---|
| Primario | Baja | Alta | Ambulatoria Abierta | Controles, consultas, vacunaciones. | Médicos generales y personal de Colaboración. | Consultorios Generales, Centros de salud, Servicios de Urgencia, Postas y estaciones médicas. |
| Secundario | Media | Mediana | Ambulatoria abierta y Hospitalaria cerrada. | Recuperación y rehabilitación de pacientes. | Médicos Especialistas y Personal de colaboración. | Hospitales y Centros de atención Ambulatoria con tecnología de especialidades. |

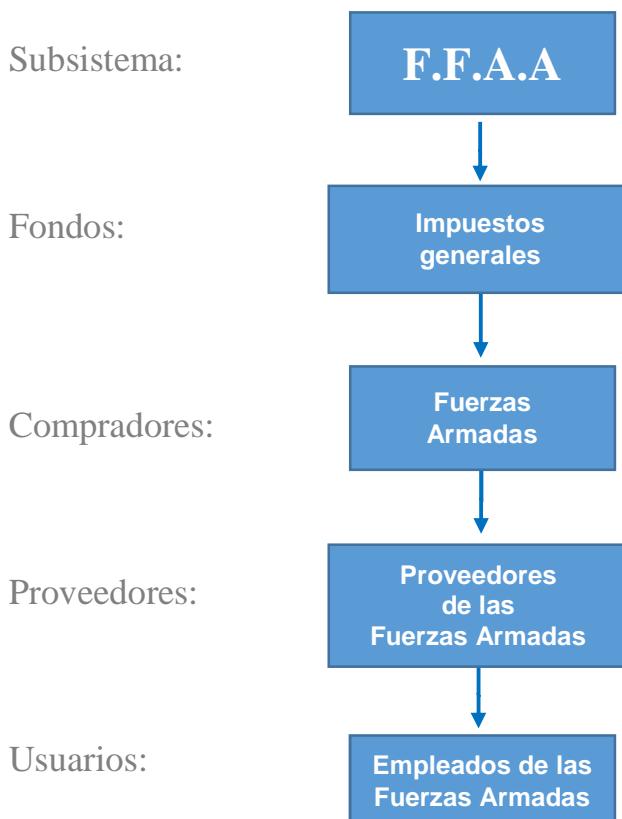
| | | | | | | |
|-----------|------|------|--------------------------------|---|---|--|
| Terciario | Alta | Baja | Ambulatoria abierta y cerrada. | Recuperación y rehabilitación de pacientes con problemas complejos en alguna especialidad médica. | Médicos altamente Especializados y Personal de colaboración Especializado | Institutos y Hospitales de Especialidad y Centros clínicos Especializados. |
|-----------|------|------|--------------------------------|---|---|--|

FUENTE: Elaboración propia.

1.2.4. Otras instituciones de la Salud Pública (Fuerzas Armadas).

Los miembros de las fuerzas armadas y las fuerzas de orden y seguridad pública (Ejército, Marina, Aviación, Carabineros de Chile, Policías de Investigación y Gendarmería) y sus familias, son beneficiarios de un seguro de salud ajeno al FONASA y las ISAPRE, que brinda atención en instalaciones y con proveedores propios. Si bien estas instituciones tienen financiamiento estatal no forman parte de S.N.S.S. (Becerril, Reyes y Annick, 2011).

Figura 1.4. El subsistema de salud de las F.F.A.A. en Chile



FUENTE: Sistema de salud de Chile. Becerril, Reyes y Annick. 2011.

1.3. EL SUBSISTEMA PRIVADO.

Organización del subsistema privado: Isapres, Clínicas privadas, Hospitales Universitarios.

Al subsistema privado pertenecen tanto Instituciones con fines de lucro como personas e instituciones que brindan prestaciones médicas en forma particular. Se incluye en este rubro a médicos, profesionales de la salud e instituciones como centros médicos, clínicas, laboratorios, centros de imagenología, farmacias, e instituciones sin fines de lucro de carácter benéfico como Cruz Roja, Coanil¹⁷, Caritas¹⁸, Coaniquem¹⁹, centros de salud dependientes de iglesias, ONGs que cuentan con establecimientos generalmente ambulatorios, además de los Hospitales de Fuerzas armadas y de Orden, Mutuales de Seguridad, Hospitales clínicos y centros médicos dependientes de Universidades (Gattini, 2014).

El sector privado de salud cubre aproximadamente al 14,4% de la población y proveen servicios a través de instalaciones exclusivamente privadas. Existe un 2,8% de la población que se cubre por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y Carabineros; los trabajadores independientes; y un reducido sector de la población, de clase alta, que paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo (Becerril, Reyes y Annick, 2011) (Encuesta CASEN 2017).

Las *Instituciones de salud previsional (ISAPRES)* son organismos con fines de lucro que nacieron en 1981 mediante el Decreto con Fuerza de Ley N° 3. Son organismos creados para financiar las prestaciones de salud privadas. La afiliación a este sistema es voluntaria y otorga al cotizante el beneficio de elegir el establecimiento o profesional de su preferencia. En base a un plan, las personas quedan bajo su protección y cuentan con financiamiento para sus gastos de salud (Romero, L, 2011).

¹⁷ Coanil: Fundación que acoge a las personas con discapacidad intelectual en riesgo social y / o condición de pobreza de Chile y cuyo fin es mejorar su calidad de vida desarrollando sus capacidades y favoreciendo su integración en la sociedad

¹⁸ Caritas Internationalis es una confederación caritativa y humanitaria financiada y perteneciente a la Iglesia católica que agrupa 165 organizaciones nacionales de asistencia, desarrollo y servicio social.

¹⁹ Coaniquem: Corporación de Ayuda al Niño Quemado.

Las ISAPRES ofrecen diferentes planes para los afiliados y sus familias, generalmente con mayores beneficios que los que ofrece FONASA, el que se financia con cotizaciones suplementarias al 7% obligatorio. Éstas en general operan con prestadores privados de salud, pero pueden hacer convenios con prestadores públicos para la atención de urgencias, tratamiento intensivo o servicio de pensionado y están destinadas principalmente a los trabajadores de clase media y de clase alta (Becerril, Reyes y Annick, 2011).

Existen dos tipos de ISAPRES, abiertas y cerradas. La inscripción a las cerradas está limitada a los trabajadores de una empresa o sector económico. Las abiertas permiten la inscripción a toda la población con capacidad de pago. Al 2016 el sistema está conformado por trece de estas instituciones, de las cuales siete son abiertos y seis son cerradas (Becerril, Reyes y Annick, 2011; Superintendencia de Salud, 2017).

Tabla 1.9. ISAPRES

| ISAPRE | Tipología | Participación |
|---------------------------|-----------|---------------|
| Colmena Golden Cross S.A. | Abierta | 16,16% |
| Cruz Blanca S.A. | Abierta | 20,28% |
| Vida Tres S.A. | Abierta | 4,18% |
| Optima S.A. | Abierta | 0,62% |
| Masvida S.A. | Abierta | 16,52% |
| Banmédica S.A. | Abierta | 20,1% |
| Consalud S.A. | Abierta | 19,39% |
| San Lorenzo Ltda. | Cerrada | 0,07% |
| Fusat Ltda. | Cerrada | 0,74% |
| Chuquicamata Ltda. | Cerrada | 0,91% |
| Río Blanco Ltda. | Cerrada | 0,16% |
| Fundación Ltda. | Cerrada | 0,79% |
| Cruz del Norte Ltda. | Cerrada | 0,06% |

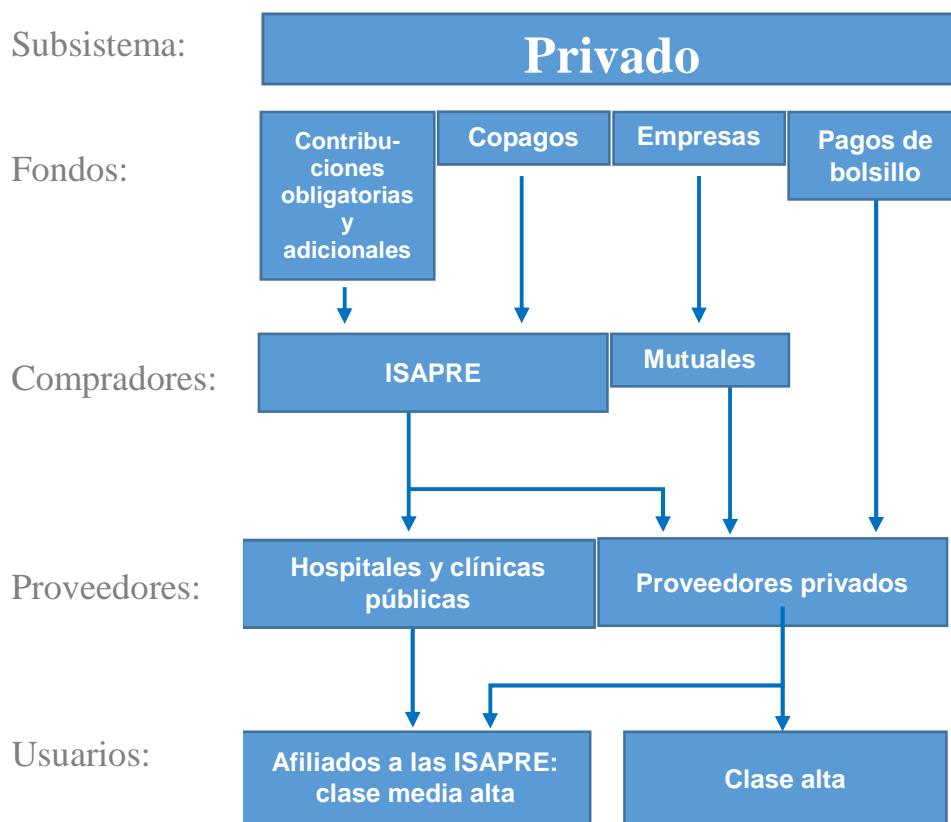
FUENTE: Elaboración propia tomando datos de la Superintendencia de Salud, estadísticas básicas del sistema ISAPRE, a octubre del 2016.

Cabe señalar también que existen tres **mutuales de seguridad**: El Instituto de Seguridad del Trabajo (IST), creada en 1957; La Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), creada en 1958; y La Mutual de Seguridad C.Ch.C., en 1966. Estas son instituciones privadas

sin fines de lucro que ofrecen cobertura exclusiva para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los trabajadores afiliados (sin incluir a sus familias), los cuales representan cerca de 26,99%²⁰ de la población. Estas mutuales prestan servicios dentro de sus propias instalaciones y en caso de contar con capacidad ociosa, ofrecen atención a población no afiliada a cambio de un pago por servicio (Becerril, Reyes y Annick, 2011; Superintendencia de Seguridad Social, 2017).

Los **hospitales universitarios** son instituciones tanto de carácter público como de carácter privado, cuya finalidad es la formación de profesionales de la salud, llevar a cabo investigaciones médicas, proporcionar práctica clínica y entregar asistencias de salud (Hospital Clínico Universidad de Chile, 2017).

Figura 1.5. El subsistema privado de salud en Chile.



FUENTE: Sistema de salud de Chile. Becerril, Reyes y Annick. 2011.

²⁰ Dato actualizado a diciembre del 2015. Fuente: INE, Compendio Estadístico, 2016; Superintendencia de Seguridad Social, Estadísticas, 2016.

CONCLUSIONES

En este capítulo se hace una descripción de la evolución, estructura y de las principales características del sector público chileno, como del sector sanitario, que nace en los albores del Estado Nación, primero bajo el abrigo de instituciones de beneficencia y luego bajo el alero del Estado, quien juega un rol protagónico en su evolución, desarrollo y gestión a lo largo de toda su existencia. Se exponen los fundamentos que justifican la intervención pública y en los ámbitos de regulación y de gestión. El sistema de salud en su conjunto se ha caracterizado por concebir modelos de gestión burocráticos y altamente jerarquizados, lo que está siendo sustituido por modelos más adhocráticos y flexibles introducidos por la reforma sanitaria propiciada entre el 2004 al 2012, períodos en el que se incorporan y van consolidando los modelos de Atención Integral de Salud, el cual se sustenta en torno a la creación de Organizaciones en red territorial en lo externo y en base a la gestión de procesos en lo interno. Este modelo da cuenta de los cambios sociales, culturales, epidemiológicos y demográficos de la población chilena. Las deficiencias de los modelos clásicos obligaron a hacer transformaciones orientadas hacia la maximización del impacto sanitario, a poner mayor énfasis en la promoción y el control de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales y sociales, la creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable; la prevención de enfermedades con énfasis en la pesquisa oportuna o el diagnóstico precoz de éstas; la resolución integral de los problemas de salud, mayoritariamente en forma ambulatoria, incorporando además, mecanismos de financiamiento que incentivarán la atención ambulatoria y el uso racional de tecnologías sanitarias con eficacia y efectividad científicamente demostrada. En este contexto, el sistema de salud se estructura en base a la complejidad de las acciones sanitarias proporcionadas y a la cobertura de la población atendida, siendo el nivel de atención primaria, el primer eslabón de acceso a la red, para luego pasar a las intervenciones de mayor complejidad, como los son los niveles secundario y terciario.

Cabe destacar que el sector sanitario chileno al formar parte de la sociedad organizada está integrado por un gran conjunto de entidades públicas y privadas, gubernamentales, no gubernamentales, que directa o indirectamente se relacionan, con el objetivo de promover, prevenir, cuidar o recuperar la salud, en el ámbito individual y colectivo de la población. El

sistema de salud, está referido al conjunto formal de personas y entidades públicas y privadas que se relacionan con la organización, financiamiento, aseguramiento, recursos o provisión de servicios sanitarios en materias de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud, previamente señaladas, destacando que la provisión de estos servicios provienen tanto de los subsistemas público, privado y de las Fuerzas Armadas.

En este contexto, corresponde señalar que el sistema de salud chileno, tiene una naturaleza mixta, con mezcla público/privada en la previsión y provisión del producto/servicio sanitario, y el rol rector y regulador del sistema es ejercido por el Estado a través del Ministerio de Salud, quién debe garantizar los principios de universalidad, equidad y eficiencia sobre los cuales está constituido el sistema sanitario chileno. Cabe destacar además, que el financiamiento proviene principalmente del Estado, complementadas con las cotizaciones de trabajadores y empresas. La provisión de salud, además de las entidades públicas, se logra con diversas entidades de seguros de salud, denominadas Isapres, existiendo múltiples profesionales y centros prestadores de atención, en los ámbitos públicos, privados y de las FF.AA, distribuidos en la mayoría de centros poblados del país, que otorgan una amplia cobertura del sistema de modo integrado, vía aseguramiento o protección social y geográfica, prácticamente universal, ya que la red asistencial se distribuye a lo largo de todo el territorio poblado del país.

REFERENCIAS

- Banco Mundial.** (2017). *Banco mundial: Esperanza de vida al nacer, total (años); Tasa de mortalidad en un año (por cada 1.000 personas); Tasa de mortalidad, bebés (por cada 1.000 nacidos vivos); Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer)*. Recuperado en: <http://datos.bancomundial.org>.
- Becerril, V; Reyes, J. & Annick, M.** (2011). “*Sistema de salud de Chile*”. Revista de salud pública de México/ Vol. 53.
- Constitución Política De La República De Chile.** Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 22 de Septiembre de 2005.
- Decreto Ley N° 2.763.** Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 03 de Agosto de 1979.
- Fondo Nacional De Salud.** (2017). *FONASA: Bases de datos, Informes, Estudios y Documentos*. Recuperado en: <https://www.fonasa.cl>.
- Gattini, C.** (2014). “*Panorama y tendencias de la salud en Chile*”. Observatorio chileno de salud Pública. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
- Gobierno De Chile.** (2017). *Gobierno de Chile: Atribuciones del Presidente; Ministros*. Recuperado en: <http://www.gob.cl/>.
- Hospital Clínico Universidad De Chile.** (2017). *Hospital Clínico Universidad de Chile: Misión*. Recuperado en: <https://www.redclinica.cl>.
- Instituto Nacional De Estadísticas.** (2016). “*Compendio Estadístico 2016*”. Dirección Nacional. Departamento de Comunicaciones e Imagen Corporativa. Sub-departamento de RR.PP. y Ediciones.
- Larrondo, W Y Paredes, M.** (2016). *Monografías: Estructura de la administración pública de Chile*. Recuperado en: <http://www.monografias.com>.

Ley N° 2.763. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 24 de febrero de 2004.

Magalón-Londoño, G; Galán, R; Ponton, G. (2008). “*Administración Hospitalaria.*” 3° edición, editorial médica Panamericana. Bogotá.

Ministerio De Salud. (2016). Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, www.deis.cl.

Narbona, K & Gonzalo, D. (2009). “*Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional*”. Fundación Sol.

Observatorio Chileno De Salud Pública. (2017). OCHISAP: *Estructura organizacional del SNSS*. Recuperado en: <http://www.ochisap.cl>.

Romero, L. (2011). “*Modelos y mecanismos de financiamiento en el sistema de salud*” Superintendencia de Salud de Chile.

Superintendencia De Salud. (2017). Superintendencia de Salud: ISAPRES. Recuperado en: <http://www.supersalud.gob.cl>.

Superintendencia De Salud. (2017). Superintendencia de Salud: Cartera de Beneficiarios, Estadísticas consolidadas de cartera del sistema ISAPRE año 2016. Recuperado en: <http://www.supersalud.gob.cl>.

Superintendencia De Seguridad Social. (2017). Superintendencia de Seguridad Social: Mutualidades. Recuperado en: <http://www.suseso.cl>.

Tobar, F. (2010). “*Hacia dónde va el hospital y dilemas de la Gestión de Hospitales*”. Editorial Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

Villavicencio, C. (2012). “*Organización, estructura y funcionamiento del sector salud en Chile.*” Recuperado en: <http://es.slideshare.net/chanchandro/organizacion-estructura-y-funcionamiento-del-sector-salud>.

CAPÍTULO 2

EL HOSPITAL COMO ORGANIZACIÓN SOCIAL.

INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los derechos fundamentales para todo ser humano y es considerado un factor insustituible, que influye en el bienestar social, el desarrollo, la economía y la educación de los pueblos (Malagón – Landoño, et al, 2008); aspectos que obligan a las instituciones sanitarias a ofrecer prestaciones y servicios de forma oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria (Organización Mundial de la Salud, 2013). También cabe destacar que, en el mundo, el sector de la salud constituye uno de los empleadores más importantes de los servicios, al ocupar entre el 7 y el 13% de la mano de obra, caracterizada por su diversidad profesional y técnica (Hernández – Nariño, et al, 2016).

Conocer las características y el funcionamiento de los hospitales y en particular, de los hospitales públicos como organizaciones sociales insertas en una comunidad, es uno de los objetivos de este capítulo. Diversos estudios realizados en distintas regiones del mundo señalan que los hospitales públicos en general, muestran un alto nivel de eficiencia y reconocimiento social, como es el caso de estudios hechos para medir la eficiencia técnica y administrativa en hospitales en Italia (Colombi, R. 2017), Turquía (Yildiz, M; et al 2018), y en algunos estados de Estados Unidos y en Chile (Ferrier & Trivitt, 2013), (Santelices, E; et al, 2013), (Urriola, C; el al. 2016). Esa eficiencia y reconocimiento obedecen en gran medida a la incorporación de políticas de calidad, de mejora continua, gestión de procesos y de gobiernos corporativos, a través de consejos de administración (Tsai, T, et al, 2015). Otros autores como Arnoletto & Díaz (2009), aseveran que los hospitales públicos cargan sobre su espalda percepciones de ineficiencia, lentitud de respuesta y falta de capacidad para atender las demandas sociales. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en el 2013, hace referencia a la obligación que tienen las unidades sanitarias de asegurar una atención médica satisfactoria. Plantea la necesidad de reconocer los retos a los que se enfrenta la gestión hospitalaria, tales como el logro de eficiencia, eficacia, calidad y equidad en la prestación de los servicios médicos, la implementación de la mejora continua y la asistencia centrada en el paciente, entre otros; aspectos que obligan a las instituciones sanitarias a ser más competitivas y crear sistemas administrativos que capten las demandas de los pacientes y conviertan los “principios de calidad” en una política pública del sector, aspectos que no deben descuidarse a fin de proporcionar servicios con altos estándares de seguridad a los

pacientes dentro de un óptimo clima organizacional (Bernal, I; et al, 2015). Evaluar las percepciones, tanto de los usuarios (pacientes) como del trabajador mismo, es una necesidad inherente a la gestión hospitalaria (Nigam A; et al 2014), (Santelices, E; et al. 2013), y representa una oportunidad de mejora en la gestión de los servicios sanitarios. Es decir, no basta con conocer los resultados de salud desde la percepción del usuario, sino que también es importante comprender cómo se organizan y brindan los servicios desde el interior de la unidad hospitalaria. Para ello, es necesario conocer el proceso administrativo y de gestión clínica del hospital, temas que se abordarán en este capítulo.

Para Tobar (2010), las instituciones hospitalarias (Hospitales) son probablemente una de las organizaciones sociales que han experimentado más cambios en las últimas décadas, particularmente en los últimos treinta años, por el enorme desarrollo tecnológico, social y económico observado en importantes regiones del mundo, conllevando a fragmentación de sus servicios y especialidades y demandando mayores exigencias de competencias laborales del personal. Este proceso de cambio es muy diferente en los distintos países del mundo, e incluso dentro de un mismo país existen grandes diferencias entre los hospitales de regiones distintas, no solo en tamaño y complejidad, sino también en su cultura y capacidades del personal, que es lo que se observa en el caso chileno (Santelices, E; el al 2013).

En el presente capítulo se describirá, desde varios puntos de vista, a la institución hospitalaria, con la finalidad de recoger sus principales dimensiones como una organización social. Esta descripción es necesaria para poder analizar los factores internos y externos que intervienen en la efectividad organizacional (Herrero et al, 2015). Se indagará acerca de sus “principales inputs” que utilizan para “fabricar los outputs”. Los principales elementos que se identifican en un hospital y que determinan su nivel de complejidad y de efectividad (Hernández – Nariño, et al, 2013, 2016), a saber son: a) personas que, como en todas las organizaciones y más aún en las de servicios, constituyen el activo fundamental, son fuentes de ventajas competitivas y marcan la diferencia entre los hospitales (dimensión de plantilla, consumo de recursos, nivel de profesionalización y servicios que proporcionan), b) Estructura, conformada por recursos físicos, capital inmovilizado o material inventariable constituido por los edificios, las instalaciones y los equipamientos, y c) Tecnología influyente

en el proceso productivo, definido por la sucesión de diagnósticos, tratamientos y cuidados de personas enfermas para sanar o mejorar sus dolencias (Wen-Jang Jih, 2006).

Se describe además al hospital en el sistema sanitario chileno, la diversidad imperante en sus múltiples dimensiones, enfatizando en la diversidad de sus Recursos Humanos (Kessler, I, et al, 2017). Para ello, se recurre a las definiciones y clasificaciones de hospitales presentes en la literatura, y se describe el caso chileno tomando sus principales características, como su estructura organizativa, órganos de gobierno y los recursos de los que dispone para alcanzar sus objetivos. Finalmente, este capítulo expone el concepto y alcance de la gestión clínica como modelo de gestión que busca integrar mediante el enfoque de procesos, el paradigma asistencial con el administrativo, bajo un marco valórico común (Varela, et al, 2008). Este modelo de gestión viene marcado por la dualidad entre una gestión médica de la actividad y de los procesos asistenciales, y una administración de recursos, cuyo objetivo es tratar de conseguirlos y facilitar su acción.

2.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL COMO ORGANIZACIÓN.

2.1.1. El Hospital como Organización.

Inicialmente, los hospitales se crearon para asegurar albergue a grupos sociales carentes de recursos para pagar su asistencia médica, basados en un sentimiento de amor al prójimo y de caridad cristiana. También cumplían un proceso de aislamiento y segregación en determinados pacientes como leprosarios y lazaretos (Flores, 2010).

En las últimas décadas, se incorporó el concepto de "Derecho a la Salud" de toda la población, determinando que el Hospital es la respuesta que brinda la sociedad organizada a ese derecho (Gattini, 2014) (Hernández – Nariño, et al, 2016).

En latín, la expresión Hospital (*Hospitalis*) es un adjetivo que quiere decir amable y caritativo con los huéspedes. La palabra Hospicio, también de origen latino, proviene de *Hopitium*, lugar para recibir y alojar peregrinos y pobres (Abad, 2013; Flores, 2010).

Un Hospital es una organización multiservicios (Gorgemans, S; 2013), que se caracteriza por la utilización de variados recursos tangibles e intangibles, que ingresan como “input” a la organización generando un “output” o producto hospitalario, cuya principal expresión son las prestaciones de salud de variada naturaleza. En este sentido, un hospital es una institución organizada, atendida y dirigida por personal competente y especializado, cuya misión es la de proveer, en forma científica, eficiente, económica o gratuita, los servicios necesarios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y para dar solución, en el aspecto médico, a los problemas de salud, empleando sistemas e investigación clínica en los diferentes tratamientos y acciones médicas (Flores, 2010), (Hsieh, N.C. et al 2013).

Para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S, 2013), un hospital debe contar con elementos y dependencias destinadas a la preparación de profesionales especializados en los diversos campos de la ciencia médica, con personal técnico y auxiliar, y ha de mantener contacto con otros hospitales, escuelas de medicina y cualquier otra institución empeñada en el cuidado y en el mejoramiento de la salud pública y privada.

Para la O.M.S (2013), el Hospital es parte integrante de una organización médica y social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. El Hospital también es un centro de formación de personal médico - sanitario y de investigación bio-social, como es el caso de los principales centros hospitalarios chilenos y de mayor complejidad, que son centros docentes asistenciales en convenio con las principales Universidades públicas y privadas del país.

Es así, como Alfonso-Robaina, et al (2013), definen al hospital como una organización social, altamente diversificada y con múltiples funciones y servicios, dedicada esencialmente a la atención médica en forma ambulatoria y por internación de variada complejidad, pública o privada, y que combina diversos recursos como humanos, materiales, financieros y tecnológicos, para proporcionar asistencia médica en los ámbitos de la prevención, curación y rehabilitación de la salud de una población definida.

Los hospitales son organizaciones altamente complejas, especiales y difíciles de comparar con cualquier otra, que buscan maximizar su eficiencia productiva bajo determinadas condiciones de calidad y seguridad de sus pacientes (Prior, 2006), (Tsai, T, et al, 2015). Desde un punto de vista sanitario, se los puede caracterizar como proveedores de la respuesta a los problemas de salud de la población (Tsai, T, et al, 2015). Atienden pacientes de diversas extracciones sociales que acuden por diversos motivos o patologías. Desde un punto de vista organizativo, son plantas multiproductos, pero al mismo tiempo proveen servicios a personas. Además, desde un punto de vista económico, también presentan rasgos distintivos como el requerir un uso intensivo tanto de capital humano, como tecnológico y financiero. Tobar (2010), postula que puede entenderse a un hospital desde la perspectiva organizacional como al conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres dimensiones: a) Uno Político, al que llama modelo de gestión, b) Uno Económico, al que llama modelo de financiación, y c) Uno Técnico, al que llama modelo de atención o modelo asistencial.

La problemática del modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del servicio, en definir cuáles son las decisiones que deben ser tomadas desde la dirección, qué valores las guían, quién toma las decisiones y cómo las implementan. Las prioridades de un

hospital público no siempre son similares a las de un hospital privado. De forma similar, las prioridades de un hospital de baja complejidad no son idénticas a las de otro de alta complejidad. Existen factores que los diferencian, principalmente tecnológicos. La problemática del financiamiento hospitalario puede ser caracterizada a través de tres interrogantes: a) ¿Cuánto debe gastarse en atención hospitalaria?, b) ¿De dónde deben provenir los recursos?, y c) ¿Cómo asignar los recursos? A diferencia de las dos dimensiones anteriores, la problemática de los modelos de atención es estrictamente médico-sanitaria. En otros términos, se trata de la dimensión técnica más específica del sector.

Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con la forma en que debe ser dividido y organizado el trabajo del equipo de salud para dar la respuesta adecuada a las demandas y necesidades de la población. ¿Qué prestaciones brindar? Aun cuando pueda haber criterios políticos e incluso económicos que orienten la oferta de servicios, cuando la misión está vinculada con producir salud, la definición de las prestaciones a ser brindadas no deja de ser médica-sanitaria. ¿Cómo prestar? Se trata de definir ¿qué prestadores deben ser responsables de la provisión de servicios? En el sentido de los niveles de complejidad o adecuación de calidad de los servicios. ¿Con cuales criterios o padrones deben operar? La problemática de la calidad involucra dimensiones técnicas en las cuales el saber sanitario es insustituible. ¿Dónde prestar? De la misma manera, es necesario recurrir al saber médico sanitario para establecer ¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta? ¿Qué criterios de referencia y contrareferencia adoptar? Una clara distinción de estas tres dimensiones es fundamental a la hora de pensar el hospital y sus funciones, ya que se puede correr el riesgo de reducir la discusión solo a una de esas dimensiones.

Como indica Burlton (2010), todo lo que pasa en una organización está interconectado, y un cambio o desequilibrio en algún aspecto de su estructura puede afectar su misión. Es posible encontrar situaciones donde las organizaciones de larga trayectoria o gran magnitud, como lo es un hospital, no logran alinear fácilmente diferentes aspectos de su estructura que las lleven a un nivel óptimo en la toma de decisiones en las dimensiones Política, Económica y Técnica previamente comentadas. Ello, porque organizaciones como un hospital se enfrentan a cambios permanentes en aspectos sociodemográficos, epidemiológicos y de tecnología, y a los requerimientos de su población objetivo. Lo anterior,

se complementa con la necesidad de implementar “gestión clínica”, como disciplina emergente en la administración hospitalaria, que tiene como objetivo alinear los requerimientos de la dimensión técnica con la práctica médica, y así evitar el despilfarro de recursos en los procesos y procedimientos médicos/quirúrgicos (Varela, et al, 2008), (Geberhiwot, T; et al. 2018).

2.1.2. El Hospital en el Sistema Sanitario Chileno.

En los estados modernos y tomando las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S, 2013), que propone modelos sanitarios integrales tendientes a hacer frente a la complejidad creciente del trabajo sanitario, el hospital se inserta dentro de una Red Asistencial Integral de Salud que encuentra sus fundamentos en el modelo sistémico de atención de salud (Gattini, 2014), (Hernández – Nariño, et al, 2016); que en sus bases define la gestión hospitalaria como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención oportuna, eficaz y eficiente, que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas en su integralidad como seres bio- psico- sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y a una comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural; es decir, un modelo de atención integral en salud, denominado “enfoque familiar y en red”. Este enfoque señala la forma como se organizan y combinan los recursos, con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones de una institución. Cabe agregar que este modelo da cuenta de los cambios sociales, culturales, epidemiológicos y demográficos de la población (Gattini, 2014).

Con el fin de sustentar el modelo de atención integral, se instala un sistema de gestión, que incorpora a todos los actores, particularmente a los establecimientos sanitarios que interactúan en una red territorial, como responsables de los resultados sanitarios de su población (Drago, 2006).

Una red es un conjunto de personas u organizaciones, formales o informales, con su propia identidad, que independiente de su tamaño, régimen de propiedad y nivel de complejidad, comparten objetivos comunes, una misión explícita y generan actividades suficientemente definidas, diferenciadas y complementadas entre sí, que se entrelazan e

interconectan con una multiplicidad de otras redes formales e informales en pro de objetivos también compartidos (Drago, 2006), (Santelices, E; et al 2013).

Una red puede poseer un territorio o población determinada dentro del cual se encuentran los hospitales públicos como ejes centrales del quehacer asistencial, y que se les han asignado tres funciones básicas:

- Realizar las atenciones de salud a través de Hospitales, CRS²¹, CDT²².
- Ejercer como autoridad sanitaria.
- Desarrollar las atribuciones de la COMPIN²³.

En el caso chileno se observa que, después de la Reforma del 2004, se crea un nuevo centro de acción con responsabilidades en la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial denominada Subsecretaría de Redes Asistenciales, dependiente del Ministro de Salud; órgano responsable de coordinar y supervisar la ejecución de las acciones sanitarias de todos los establecimientos que conforman la red; no obstante, la gestión clínica y administrativa de cada establecimiento de salud queda entregada al Director hospitalario (Becerril, et, al 2011).

Los hospitales en Chile, administrativamente son dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.), organismos territorialmente descentralizados. La estructura de los hospitales es similar entre sí a nivel nacional, caracterizados por la falta de autonomía para gestionar sus recursos (Artaza, et al, 2008).

La reforma sanitaria en Chile, plasmada en las leyes 19.966 y 19.937 del 2004, establece nuevas dimensiones en la gestión sanitaria y fortalece algunas ya existentes,

²¹ Centro de Referencia de Salud de atención abierta, de mediana complejidad, sin hospitalización y que recibe solo a pacientes derivados de otros establecimientos de salud, no en forma espontánea. Proporciona atenciones de tipo diagnóstico y terapéutico a pacientes referidos principalmente del nivel primario de atención. Fueron creados para aumentar la capacidad resolutiva del nivel secundario y evitar días de hospitalización innecesarios.

²² Centros de Diagnóstico y Tratamiento, corresponde a otro establecimiento de atenciones primarias (preventivas, promocionales, curativas y de rehabilitación) no municipalizadas, similar al CRS

²³ Comisión Médica, Preventiva e Invalidez, su misión es velar en relación a la ley, por el cumplimiento de las normas médico-legales en materias de seguridad social, otorgar garantía pública en la certificación de estados de salud y en la gestión de procesos técnicos y administrativos, por último garantizar en forma eficaz el acceso a los beneficios de la protección social en salud.

particularmente para los hospitales públicos, como se expone en la tabla 2.1, “impacto de la reforma de salud en hospitales públicos”. Se crea el régimen de garantías explícitas en salud y de autoridad sanitaria y de gestión respectivamente, siendo la ley de autoridad sanitaria la que propone como un principio básico el otorgar mayor grado de autonomía a los hospitales en cuanto a su gestión. Esta mayor autonomía consiste en quitar la clasificación vigente hasta entonces, anterior a la reforma, los hospitales eran clasificados en cuatro tipos, (tipo 1,2, 3 o 4), según el grado de complejidad técnica y nivel de desarrollo administrativo (Artaza, et, al 2008), y que los hospitales sean solo clasificados como de Alta, Mediana y Baja Complejidad, según la capacidad resolutiva de las prestaciones demandadas. Ello hace a los hospitales más flexibles, adaptándose a los requerimientos de su población beneficiaria y de su entorno próximo.

Además, se considera la autogestión Hospitalaria, que consiste en entregar autonomía a los hospitales para definir y administrar el servicio y prestaciones que estén en condiciones de ofrecer a sus beneficiarios, unido a una mayor desconcentración e independencia en materias de gestión, en un contexto de redes de atención, estructuradas a partir de un Modelo de Atención Integral en Salud. La autogestión busca además generar obligaciones e incentivos para los centros de salud, para así asegurar una articulación adecuada con la Red Asistencial. La creación de los Establecimientos de Autogestión en Red (EAR) busca mejorar la eficiencia en salud y viene acompañada de tres importantes consecuencias organizacionales (Gattini, 2014). (Méndez, C; et al. 2013):

1. Los hospitales deben respetar las metas asistenciales fijadas por su red, y junto a sus equipos clínicos deben construir un plan de actividades y de inversiones de acuerdo a su plan estratégico, el cual requiere ser aprobado por el Ministerio de Salud y Hacienda.
2. Los hospitales tienen la posibilidad, siempre y cuando respeten su marco presupuestario (hasta un 20% de su presupuesto), de contratar personas naturales y/o jurídicas incluso en funciones propias, para así poder asegurar el recurso humano que requiere su plan estratégico.

3. Se les otorga a los hospitales la facultad de tener su propia organización interna, así como también proponer modificaciones a las glosas presupuestarias, celebrar contratos y convenios particularmente con Fonasa, seguros privados y centros formadores de técnicos y profesionales según necesidades.

A lo anterior, se deben agregar otras importantes consecuencias organizacionales esperables del modelo de autogestión:

- Uso más eficiente de sus recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.
- Incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones.
- Fomentar una gestión eficiente de la salud.
- Mejorar los actuales niveles de accesibilidad de la población sin cobertura.
- Respetar las particularidades regionales y locales de los establecimientos.
- Garantizar la gratuidad del acceso a la atención de la salud, eliminando todo tipo de arancelamiento por la utilización de los servicios.
- Garantizar la máxima cobertura posible, de acuerdo con su nivel de complejidad.
- Mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de normas de calidad.
- Participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de la atención brindada a la población.
- Ejercer la administración de personal, en el marco de las políticas y normativas jurisdiccionales vigentes.
- Contar con su propio reglamento interno y constituir comisiones y/o comités técnicos asesores.

Para evaluar a los hospitales autogestionados se precisa contar con un sistema estructurado de control de gestión que provea de las métricas y mediciones que permitan evaluar el desempeño de las distintas actividades y funciones Hospitalarias de modo que pueda constatarse, el cumplimiento de objetivos y metas, y un uso eficiente de recursos.

Tsai, T, C; et al. (2015), proponen medir la eficiencia en el uso de los recursos utilizando los siguientes indicadores de gestión asistenciales/ administrativos:

- Ingresos de Pacientes.
- Altas Médicas.
- Defunciones.
- Capacidad actual, medido en camas en uso, N° de boxes, N° de pabellones en uso, etc.
- Porcentaje de Ocupación.
- Promedio de Estadía.
- Consulta Externa.
- Promedio Consulta Externa.
- Promedio Emergencia.
- Operaciones Mayores.
- Operaciones Menores.

Tabla 2.1. Impacto de la reforma de salud en los hospitales públicos

| Dimensiones principales de la reforma | Dimensiones presentes en los hospitales públicos |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Elevar nivel de Salud de los Chilenos. • Desarrollo Institucional: <ul style="list-style-type: none"> - Gestión Estratégica de RR.HH. - Gestión Participativa. - Gestión clínica. • Integración Público- privado. • Mejorar Equidad en Acceso y Protección financiera. • Planificación estratégica. • Uso de tecnología e infraestructura adecuada. • Autofinanciamiento. • Desarrollo de Capacidad de liderazgo. | <ul style="list-style-type: none"> • Existe integración a Red Asistencial. • Desarrollo institucional: <ul style="list-style-type: none"> - Gestión de RR.HH., en etapa de desarrollo. - Gestión Directiva y paternalista. - Gestión clínica en desarrollo. • Integración publico privado en desarrollo de acuerdo a ley. • Externalización: Algunos servicios de apoyo. • Definido los lineamientos centrales de la estrategia. • Tecnología e infraestructura obsoleta. • Autofinanciamiento en proceso de desarrollo. • Predominio de estilo de liderazgo directivo. |

Fuente: Elaboración propia tomado de Superintendencia de Salud (2018).

Según datos oficiales del Ministerio de Salud, al 2018 en Chile existen 212 hospitales de la red pública, y de acuerdo al plan de inversiones del Ministerio de Salud, se encuentran en construcción 23 nuevos hospitales, 8 de ellos ya en funcionamiento a contar de finales del 2018²⁴, llegando a conformar la red un total de 235 hospitales públicos de diversa complejidad y con internación, distribuidos en los 29 Servicios de Salud existentes en todo el territorio nacional (Minsal 2018, División de Inversiones, Subsecretaría de Redes Asistenciales). El modelo de organización reposa en grandes estructuras, donde se integran cuidados de baja complejidad hasta las tareas de alta complejidad. La asignación del presupuesto en salud entre los diferentes hospitales se realiza por asignaciones presupuestarias derivadas de cada servicio de salud, y de acuerdo con el comportamiento histórico. Cabe señalar que los fondos son transferidos por el Estado a los hospitales y no guardan relación con la cantidad de pacientes atendidos y los costos reales incurridos, ello lleva a un desfinanciamiento sostenido del sistema y a una tasa de alto endeudamiento de los hospitales públicos chilenos que, durante el primer semestre del 2018, alcanzó los 321 mil millones de pesos chilenos, es decir, US\$ 479 millones de dólares americanos (Minsal 2018, División de Presupuesto del Ministerio de Salud de Chile).

2.2. ESTRUCTURA Y PROCESO ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL.

2.2.1. Estructura y proceso administrativo.

Desde la implementación de la reforma al sistema de mediados del 2000, se han introducido cambios en la naturaleza jurídica y organizativa de los hospitales públicos chilenos para dotarlos de un sistema de gobernanza más eficiente (Herrero, et al, 2015). A nivel internacional, ejemplos paradigmáticos de reformas al sector sanitario son los Foundation Trust británicos, corporaciones públicas independientes sin ánimo de lucro que, aunque pertenecen al National Health Service, gozan de mayor autonomía y disponen de flexibilidad financiera; y las empresas públicas hospitalarias en España, organizaciones de

²⁴ Respecto del Plan de Inversiones 2014-2018, a finales del 2018 se entregaron 8 nuevos hospitales en etapa de construcción y existen otros 35 en construcción o licitación de obras, también otros 18 recintos están en plena etapa de diseño o estudio preinversional. Fuente: División de Inversiones, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Minsal, 2018).

capital público cuya titularidad corresponde a una administración pública, dotadas de mayores grados de libertad en la gestión y con la capacidad de desarrollar políticas laborales y retributivas específicas (Herrero, et al 2015).

Los cambios en el entorno económico, social, tecnológico político y cultural que ocurren en el mundo, exigen a todas las organizaciones, ya sean estas públicas o privadas, una capacidad de adaptación e innovación constante. Estas exigencias generan novedosas formas de proceder para mantener y/o aumentar la efectividad y eficiencia del sistema.

Los hospitales como prestadores de servicios de relevancia social deben estar atentos al desarrollo de nuevas tecnologías, no solo para adaptaciones temporales, sino para generar vínculos permanentes con los diversos grupos que tienen interés en el sistema, además de prestar atención a los cambios sociales, demográficos y económicos producidos en la población (Tobar, 2010), (Méndez, C; et al. 2013), (Barbosa – Pinto, L; et al. 2016).

El progreso de los hospitales puede ser visto como resultado de la capacidad gerencial de responder a los desafíos impuestos por los cambios de la sociedad, en los ámbitos ya descritos. Entre estas condiciones y cambios se pueden destacar:

- El progreso tecnológico en el área médico-hospitalaria, que brinda oportunidad de mejoría constante en la atención a la salud y genera un aumento en la productividad del hospital. Destaca la automatización de procesos clínicos y administrativos y la introducción de la robótica que han mejorado la efectividad en el diagnóstico y tratamiento de numerosas patologías (Stone, D. L.; et, al. 2015), (Barbosa – Pinto, L; et al. 2016).
- El desarrollo socioeconómico de los países, puesto que es el responsable del crecimiento de enfermedades crónicas, sin reducir las causadas por dificultades físicas.
- Transferencia hacia el hospital de una serie de actividades médicas, que antes se desarrollaban domésticamente.
- Desarrollo de la ciencia médica que impone tratamientos variados e individuales que

exigen una estructura arquitectónica, de equipamiento y de competencias del personal complejo para su ejecución.

- La imagen externa que cualquier servicio médico es mejor prestado en el hospital, lo que logra que las personas no utilicen los centros primarios de salud.
- Esos factores externos, unidos a la gran variedad de recursos y factores internos, hacen que el hospital sea una institución altamente compleja, en la que la capacidad de administración pasa a ser una preocupación estratégica para sus directivos. Esto hace que se refuerce la preocupación por eficiencia y racionalidad en el uso de recursos. En este sentido, la gestión administrativa integrada a la gestión clínica es prioritaria para conseguir resultados exitosos y dar efectivo cumplimiento a la misión institucional (Tsai, T, C; et al. 2015), (Barbosa – Pinto, L; et al. 2016).

Las unidades funcionales de un establecimiento hospitalario, de acuerdo al nuevo paradigma de organización en Red (Méndez, C; et al 2013), constituyen un conjunto de servicios o unidades ordenadas en lógica de procesos clínicos y administrativos; cada establecimiento define las unidades funcionales que constituyen su organización interna, con su respectiva cartera de servicios. Cada unidad funcional, transformada en proceso (Hernández, et al 2013), debe tener programados sus recursos humanos, tecnológicos y financieros.

El desafío para un establecimiento es organizarse en una red interna, que a la vez se articula con la red asistencial externa. Esta nueva organización implica importantes modificaciones en el campo hospitalario.

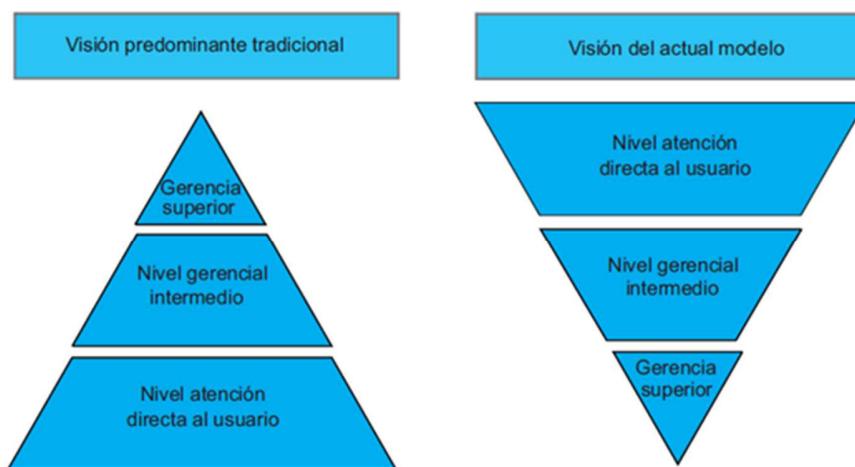
En esta nueva concepción, se da relevancia a la acogida de los usuarios en el hospital (puertas de entrada), es decir, el sistema de admisión, las consultas ambulatorias y la unidad de emergencia. Por otra parte, también se pone énfasis en la plataforma tecnológica (conjunto de unidades de apoyo al diagnóstico o tratamiento), por su rol estratégico en la solución que demanda del usuario. Las nuevas modalidades de la atención son la consecuencia directa de esta doble prioridad.

La unidad de emergencia hospitalaria también presenta importantes modificaciones,

derivadas de la tendencia a privilegiar por parte de las redes asistenciales, modelos de atención de urgencia no hospitalarias, en la Atención Primaria (SAPUS)²⁵, o a través de sistemas de atención pre-hospitalaria. Estos nuevos dispositivos debieran llevar a las unidades de emergencia de los hospitales a ser cada vez más “cerradas” a la demanda espontánea y más orientada a la derivación desde otros puntos de la red, especialmente de la atención primaria.

La Figura 2.1 nos resume lo esencial de la transición del modelo tradicional altamente jerárquico, hacia una visión en Red que actualmente se demanda y es necesaria para cumplir con los principios de calidad, equidad y eficiencia reclamadas al sistema en que toda la gestión se debe articular en torno a la atención directa del paciente o usuario, cambiando los paradigmas jerárquicos y piramidales tradicionales a un paradigma horizontal (Pirámide invertida).

Figura 2.1. El nivel de atención al usuario como centro de la readecuación de la organización hospitalaria.



Fuente: Adaptada del Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios. Artaza, Barría, Fuenzalida, Núñez, Quintana, Vargas, Venegas y Vidales (2008).

Las reflexiones e investigaciones desarrolladas en varios países sobre el porvenir del sistema hospitalario conducen a las mismas propuestas: garantizar a los enfermos un

²⁵ SAPUS: Servicios de Atención Primaria de Urgencia en Salud.

acercamiento global y pluridisciplinario de los tratamientos, es decir, un acercamiento multiórganos, multi-competente y transversal. Esto permite no solamente «curar mejor», sino también «gastar mejor» (Percy, S; 2017).

La oncología es una disciplina que ilustra particularmente bien esta nueva organización hospitalaria. Su desarrollo se fundamenta sobre nociones de pluridisciplinariedad, de red de atención clínica y sobre protocolos terapéuticos evaluados (Artaza, 2008), (Geberhiwot, T; el al. 2018). La atención en oncología necesariamente tiene que ser global, pues en muchas ocasiones, un mismo paciente requiere diversos abordajes terapéuticos complementarios (atención médica, quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, psicoterapia, cuidados de enfermería y nutricionales). Los éxitos terapéuticos en la oncología se fundamentan en estrategias terapéuticas multidisciplinarias, haciendo referencia a la conjunción sinérgica de varias disciplinas, incluyendo el pos-tratamiento, la atención paliativa y el manejo del dolor. Las exigencias de calidad y de respeto a los procedimientos experimentados, así como la evaluación de los resultados, son los garantes de la eficacia de estos tratamientos y de los procesos terapéuticos.

En el ámbito de la atención de adultos, es posible prever una acentuación de los fenómenos que ya se están observando respecto de cambios en la demanda por servicios hospitalarios, derivados tanto del tipo de demanda asociada a los cambios demográficos y epidemiológicos, así como de los impactos de la tecnología en la oferta asistencial (Artaza, 2008). Hay servicios que requerirán un desarrollo creciente, entre los cuales pueden mencionarse las unidades de cuidados intensivos y servicios médico-quirúrgicos asociados a áreas como trauma, enfermedades cardiovasculares, oncología y trasplantes, entre otras.

Existe una tendencia a ambulatorizar la atención, acompañado de un movimiento de mayor complejización de la respuesta hospitalaria tradicional asociada a las prestaciones. En el caso de la demanda de población adulta por las camas del hospital, existirán servicios cuya demanda por este recurso irá disminuyendo. Es conocido el impacto de la reducción de las tasas de fecundidad sobre los servicios de neonatología y de pediatría en gran parte de los países de América latina (Gattini, 2014).

En el mismo sentido, aunque más bien influido por los cambios en la tecnología

terapéutica, especialidades como oftalmología y dermatología cierran sus camas, pues se acentúa el manejo ambulatorio de los problemas de salud de las personas (Artaza, 2008), (Geberhiwot, T; el al. 2018).

En este escenario, la visión tradicional de servicios clínicos “propietarios” de parte de la dotación de camas hospitalarias va perdiendo sentido y, por el contrario, significa un obstáculo que requiere ser superado. El manejo flexible de las camas en función de las necesidades del usuario consultante es un imperativo que se impone en un ambiente de gestión que busca adecuarse a las necesidades de las personas. Sin embargo, el desafío no es simple. La atención cerrada hospitalaria corresponde a un área de alta especialización, por lo que la reconversión de recursos humanos y de infraestructura es altamente compleja y sólo es posible de abordar de manera gradual mediante políticas sostenidas en el tiempo.

2.2.1.1. Infraestructura y recursos asistenciales de salud

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.) en Chile, dispone de una red asistencial que cubre toda la geografía poblada del país, proveyendo servicios a más del 80% de la población (Minsal 2016, Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS). La red asistencial de los Servicios de Salud está conformada por hospitales públicos (y otros adscritos bajo convenio) y la atención primaria de salud, que en su mayoría está delegada a la Administración Municipal. En Chile existen 2.254 establecimientos de atención primaria públicos (Tabla 2.2), con una tasa de 0,013 establecimientos por 100 mil habitantes. El sector prestador privado con fines de lucro provee servicios asistenciales a través de diversos tipos de centros (ambulatorios y cerrados), incluyendo a aquellos profesionales que prestan atención de salud de manera individual. Según datos del INE (2017), el país cuenta con 33.339 médicos activos (2016), existiendo una tasa de 18,3 médicos por 10 mil habitantes, levemente superior a otros países sudamericanos, en donde la tasa es de 17,1 médicos por 10 mil habitantes, pero muy por debajo de los países de la OCDE en donde la tasa llega 34,6 médicos por 10 mil habitantes. Cabe destacar también que en Chile existen registros de 70 especialidades médicas diferentes, aunque sólo la mitad de los médicos han recibido formación universitaria formal de postgrado (Urriola, C; el al. 2016). Se estima que el 60% de los especialistas trabaja exclusivamente en el sector privado. La mayoría de los médicos contratados en el sector público comparte su tiempo laboral con actividades privadas. El 44%

de los médicos trabaja en el sector público, de los cuales el 9% se desempeña en la Atención Primaria de Salud, APS; y el 35% en el resto de los Servicios de Salud. El desarrollo de recursos humanos para salud mantiene la tendencia histórica de formación hacia la especialización tradicional, generando una brecha respecto a lo que es más necesario en la actualidad, especialmente en la atención primaria. La disponibilidad y distribución del recurso humano es influida por la migración del sector público al privado y la concentración en áreas urbanas, manteniendo una inequidad en la distribución geográfica, concentrado principalmente en el centro urbano del país. En la Tabla 2.2 se exponen otros indicadores que miden el nivel de desarrollo del sector, como la tasa de camas hospitalarias totales que en Chile al 2016 alcanzó a 21 por 10 mil habitantes, en países sudamericanos esa tasa es de 20, y en los países de la OCDE alcanza a 47 por 10 mil habitantes. Las camas hospitalarias del sector público suman 25.988, repartidas en toda la red, lo que da un indicador de 14 camas por 10 mil habitantes, cifra exigua en comparación a la demanda de camas, ello explica las extensas listas de espera para hospitalización, las cuales en algunas especialidades médicas alcanza un promedio de 4 meses de espera (Urriola, C; el al. 2016).

Con respecto a indicadores de salud pública, destaca el hecho de que Chile muestra un buen nivel de indicadores biomédicos en comparación a los países sudamericanos, como ejemplos, la atención profesional del parto alcanza al 99,7% en comparación con otros países sudamericanos en donde esa tasa llega al 92,1%. En cuanto a cobertura de inmunizaciones al recién nacido, en Chile es del 96% en relación a los demás países sudamericanos en donde es de sólo el 92,4% (Compendio estadístico del INE, 2017).

Tabla 2.2. Indicadores seleccionados de recursos, atención y cobertura asistencial de salud en Chile.

| Indicador | Año | Chile | OCDE | SUDAME |
|--|------|--------|------|--------|
| Médicos (miles) | 2016 | 33.339 | - | - |
| Médicos (*10.000 hab) | 2016 | 18,3 | 34,6 | 17,1 |
| Camas hospitalarias totales (n) | 2016 | 38.138 | - | - |
| Camas hospitalarias totales (*10.000 hab) | 2016 | 21 | 47 | 20 |
| Camas hospitalarias del SNSS (n) | 2016 | 25.988 | - | - |
| Camas hospitalarias del SNSS (*10.000 hab) | 2016 | 14 | - | - |

| | | | | |
|--|------|-----------|----|------|
| Egresos hospitalarios totales (miles) | 2016 | 1.675,227 | - | - |
| Egresos hospitalarios totales (*100 hab.) | 2016 | 930 | - | - |
| Establecimientos de atención Ambulatoria del SNSS (miles) | 2016 | 2.254 | - | - |
| Establecimientos de atención Ambulatoria del SNSS (miles) (*100 hab) | 2016 | 0,013 | - | - |
| Atención profesional del parto (%) | 2017 | 99,7 | - | 92,1 |
| Cobertura de inmunizaciones BCG (Recién Nacidos) | 2017 | 96 | - | 92,4 |
| Cobertura de inmunizaciones Pentavalente (DTP) (3era.D) (%) | 2017 | 93 | 95 | 84,5 |
| Cobertura de inmunizaciones Trivírica (SRP) (12meses) (%) | 2017 | 89 | - | - |
| Cobertura de inmunizaciones Polio (%) | 2017 | 93 | - | 83,8 |

Fuente: Elaboración propia tomado de Compendio estadístico del INE (2017)

2.2.1.2. Estructura de un hospital

La estructura de los hospitales públicos en Chile está definida en la ley de autoridad sanitaria y gestión, 19.937 de 2004, complementado por el reglamento orgánico de los establecimientos de salud. En ellos se establece que cada centro asistencial definirá su estructura de acuerdo a sus demandas y necesidades.

La estructura de cualquier organización social está determinada por factores internos como la estrategia y tamaño, y por las transformaciones sociales, económicas, políticas y tecnológicas del entorno circundante. En este contexto, la estructura técnico-administrativa de un establecimiento hospitalario en Chile se divide en áreas denominadas Centros de Responsabilidad (C.R.). Los Centros de Responsabilidad son la unidad productiva básica en que se organiza el nuevo modelo. Un Centro de Responsabilidad es una unidad que da origen al menos a un proceso o a un producto intermedio (procedimientos de diagnóstico y/o terapéutico) o final (egresos hospitalarios y consultas), bajo la responsabilidad de una persona determinada. A su vez, cada Centro de Responsabilidad puede estar constituido por varios Centros de Costos, subunidades asociadas a productos intermedios y presupuesto conocido

(Hernández, et al, 2013).

El concepto de Centro de Responsabilidad deriva de la importancia de relevar el proceso productivo asistencial, que tiene productos específicos que deben ser conocidos en cuanto a su cantidad y calidad. En sus procesos intervienen personas y otros recursos tecnológicos y fungibles; procesos que tienen costos y etapas productivas susceptibles de estandarizar y mejorar en términos de eficiencia y calidad; y tienen un responsable, el cual debe dar cuenta de sus productos en términos cuantitativos y cualitativos, así como de la calidad de los procesos y de los costos incurridos. Sin duda que, en ello, es clave la capacidad del líder o responsable para generar trabajo en equipo y competencias de aprendizaje de los trabajadores involucrados (Manca, 2011).

La estructuración de las unidades funcionales clínicas en Centros de Responsabilidad, obedece a la lógica de que el establecimiento de Salud se hace “responsable” ante la red del cumplimiento de ciertas metas, y que dichos compromisos los traduce y se ejecutan al interior del establecimiento (Manca, 2011).

Para que la lógica anteriormente descrita pueda ser efectivamente operativa, se requiere que el hospital: (i) defina junto a su red, la cartera de servicios; (ii) defina su organización interna en base a las unidades funcionales que dan cuenta de dicha cartera de servicios (centros de responsabilidad); (iii) que traduzca sus compromisos con la red y el FONASA en compromisos con cada uno de sus centros de responsabilidad; (iv) que establezca un sistema de información gerencial que permita evaluar y controlar el cumplimiento de las metas en términos de cantidad, calidad y costos; y (v) que establezca sistemas de reconocimiento y de incentivos según el grado de dicho cumplimiento.

Así es como hay que definir una producción determinada para cada unidad funcional clínica, hay que dotarla de la capacidad de manejar lo más descentralizadamente posible un determinado presupuesto para cumplir con las obligaciones productivas señaladas. Dicho de otro modo, a una unidad se le hace “responsable” de un determinado nivel de recursos que la sociedad pone a su recaudo para que con ellos genere determinada cantidad de productos en ciertos términos de calidad y oportunidad. Por ello el nombre de “Centro de Responsabilidad”, ya que lo que se pretende hacer es traducir concretamente la

responsabilidad social del establecimiento a responsabilidades productivas específicas (Hernández, et al. 2013).

El responsable de un C.R., debe ser un profesional del equipo, independientemente de su formación profesional, que tenga el liderazgo y las competencias necesarias. Los centros de responsabilidad podrán ir incorporando a los equipos directivos, profesionales más diversos y heterogéneos, buscando alcanzar una “gerencia” más integrada, que signifique ventajas en efectividad y eficiencia.

En consecuencia, la estructura de un hospital en Chile está conformado por las siguientes áreas básicas de un C.R. y que se representan por el organigrama de la Figura 2.2:

- **Dirección general y Staff.**

El Director y su equipo directivo, es un grupo - líder multidisciplinario, integrado por asesores y consejeros, que deben movilizar a su organización en el cumplimiento de su función pública, la cual debe ser incorporada en carácter de misión institucional y traducida a objetivos estratégicos precisos y verificables (Artaza, 2008), (Barbosa – Pinto, L; et al. 2016).

Para el cumplimiento efectivo de su misión, el equipo directivo debe comprometer a toda la organización para que, repensándose constantemente a sí misma, responda efectivamente a las necesidades de salud requeridas desde la red, se adapte con éxito a las condiciones socioculturales, económicas y políticas del medio, cumpla con los objetivos de producción requeridos por la red asistencial, se posicione adecuadamente en la percepción ciudadana como proveedor de calidad y dé cuenta ante la comunidad.

Las competencias recomendadas para que una persona se convierta en director hospitalario han variado en los últimos años, por las exigencias de calidad, eficacia y eficiencia exigidas a los hospitales y al alto escrutinio público al que se ven sometidos. De ahí que sus funciones deben responder a un plan estratégico previamente concebido y trabajado con la comunidad y que den respuesta a los requerimientos de salud para el mediano y largo plazo, especialmente que atienda a los rápidos cambios tecnológicos y socioculturales que experimenta la población beneficiaria (Barbosa – Pinto, L; et al. 2016).

Santelices, E. et al. (2013), distinguen las principales funciones de Liderazgo de Director de un Hospital:

- Diseñar la estrategia, definiendo o redefiniendo la Visión, Misión y Valores institucionales.
- Guiar esfuerzos hacia el cumplimiento de la Misión y objetivos estratégicos.
- Mantener a los empleados informados sobre el hospital (estrategia, condiciones, operación).
- Estimular satisfacción por los éxitos alcanzados.
- Valorizar la formalización de procesos.
- Reconocer y recompensar los buenos desempeños.
- Informar a los funcionarios sobre políticas y estrategias del hospital.
- Establecer mecanismos para retro-alimentación.

- **Subdirección de Gestión Clínica o Técnica.**

En la estructura organizacional de todo hospital, independientemente de su nivel de complejidad, se distingue la Unidad de Gestión Clínica o Técnica que tiene la misión de llevar a cabo la actividad de producción del hospital generando las atenciones de salud demandadas por la población, y es el área que tiene la responsabilidad de brindar la atención requerida con la calidad, oportunidad y seguridad para el paciente. Para otorgar las prestaciones de salud, esta área se ha organizado en centros de responsabilidad (C.R.) (Barbosa – Pinto, L; et al. 2016).

Los principales centros de responsabilidad (C.R.) que se reconocen en esta área son:

- **El C.R. de apoyo clínico:** Dentro de este centro se ubican unidades como el banco de sangre, laboratorios clínicos, anatomía patológica, imagenología, farmacia y alimentación.
- **El C.R. quirúrgico:** En este centro se encuentran las unidades de cirugía adulto, cirugía infantil, gineco -obstetricia, neurocirugía, cirugía, traumatología, pabellón y anestesia, urología y pensionado.

- **EL C.R. Médico:** En este centro encontramos a las unidades de medicina, pediatría, psiquiatría, neurología adulto y neurología infantil.
- **El C.R. Paciente crítico:** De este centro de responsabilidad dependen la Unidad de Pacientes Críticos Adultos (UPC adultos), Unidad de Pacientes Crítico Pediátrico y Procuramiento de órganos.

- **Subdirección de Gestión de Recursos Humanos**

La subdirección de Gestión de Recursos Humanos en un hospital tiene la finalidad de colaborar con la Dirección por medio del diseño e implementación de la estrategia de Personas definida por el establecimiento, brindando soportes las áreas clínicas y administrativas del establecimiento en los procesos de vinculación, retención y desarrollo del personal sanitario competente y requerido para una atención de calidad efectiva. El nivel de responsabilidad y la estructura del área de Recursos Humanos dependen del nivel de complejidad de establecimiento. En la estructura de un hospital de mediana y alta complejidad, el área está constituida como un Centro de Responsabilidad.

El centro de responsabilidad derivado de esta área es C.R. de Recursos Humanos y está compuesto por las unidades de Personal, Sueldos, Bienestar, Jardín Infantil, Capacitación y Relaciones Laborales.

- **Subdirección de Gestión Administrativa**

La subdirección de Gestión Administrativa tiene la misión de administrar los recursos económicos - financieros del hospital, además de preocuparse de los aspectos logísticos y de la cadena de suministros, apoyando y dando soporte a la Dirección en estos temas. Para cumplir con su cometido, la subdirección de Gestión Administrativa está conformada por los siguientes Centros de responsabilidad:

- **C.R. Logístico Administrativo**, el que a su vez comprende a las secciones de Finanzas, Abastecimiento, Gestión Documental y Comercialización.
- **C.R. de Gestión Operacional**, constituido por las secciones de Esterilización, Ropería y Lavandería, Servicios Generales y Mantención de Equipos.

- **Subdirección de Gestión del Cuidado.**

La Subdirección de Gestión del Cuidado de un hospital, al igual que la subdirección de Gestión Clínica, son las encargadas de administrar las actividades centrales y críticas, que constituyen la razón de ser de un establecimiento hospitalario. Está constituida por el C.R. de Paciente Crítico, comprendiendo a las unidades de Upc²⁶ adulto, Upc pediátrico, Procuramiento de órganos y la Unidad de Emergencia Hospitalaria.

- **Subdirección de Gestión clínica ambulatoria.**

Esta área tiene la misión de otorgar las prestaciones y procedimientos de apoyo clínico y de diagnóstico a las unidades clínicas y de gestión del cuidado. Se estructura por medio del C.R. de Consultas y Procedimientos Ambulatorios y contiene a las unidades de Consultas de Especialidad, Dermatología, Hemodiálisis, Procedimientos y Hospitalización Ambulatoria, Salud Mental Ambulatoria, Neurofisiología, Dental, Medicina Física y Rehabilitación, Alivio del Dolor, Cirugía Ambulatoria, Medicina Hiperbárica, Procedimientos Endoscópicos y Cardiorespiratorio.

La estructura descrita, se complementa con los departamentos que cumplen tareas asesoras, de apoyo o consultivas en un establecimiento asistencial, como lo son los consejos consultivos, consejos técnicos y unidades como Control de Gestión y Desarrollo Institucional, Planificación, Auditoría Interna, Jurídica, Gestión del Usuario y Relaciones Públicas, entre otros.

Teniendo la información de cómo debe ser la estructura de un hospital en Chile, con el organigrama de ejemplo de la Figura 2.2, se presenta el organigrama del Hospital del Salvador en la Figura 2.3, que refleja cómo se cumplen estas áreas básicas de un CR y se pone en práctica lo teórico. Además de ser el establecimiento escogido para analizarse como caso de estudio en el capítulo 5 de esta tesis.

²⁶ Upc: Unidad de paciente crítico.

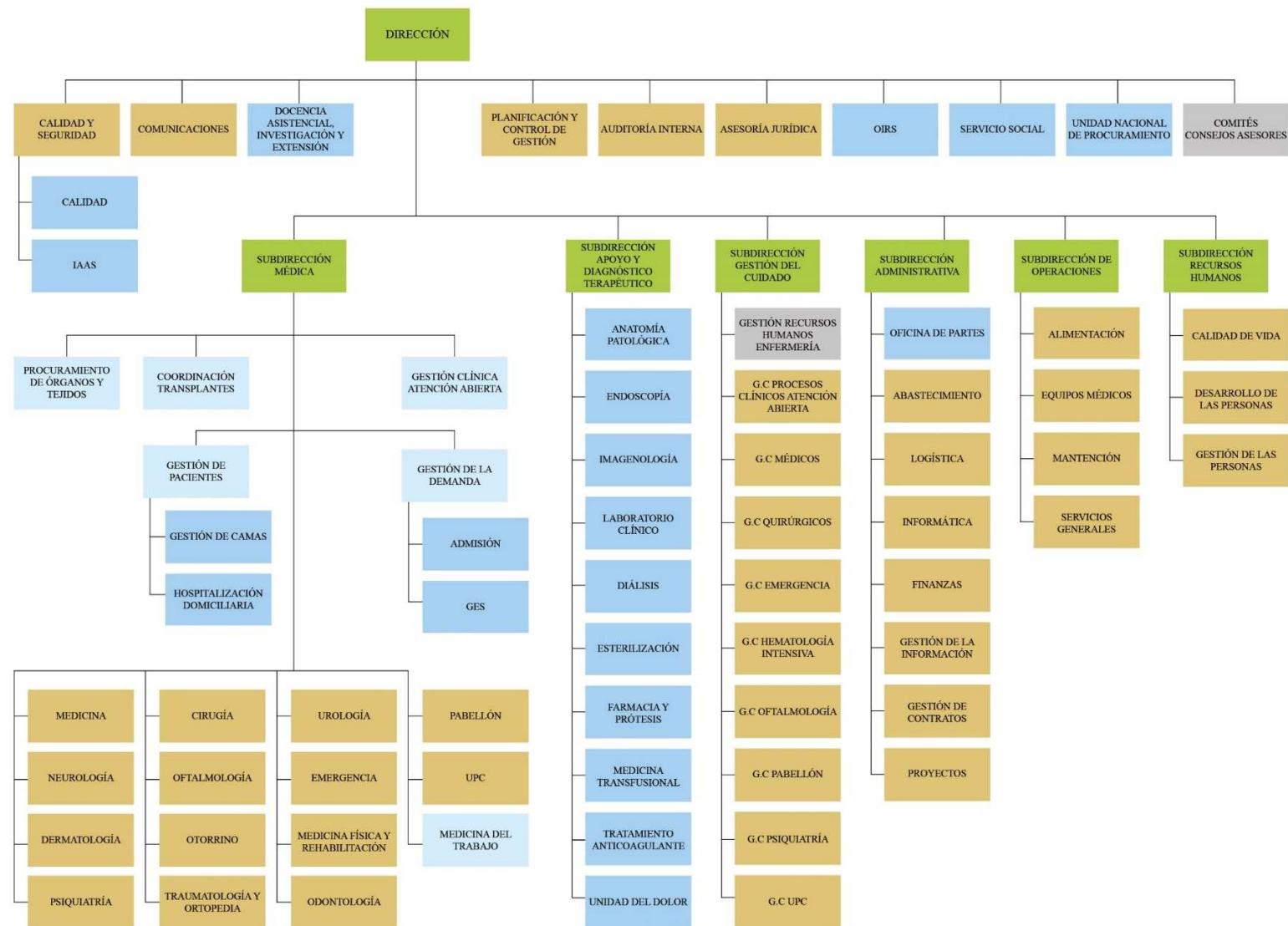
Figura 2.2. Organigrama de un Hospital de Alta Complejidad en Chile



FUENTE: Gobierno Transparente – Estructura Orgánica de un Hospital de alta complejidad en Chile.

— Relación jerárquica
 - - - Relación coordinación
 - - - Relación asesoría
 - - - Relación externa

Figura 2.3. Organigrama del Hospital del Salvador, Chile



Fuente: Gobierno Transparente – Estructura Orgánica del Hospital del Salvador.

2.2.2. Gestión Clínica.

“La gestión clínica busca unir de modo virtuoso el enfoque de procesos, al paradigma asistencial con el administrativo, bajo un marco valórico común. La ética de la práctica clínica es lo que permite esta integración” (Artaza, 2008). La concepción médica tradicional de la ética está relacionada con la búsqueda del mayor beneficio posible para el enfermo: hacer el mayor bien y evitar causar daño de manera eficiente. El problema se plantea cuando el recurso sanitario es crecientemente escaso, por la mayor demanda y por la incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, cada vez de mayor costo.

Este modelo de gestión viene marcado por la dualidad entre una gestión médica de la actividad y de los procesos asistenciales, y una administración de recursos cuyo objetivo es tratar de conseguirlos y facilitar su acción (Varela, 2008). El término de “Clinical Governance” se introduce por primera vez en 1998 en los documentos producidos por el Department of Health del Reino Unido (concretamente: “A first class service: Quality in the new NHS” y “The New NHS: Modern Dependable”) (Varela, 2008). La definición mayoritariamente aceptada de la Gestión Clínica se basa en la utilización adecuada de los recursos para la mejor atención de los pacientes. Es, por lo tanto, una herramienta innovadora que permite responsabilizar a los facultativos de las decisiones que toman en el proceso clínico y se inscribe en la corriente de los modelos gerencialistas (por delegación de derechos residuales de decisión a las unidades organizativas, lo que libera las unidades superiores y les permite organizar mejor sus tiempos y recursos) (Geberhiwot, T, et al. 2018). De la anterior definición se deduce que quienes toman decisiones clínicas y comprometen recursos económicos lo hagan en un marco de autoridad delegada y pactada con la Dirección del Hospital. Desde la perspectiva de la Teoría de la Organización, significa romper con el modelo burocrático y pasar de una estructura mecanizada de carácter funcional a una estructura más orgánica y descentralizada, como puede serlo la divisional basada en el producto/ servicio (Garet, 2008), (Barbosa-Pinto, L, et, al.2016). Concretamente, en el caso de los hospitales, la gestión clínica permite diseñar modelos longitudinales centrados en el proceso y en el paciente que tienen que fundamentarse en una coordinación clínicamente eficaz con la atención primaria, con otros servicios y con otros dispositivos socio-sanitarios (cuidar y

no solo curar). El objetivo principal de las áreas clínicas es, por lo tanto, establecer fórmulas organizativas dinámicas y flexibles que, teniendo como centro de atención al propio paciente, se orientan a lograr mejoras organizativas y clínicas que se plasmen en mejoras de calidad de la atención así como en la eficiencia en el uso de recursos y del funcionamiento de los centros (Artaza 2008). Se trata de llevar al hospital a cambios y dilucidar el dilema ético que siempre ha tenido la gerencia sanitaria, de buscar la excelencia clínica y la gestión eficiente de los recursos, se suman por tanto, los principios de la ética médica de no hacer daño y producir beneficio y el de respetar la opinión, autonomía y derechos del paciente como protagonista de la atención y responsable de su propia salud. Además, es necesario considerar los requerimientos de ética social de que los recursos disponibles en la sociedad sean asignados y usados con la racionalidad de contribuir eficazmente a la justicia y la equidad. Lo anterior obliga a una mayor conciencia de los diferentes aspectos éticos de la gestión hospitalaria, pasando a ser un problema de orden ético importante el de la utilización racional de los recursos. Si quienes trabajan en un establecimiento no gestionan bien los recursos que la sociedad ha puesto en sus manos, si ahorran cuando no deben hacerlo o dilapidan sin justificación, entonces están faltando gravemente a la confianza que el paciente y la sociedad depositaron en su institución (Tobar, 2010).

Hoy, por lo tanto, la gestión hospitalaria está obligada a repensar qué implica el «buen hacer», la gestión «bien hecha»: producir el mayor bien, para la mayor cantidad de personas, con el mejor uso de los recursos posible. La ética social de la gestión sanitaria insiste hoy más que nunca en la necesidad de fortalecer el concepto de excelencia profesional más allá del dominio de la disciplina científica; esto requiere de gestores y profesionales de la salud que cultiven y ejerzan la excelencia en su desarrollo como personas íntegras. También requiere de equipos que superen la mirada tradicional del paternalismo implícito en la «beneficencia» clásica, al reconocer en el paciente derechos que emergen de su condición humana y deberes propios de personas provistas de libertad, responsabilidad y autonomía.

Practicar gestión clínica es integrar la mejor práctica clínica con el mejor uso de los recursos disponibles (Artaza, 2010). La Gestión Clínica tiende a favorecer la obtención

de los mejores resultados asistenciales con la aplicación de conocimientos sistematizados y con evidencias. No en vano la eficiencia o mejor balance entre los resultados y los costos ha sido considerada por Donabedian como el “virtuosismo de la medicina” (Olivares, 2010).

El profesional de la salud en las diferentes instituciones y especialmente en un hospital, actúa como oferente y demandante del servicio. Se trata por lo tanto de una figura clave en el proceso de gestión, y a la vez, es el mejor garante de que las decisiones de mejora de la eficiencia se tomarán sin detrimento de la calidad en la atención de los usuarios. La gestión clínica entonces, entendida como el conjunto de procesos implicados en la relación entre el profesional y el usuario, se puede articular en tres niveles diferenciados: (i) Nivel individual, referido a la elección de un determinado tratamiento o indicación quirúrgica de mayor eficacia. Utiliza herramientas como son la medicina basada en la evidencia, la epidemiología clínica y las técnicas de evaluación clínicas; (ii) Nivel asistencial, referido a la efectividad clínica de los recursos empleados. Una vez diagnosticado un problema de salud determinado, decidir dónde debe atenderse, si es ambulatorio u hospitalizado, así como también el número de días de hospitalización por término medio para un diagnóstico concreto, las pruebas de laboratorio y de imagenología solicitadas en cada situación, etc. Utiliza como herramienta de análisis la evaluación tecnológica y la mejora continua de la calidad; (iii) Gestión de la unidad, es lo que tiene que ver con la eficiencia, la organización interna del servicio, el número de personas que se consideran necesarias para cada tipo de actividad o técnica, y con aspectos más globales como la motivación del personal, la capacitación y la gestión de los recursos asignados. Utiliza los presupuestos clínicos, las políticas de recursos humanos y los sistemas de costos (Olivares, 2010).

Para hacer gestión clínica es necesario: Investigar y mejorar la eficacia y efectividad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento del paciente; analizar y optimizar los procesos de atención a los usuarios; dotarse de la estructura organizativa y de control de gestión adecuada (Olivares, 2010).

Una de las condiciones básicas que requiere la gestión clínica es el contar con la información que apoye los procesos de toma de decisiones. Esto establece demandas

específicas de información en el ámbito de las definiciones técnico-médicas y en el ámbito financiero. Entre las primeras, resulta fundamental la existencia de algún sistema de clasificación de usuarios, pues sobre la base de la estandarización de las causas de ingreso de éstos, también se puede estandarizar el tipo de atención requerido en cada caso. Desde la perspectiva del ámbito administrativo-financiero, al establecer las pautas terapéuticas, es posible identificar los recursos requeridos para desarrollar dicha atención y, por ende, conocer los costos involucrados. Al conocer los procesos y establecer los productos con criterios técnico-médicos, también es posible establecer criterios de calidad que puedan medirse, tanto en el proceso como en el resultado (letalidad, mejoría, porcentaje de infecciones intrahospitalarias, satisfacción con la atención, entre otros). Cabe señalar que toda información implica un costo, el que debe valorarse a la luz del beneficio que dicha información proporciona. Si el costo en el cual se incurre para obtener una determinada información es mayor que el beneficio que produce en el proceso de decisión, deben buscarse alternativas o simplemente, tomar las decisiones con la mejor información que esté disponible (Olivares, 2010).

2.2.3. Clasificación de los Hospitales en Chile.

El sector sanitario público cumple la función de entregar directamente “servicios de salud” a la población beneficiaria. Para ello cuenta con una estructura que es altamente compleja, existiendo múltiples clasificaciones de hospitales según su tamaño, nivel de complejidad de las acciones que brinda y por la estructura administrativa que está a cargo de ellos. A su vez, existen subclasificaciones en el interior de cada establecimiento hospitalario según su grado de desarrollo (Artaza, 2008), (Méndez, C. et. al. 2013).

Los establecimientos de salud son clasificados según su nivel de complejidad asistencial y administrativa, lo que a su vez depende de variables como el tamaño y cobertura, lo que está en función de la demanda por atenciones sanitarias de la comunidad en la que se inserta. Los criterios de clasificación de hospitales son definidos por el Ministerio de Salud mediante norma técnica que establece las características que debe tener cada establecimiento para determinar su nivel de complejidad y, por tanto, su función específica dentro del sistema y la comunidad a la que sirve.

La norma técnica busca establecer un lenguaje común que guíe un óptimo desarrollo de los hospitales. Algunos de los parámetros específicos de clasificación son:

- Todos los niveles de complejidad deben buscar formas de optimizar la satisfacción de los usuarios, sus familias y los equipos de trabajo.
- Atienden a las particularidades de las necesidades geográficas y demográficas de Chile.
- En Chile, la distribución de establecimientos es compleja, ya que la geografía y la localización de las ciudades dificulta el acceso. Al ser un país alargado y centralizado, no es fácil satisfacer las necesidades de cada área.
- Los establecimientos hospitalarios son parte de una red asistencial del sistema público de salud, se organizan en torno a 29 Servicios de Salud. En Chile al 2018 existen 235 hospitales públicos (Departamento de Estadística e Información, Minsal, 2018).
- La clasificación de hospitales se hace también de acuerdo a la capacidad resolutiva del establecimiento, la que está determinada por su nivel de desarrollo administrativo- asistencial, su función dentro de la red, los servicios de apoyo que ofrece y la especialización de los profesionales. De acuerdo a esto, los niveles posibles son:
 - **Hospital de alta complejidad:** Dan cobertura a toda la población del Servicio de Salud para prestaciones de alta complejidad, según la cartera de prestaciones, productos/ servicios definidas por el gestor de red. Pueden ser autogestionados y ofrecer varias especialidades según su función. Se caracterizan por poseer personal altamente especializado que atienden todas las especialidades de la medicina. Su dotación de personal es alta y variada, en promedio la cantidad de personal de esta categoría de hospitales supera los 1.500 empleados (Minsal, 2018, División de Recursos Humanos). Se les conoce también con la denominación de hospitales tipo 1 y existe al menos uno (1) en cada capital regional de la República de Chile.

- **Hospital de mediana complejidad:** Son centros de referencia que dan cobertura a la población que forma parte de su jurisdicción. Dependen administrativamente del Servicio de Salud al cual pertenecen. Se les conoce también como hospitales tipo 2. Son menos especializados y tienen una cobertura media, y cuentan con una mediana dotación de personal, menos variado y con menos especialización.
- **Hospital de baja complejidad:** Acercan la salud a la población, principalmente en zonas extremas y con alta tasa de ruralidad. Dan cobertura a toda la población de su jurisdicción en prestaciones de baja complejidad y dependen administrativamente del Servicio de Salud al cual pertenecen. A estos hospitales también se les denominaron de tipo 3 y 4. Cuentan con una baja dotación de personal y muy poco especializada.

En la Tabla 2.3, se muestra la distribución de hospitales por servicio de salud.

Tabla 2.3. Hospitales según tipo de complejidad por Servicios de Salud.

| Servicios de Salud | Tipo de Hospital | | | | TOTAL |
|-------------------------|------------------|-------------------|------------------|--|-------|
| | Baja Complejidad | Media Complejidad | Alta Complejidad | Hospital de Red no perteneciente al S.N.S.S. | |
| Arica | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Iquique | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Antofagasta | 3 | 0 | 2 | 1 | 6 |
| Atacama | 3 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| Coquimbo | 5 | 1 | 3 | 0 | 9 |
| Valparaíso San Antonio | 1 | 1 | 3 | 1 | 6 |
| Viña del Mar | 8 | 0 | 3 | 1 | 12 |
| Quillota | | | | | |
| Aconcagua | 2 | 1 | 2 | 0 | 5 |
| Metropolitana Norte | 1 | 0 | 4 | 1 | 6 |
| Metropolitana Occidente | 1 | 2 | 4 | 0 | 7 |
| Metropolitana Central | 0 | 0 | 3 | 2 | 5 |

| | | | | | |
|----------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Metropolitana Oriente | 1 | 0 | 7 | 5 | 13 |
| Metropolitana Sur | 0 | 3 | 4 | 0 | 7 |
| Metropolitana Sur Oriente | 0 | 2 | 3 | 0 | 5 |
| Del Libertador B.O'Higgins | 11 | 2 | 2 | 1 | 16 |
| Del Maule | 6 | 4 | 4 | 0 | 14 |
| Ñuble | 5 | 0 | 2 | 0 | 7 |
| Concepción | 2 | 1 | 3 | 0 | 6 |
| Talcahuano | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 |
| Biobío | 6 | 0 | 1 | 2 | 9 |
| Araucanía Sur | 10 | 4 | 1 | 1 | 16 |
| Valdivia | 8 | 0 | 1 | 0 | 9 |
| Osorno | 5 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| Chiloé y Del Reloncaví | 11 | 1 | 2 | 0 | 14 |
| Aisén | 3 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| Magallanes | 2 | 2 | 1 | 1 | 6 |
| Arauco | 4 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| Araucanía Norte | 4 | 1 | 2 | 0 | 7 |
| CHILE | 102 | 29 | 64 | 17 | 212 |

FUENTE: Elaboración propia en base a información tomada del Departamento de estadísticas e Información, Ministerio de Salud de Chile, 2018.

CONCLUSIONES

En este capítulo se analiza el hospital como organización social, caracterizada por ser una entidad que cumple roles multivariados y generador de multiservicios en el medio en donde se inserta. Por un lado, cumple un rol económico-social al generar procedimientos y acciones de salud, en los ámbitos de la prevención, recuperación y rehabilitación de personas enfermas; además de constituirse en un importante empleador de fuerza de trabajo calificada y no calificada, llegando a representar entre el 7 y 13% de la mano de obra a nivel de los países de la OCDE (Hernández- Nariño, A; et, al. 2016). En Chile, representa el 5,8% de la mano de obra empleada (INE, 2017). Cumple un importante rol socio-cultural, con sus acciones de educación y difusión hacia la comunidad, sugiriendo pautas de comportamiento en pro del resguardo de la salud y calidad de vida de la población, como por ejemplo, las campañas antitabaco, alcohol o de consumo de drogas. Además, se caracteriza por jugar un importante rol en el desarrollo e incorporación de tecnologías en los ámbitos del diagnóstico y de los tratamientos.

Los hospitales nacen como organizaciones de carácter caritativo, sirviendo de refugio para brindar protección y ayuda a las personas necesitadas de cuidados, hasta transformarse hoy en una organización altamente compleja, heterogénea y de composición muy diversa del capital humano que le da sustento, ejerciendo una enorme influencia cultural en las comunidades en donde se insertan. El hospital moderno puede ser estudiado desde varias perspectivas según sus modelos de gestión y financiamiento, destacando los modelos de gestión centralizados y con financiamiento exclusivamente público, hasta perspectivas y modelos descentralizados y con financiamiento proveniente mayoritariamente desde el sector privado, con predominio de los modelos mixtos. Los hospitales modernos en su gestión y desarrollo están siendo ampliamente influidos por el desarrollo tecnológico en los ámbitos de la gestión clínica y administrativa. Un establecimiento hospitalario es una organización diversa, por la variedad de recursos materiales, financieros, tecnológicos y particularmente humanos empleados en la generación de múltiples productos/ servicios, con indicadores de efectividad y eficiencia organizacional.

La mayor complejidad de la estructura organizacional de un establecimiento

hospitalario, deriva de la progresiva incorporación de servicios clínicos y de diagnóstico de alta especialización que demandan cuantiosos recursos, de donde surge el imperativo de emplear esos medios con criterios de efectividad y eficiencia, que aseguren calidad y seguridad en las prestaciones que realizan, debiendo diseñar y aplicar protocolos de atención de los principales procedimientos y acciones médicas, evitando caer en burocratización excesiva que afecten su competitividad. En este sentido, las reformas a los sistemas sanitarios, puestos en prácticas en gran parte de los países occidentales, proponen objetivos y principios orientadores con una mayor descentralización, flexibilidad y horizontalidad, para cumplir con las metas sanitarias propuestas. Es así, que el modelo de “gestión clínica” surge como un nuevo paradigma de gestión que busca el involucramiento del personal del área clínica con la gestión y la reciproca colaboración con el área administrativa.

Cabe destacar también, que las características de la cultura del equipo de salud, el requerimiento de permanente progreso de los profesionales, el reconocimiento de los pares con base en el dominio actualizado de las nuevas tecnologías, hacen latente la importancia de la influencia de los desarrollos tecnológicos, tanto en materia diagnostica como terapéutica, sobre el personal del hospital.

En el caso chileno, los hospitales como centros asistenciales están afectados por factores internos y externos y que determinan su efectividad organizacional. En lo externo, se encuentran influidos por el ambiente político, económico, socio cultural, tecnológico y epidemiológico que afecta el entorno en que operan, destacando además la creciente demanda de una población cada vez más empoderada y con mayor información y consciente de sus derechos de acceder a una salud digna y de calidad. Eso determina que los recursos y capacidades internas de un centro hospitalario deban adecuarse para atender a la nueva realidad sociocultural y epidemiológica observada en todas las regiones de Chile. Para hacer frente a esta realidad, los hospitales en el sistema sanitario chileno se han ido adaptando legal y funcionalmente a estos nuevos requerimientos para enfrentar su nueva misión. En el ámbito normativo, cabe destacar la reforma al sistema de salud chileno iniciado a mediados de los 2000 y concluido el 2012 con la entrada en vigencia de la ley de deberes y derechos de los pacientes y que incorpora cinco principios rectores

al quehacer de la salud chilena, como son: Elevar el nivel de salud de los chilenos, Mejorar la Equidad en acceso y protección financiera, Aumentar la eficiencia global del sistema, Asegurar un financiamiento sostenible y Mejorar la calidad técnica y percibida de las acciones de salud. Para lo anterior, se crea una nueva institucionalidad, que tiene como finalidad fortalecer el rol regulatorio del Ministerio de Salud, separando las funciones de autoridad sanitaria y de provisión de los servicios de salud. Se crean así las subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales. Además, con el objetivo de mejorar la equidad en el acceso y protección financiera, se crean las garantías explícitas en salud, conocidas también como ley Auge (19.966).

Para aumentar la eficiencia global del sistema, se estructuró la organización en Red, y aparece el concepto de hospitales autogestionados y una mayor integración público- privada.

Junto con la creación de los hospitales autogestionados en red, nacen tres categorías que jerarquizan la complejidad de los establecimientos hospitalarios, sustituyendo la antigua nomenclatura numérica de hospitales. Se incorpora a la red de establecimientos hospitalarios el concepto de “autogestión” tendientes a dar mayor autonomía a los hospitales de mayor complejidad en la gestión de sus recursos, y hacer validos los principios de calidad, entendidos como la seguridad del paciente, efectividad en la resolución de problemas de la red y eficiencia en el uso de los recursos. Se incorpora al desarrollo de la gestión, el concepto de Gestión Cínica con sus principios y prácticas, con la finalidad de comprometer al personal clínico y de apoyo clínico en el uso de recursos de las distintas unidades de trabajo, estructurados en Centros de Responsabilidad (C.R.) y de gestión. Los C.R constituyen la base del nuevo modelo de estructura organizacional y que da sustento a la estrategia de cada establecimiento hospitalario chileno.

REFERENCIAS

- Abad, A; Pérez, M; González, A. (2013).** “*La gestión de intangibles: Futura administración de instituciones hospitalarias*”. RES NON VERBA, Octubre 2013 Guayaquil.
- Alonso-Robaira, D; Alonso-Becerra, A; Michelena-Fernández, E. (2013).** “*Process Management In The University*”. Ingeniería Industrial, Versión On Line, Vol 34, N° 1. La Habana, Enero-Abril, 2013.
- Arnoletto, E; Diáz, A. (2009).** “*Un aporte a la gestión pública. Hacia nuevos enfoques en la gestión organizacional de la administración pública*”. Córdoba, Argentina. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/>.
- Artaza, O; Barría, M. S; Fuenzalida, A; Nuñez, K; Quintana, A; Vargas, I; Venegas C; Vidales, A. (2008).** “*Modelos de gestión de Establecimientos Hospitalarios*.” Cuadernos de Investigación N° 9. División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud de Chile, Santiago. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/9.pdf>.
- Barbosa- Pinto, L; Vilas, A; Antonialli, L. (2016).** “*Gestão de pessoas e planejamento estratégico em hospitais do sul de minas gerais: uma análise de indicadores*.” Revista Contemporânea de Economia e Gestão. Vol 14 – N° 1 – jan/abr 2016.
- Becerril- Montekio, V; Reyes, J. De D; Annick, M. (2011).** “*El sistema de Salud de Chile*”. Salud Pública, México.
- Bernal, I; Pedraza, N; Sánchez, L. (2015).** “*El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico*.” Estudios Gerenciales, Volume 31, Issue 134, January -March 2015, Pages 8-19.
- Burlton, R. (2010).** “*Delivering business strategy through process management.*” In J.Vom Brocke, & Rosemann (Eds), Handbook on Business Process Management (2). (pp, 5-37) Springer.

Cámara De Diputados. (2008). “*Informe de la Comisión de Salud en Calidad Investigadora de la Crisis Hospitalaria de la Salud Pública en Chile*”. Comisión Especial Investigadora de la Cámara de Diputados.

Colombi, R; Martini G; Vittadini, G. (2017). “*Determinants of transient and persistent hospital efficiency: The case of Italy.*” *Health Economics.* 2017; 26:5–22. wileyonlinelibrary.com/journal/hec.

Deis. (2007). “*Indicadores Básicos de la Salud Chile 2007*”, Cartilla Informativa, Campaña MINSAL – Contigo Mejor Salud. DEIS.

Drago, M. (2006). “*La Reforma al Sistema de Salud Chileno desde la perspectiva de los Derechos Humanos*”, Serie Políticas Sociales Nº 121. CEPAL.

Ferrier, G, D. & Trivitt, J, S. (2013). “*Incorporating quality into the measurement of hospital efficiency: a double DEA approach.*” *J Prod Anal* (2013) 40:337–355 DOI 10.1007/s11123-012-0305-z.

Flores, M. (2010). “*El hospital, concepto y funcionamiento histórico.*” Nación& Salud, Periódico online del sector salud. Disponible en: <http://maiquiflores.over-blog.es>.

Garet, J. (2008). “*Teoría organizacional, diseño y cambio en las organizaciones*”. 5º edición, Pearson editores, México.

Gattini, C. (2014). “*Síntesis de la situación de salud en Chile 2013.*” Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP). Escuela de Salud Pública- Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina, U de Chile, Santiago.

Geberhiwot, T; Moro, A; Dardis, A; Ramaswami, U; Sirrs, S; Pineda, M. (2018). “*Consensus clinical management guidelines for Niemann-Pick disease type C.*” Geberhiwot et al. *Orphanet Journal of Rare Diseases* (2018) 13:50 <https://doi.org/10.1186/s13023-018-0785-7>.

Gorgemans, S. (2013). “*El hospital como organización multiservicio.*” Tesis de Doctorado. Universidad de Zaragoza.

Hernández, A; Nogueira, D; Medina, A; Marqués, M. (2013). “*Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias.*” Concepción metodológica y práctica. R.Adm., Sao Paulo, v. 48, N° 4, p, 739-756, out/nov/dez.

Hernández-Nariño, A; Delgado-Landa, A; Marqués-Leon, M; Nogueira-Rivera, D; Medina-León, A; Negrin-Sosa, E. (2016). “*Generalización de la Gestión por procesos como plataforma de trabajo de apoyo a la mejora de organizaciones de salud.*” Rev. Gerencia Política de Salud; 15 (31): 66-87. Disponible en <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.rgyps.ggpp>.

Herrero, L; Martín, J; López De Amo González. (2015). “*Eficiencia técnica de los hospitales públicos y de las empresas hospitalarias de Andalucía.*” Gaceta sanitaria. 29(4): 274-281.

Hsieh, N. C; Lee, Kc, Chen, W. (2013). “*The transformation of surgery patient care with a clinical research information system.*” Expert systems whith applications. Revista horizonte médico, (40): 211-21.

Kessler, I., Heron, P., & Spilsbury, K. (2017). “*Human resource management innovation in health care: the institutionalisation of new support roles.*” *Human Resource Management Journal*, 27(2), 228. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1748-8583.12114/full>.

Ley 19.996 De La República De Chile. (2004). Establece régimen de garantías en Salud.

Ley 19.937 De La República De Chile. (2004). Modifica D.L. 2.763 de 1979 de Autoridad Sanitaria y modalidades de gestión.

Manca, Y; Mangini, A; Vigilante, A. (2011). “*Administración de un Hospital Público*” Universidad de la Marina Mercante. Facultad de Administración y Economía, Buenos Aires.

Magalón-Londoño, G; Galán, R; Ponton, G. (2008). “*Administración Hospitalaria.*” 3° edición, editorial médica Panamericana. Bogotá.

Méndez, C; Miranda, C; Torres, M, C; Márquez, M. (2013). “*Política de autogestión hospitalaria en Chile: Percepciones de los tomadores de decisiones.*” Rev. Panam Salud Pública. 2013, 33(1): 47-53.

Ministerio De Salud. (2012). Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, www.deis.cl.

Ministerio De Salud. (2016). Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, www.deis.cl.

Ministerio De Salud. (2018). División de Inversiones, Subsecretaría de Redes Asistenciales. www.deis.cl.

Ministerio De Salud. (2018). División de Presupuesto del Ministerios de salud de Chile.

Nigam, A; Huisng, R. & Golden, B. (2014). “*Improving Hospital Efficiency: A Process Model of Organizational Change Commitments.*” Medical Care Research and Review 2014, Vol. 71(1) 21– 42.

Olivares, P. (2010). “*Compromisos internos de Gestión Clínica*”. Documento de trabajo Unidad de Gestión Clínica, Ministerio de Salud de Chile, Santiago.

Organización Mundial De La Salud [OMS]. (2013). “*Derecho a la salud.*” Nota descriptiva n.º323 [consultado 30 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

Percy, S. (2017). “*Hospital Mergers: The Wheres, the Whys and the Hows. Changes in ownership reflect the realities of modern-day healthcare. And there are more to come.*” georgiatrend.com.

Prior, D. (2006). “*Efficiency and total quality management in health care organizations: a dynamic frontier approach*”. Ann Oper Res. 2006; 145:281.

Santelices, E; Ormeño, H; Delgado, M; Lui, C; Valdés, R; Durán, L. (2013). “*Análisis de los determinantes de la eficiencia hospitalaria: el caso de Chile.*” Rev Med Chile 2013; 141: 457-463.

Stone, D. L., Deadrick, D. L., Lukaszewski, K. M., & Johnson, R. (2015). “*The influence of technology on the future of human resource management.*” *Human Resource Management Review*, 25(2), 216- 231. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1053482215000030>.

Tobar, F. (2010). “*Hacia dónde va el hospital y dilemas de la Gestión de Hospitales.*” Editorial Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

Tsai, T, C; Jha, A, K ; Gawande, A, A; Huckman, R, S; Bloom, N; & Sadun, R. (2015). “*Hospital board and management practices are strongly related to hospital performance on clinical quality metrics.*” *Health Affairs*, 34(8), 1304-1311. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2014.1282>.

Urriola, C; Infante, A; Aguilera, I; Héctor Ormeño. (2016). “*La reforma de salud chilena a diez años de su implementación.*” Salud Publica Mex 2016;58:514-521. Disponible: <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8240>.

Varela, J; Castells, X; Iniesta, C; Cots, F. (2008). “*Instrumentos de la gestión clínica: desarrollo y perspectivas*”. Med. Clinica (Barc). 2008; 130 (8): 312-318.

Wen-Jang Jih; Cheng-Hsui Chen; Ying-Hsiou Chen. (2006). “*Effects of Knowledge Management Implementations in Hospitals: An Exploratory Study in Taiwan.*” *International Journal of Knowledge Management*, vol. 2, issue 3 edited by Murray E. Jennex.

Yildiz M, S; Heboyan, V; & Khan, M. (2018). “*Estimating technical efficiency of Turkish hospitals: implications for hospital reform initiatives.*” BMC Health Services Research. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3239-y>.

CAPÍTULO 3

LOS RECURSOS HUMANOS Y LA GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD: MODELOS Y PERSPECTIVAS TEÓRICAS

INTRODUCCIÓN

La diversidad cultural, considerada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] (2002), como una de las principales riquezas de la humanidad, se ha convertido en objeto de discusión al momento de diseñar políticas públicas a nivel estatal como a nivel de organizaciones, independiente de su tamaño y sector; y es que, fenómenos como la globalización y los cambios demográficos, han incidido en la mayor diversidad social y cultural observada particularmente en el mercado laboral, generando para las organizaciones un nuevo horizonte de oportunidades, beneficios y de desafíos. Por un lado, la globalización incrementa la internacionalización de las actividades empresariales y de servicios, lo que intensifica notablemente los contactos entre áreas geográficas y culturas diversas. La revolución de la tecnología, particularmente de las comunicaciones, acompaña a este proceso, su masificación mediante Internet y redes sociales, entre otros mecanismos, han permitido un mayor acercamiento entre personas de distintas regiones del mundo. Por otra parte, es posible observar el surgimiento de nuevas formas de organización como las redes y las alianzas estratégicas, situación que supone la superación de las estructuras organizacionales más tradicionales y rígidas (Huggins, R & Izushi, H. 2013), viéndose fomentada la interacción intercultural.

Junto a todo lo anterior, cabe destacar la fuerte hegemonía que han adquirido las actividades terciarias. Las organizaciones tienden a componerse de forma más diversa, pues el sector servicios requiere de equipos de trabajo empáticos con públicos objetivos que son culturalmente diversos (Fernández-Alles & Camelo –Ordaz, 2014). La importancia que tiene la atención a los diferentes públicos objetivos en este tipo de organizaciones, suscita que sea estrictamente necesario para éstas, contar con trabajadores que reflejen la diversidad de sus consumidores y mercados (Sánchez-Apellániz & Román, 2008).

La expansión del fenómeno de la diversidad se ha constituido en un tema de interés para los estados que han venido legislando sobre el tema, y es un foco de estudio para académicos e investigadores de las distintas ramas de las ciencias sociales, quienes intentan explicarlo y analizarlo desde distintas perspectivas y ver sus implicancias para

todo tipo de organizaciones sociales.

El presente capítulo mostrará la evolución del concepto de diversidad surgida en Estados Unidos a finales de los 80 y a comienzos de los 90, en el contexto de un debate académico sobre la eficacia de las “*Affirmative Actions*” y de la Gestión de la Diversidad desarrollada durante los 90, con exponentes como Thomas& Roosevelt (1990), Cox y Blake (1991) y, además, de las posiciones de otros autores que abogan de modo favorable o desfavorable sobre este tema. Las opiniones en pro de la Gestión de la Diversidad más recientes se encuentran representadas por las posiciones de Nishii (2013), Lauring & Klitmoller (2017), entre otros, quienes señalan que la diversidad tiene efectos positivos en las organizaciones, y que la Gestión de la Diversidad puede convertirse en una ventaja competitiva para aquellas que buscan innovación, crecimiento y competitividad, debiendo para ello respetar las individualidades, fomentando políticas de formación de recursos humanos diversos y desarrollando liderazgos efectivos, pues sólo así podrán aprovechar los potenciales beneficios de la heterogeneidad de su fuerza laboral (Martiniello, 2003; Geddes, 2006). Sin embargo, existen también posiciones que señalan que la diversidad es difícil de gestionar y más bien trae conflicto, altera las comunicaciones organizacionales y no tiene ningún impacto en los rendimientos, con exponentes como Choi & Rainey (2010), Jackson & Joshi (2011) y Gebert, Buengeler et al (2017).

Lo precedente es reafirmado por medio de cinco perspectivas teóricas utilizadas por la literatura académica para explicar los efectos de la diversidad e inclusión cultural y su impacto en las organizaciones. Es así que las teorías de los recursos cognitivos, la teoría del capital social y la teoría de diferenciación óptima (ODT) respaldan las visiones positivas de la diversidad y de la gestión de la diversidad en las organizaciones; en contraste, las teorías de atracción de similitud y las teorías de identidad social (Akerlof, G; Kranton, R., 2000), apoyan las perspectivas negativas en la diversidad en los grupos de trabajo, porque las personas prefieren la similitud en sus interacciones. Las personas se sienten cómodas en un grupo que perciben como similar a sí mismos. Las personas de diversos grupos se sienten menos seguras y confían menos en otros grupos. Una confianza más baja aumenta el conflicto dentro de los grupos. En cambio, personas con similitud de valores y de sus aspectos demográficos, son propicias para entornos de trabajo más

eficaces (Choi & Rainey 2010).

En este contexto, y siguiendo la línea argumentativa de las posiciones que tiene una mirada en pro de la diversidad como Cox y Blake en Chinchilla & Cruz (2011), la gestión de la diversidad constituye una estrategia de Dirección de Personas que supone valorar e integrar las diferencias, como factor de eficacia organizativa y buscando la inclusión cultural no sólo en el desarrollo de carreras o prácticas de reclutamiento y selección de personas con algún factor de diversidad, sino también en el desarrollo y ejecución de programas de formación de directivos.

Atendida la alta competitividad y el contexto en que se desenvuelven las organizaciones modernas, los estilos tradicionales y excluyentes de gestión parecen ser hoy inefectivos. Actualmente los modelos de gestión, particularmente de dirección de recursos humanos, promovidos por académicos e investigadores, se han planteado que mejorías en el rendimiento de las empresas están directamente relacionadas con reconocer el aporte de la heterogeneidad de los trabajadores que las componen (Chinchilla & Cruz, 2011, citando a Thomas, R.R. 1990).

3.1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DIVERSIDAD

La situación industrial de los negocios del siglo XIX y XX, se caracterizó por la estabilidad, permanencia y homogeneidad de su fuerza laboral. Muy por el contrario, en el contexto de una economía del conocimiento, el escenario actual se caracteriza por el dinamismo, inestabilidad, baja predictibilidad y gran heterogeneidad de la mano de obra y diversidad de los grupos de trabajo (Nishii, L, 2013); situación que demanda la introducción de nuevos modelos de administración y de gestión en el que se incorporen aspectos como la gestión estratégica de la diversidad de los recursos humanos. Thomas, R. (1996) y Cox y Blake (1991) refiriéndose a la gestión de la diversidad como factor de eficacia organizativa y de ventaja competitiva en las empresas y organizaciones de distinta naturaleza, consideran que la tendencia hacia la globalización incrementaría la diversidad de la fuerza de trabajo y supondría un reto para su gestión.

En el ámbito de los modelos de gestión, durante las últimas décadas, dominó el supuesto de que las condiciones externas eran las grandes determinantes en la generación de ventajas competitivas sostenibles y para la explicación de los resultados organizacionales, contribuyendo en gran medida a aquello, los trabajos de Michael Porter (Fernández-Alles & Camelot –Ordaz, 2014).

Sin embargo, en la actualidad, cobra un papel crucial la visión que explica los resultados de una organización, en base a sus capacidades y recursos internos y la forma de apropiarse y aprovechar los mismos. Bajo este prisma, un activo intangible potencialmente valioso lo constituye la existencia de una fuerza laboral diversa y heterogénea. Esta perspectiva, conocida como la teoría de recursos y capacidades, ha sido bastante trabajada. Por una parte, se ha analizado su contribución a la estrategia de las organizaciones diversas (Barney, 1991, 2001; Grant, 2005), y por otra, cómo los activos internos pueden afectar el desempeño organizacional (Huggins, R & Izushi, H, 2013) (Godfrey & Hill, 1995), emergiendo su vinculación con los procesos micro-organizacionales de éxito o fracaso.

Desde esta mirada, se concibe a las organizaciones productoras de bienes y servicios como un conjunto coordinado y único de recursos y capacidades heterogéneas

que se generan, desarrollan y mejoran progresivamente, siendo este conjunto el que explica fundamentalmente las diferencias de desempeño organizacional (Barney, 1991, 1997, 2001).

En la misma línea, Amit y Schoemaker (1993), Cuervo (1993), Sánchez & Herrera (2016), señalan que los recursos son un stock de factores disponibles que posee o controla una organización, cuya naturaleza es diversa, comprendiendo los aspectos físicos, tecnológicos, humanos y estructurales. Asimismo, estos autores definen las capacidades como las habilidades y conocimientos específicos que posee la organización para desarrollar sus recursos, generalmente combinándolos entre sí, utilizando procesos organizacionales para alcanzar el objetivo deseado. Se basan en el desarrollo e intercambio de información a través del capital humano de la organización, mediante procesos tangibles o intangibles que son específicos de ella y se desarrollan mediante interacciones complejas entre los recursos en el largo plazo.

3.1.1. Variables incidentes en la heterogeneidad de la fuerza de trabajo.

Algunas de las variables que han incidido directamente en la heterogeneidad de la fuerza de trabajo, abriendo nuevos desafíos y potenciales oportunidades para el desarrollo de ventajas competitivas en las organizaciones modernas (Casanova 2007), son las siguientes:

- Creciente inserción de las mujeres al mercado laboral, quienes progresivamente exigen el mismo trato laboral recibido por los hombres. Demandan además equidad de posibilidades de desarrollo profesional, mejores remuneraciones, beneficios como salas cunas, jardines infantiles para sus hijos y optan por jornadas laborales flexibles.
- Envejecimiento paulatino de la población. Esto constituye un desafío y una oportunidad para las organizaciones, pues las personas mayores denotan un gran compromiso con sus tareas, y poseen conocimientos y experiencias que enriquecen el quehacer laboral, mejoran los rendimientos y aportan cultura a las nuevas generaciones (Nishii, 2013).
- Incorporación o sustento de empleados discapacitados. Dentro de sus objetivos de responsabilidad social, muchas organizaciones están aprovechando las

competencias de personas con diferentes discapacidades físicas o mentales. Asimismo, han adaptado los puestos de trabajo del personal que por algún motivo sufre alguna discapacidad, generando espacios inclusivos al interior de las organizaciones.

- Atención y reivindicaciones de minorías étnicas y grupos religiosos. Las reivindicaciones de los pueblos originarios constituyen hoy un aspecto que está presente en muchas organizaciones sociales, por cuanto cada grupo presenta en su ámbito laboral sus propios valores y creencias, y demandan reconocimiento de estas diferencias.²⁷
- Progresiva incorporación de inmigrantes. En Chile, durante los últimos años se ha experimentado un fuerte incremento en el número de inmigrantes, principalmente latinoamericanos, los que traen consigo sus costumbres y valores. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas, al 2018 en Chile existían 1.110.000 personas residentes de otros países, representando un 6,1% de la población total (2,3% en 2014 y 1,3 en 2002). Son cinco las nacionalidades más numerosas en Chile, representando el 69,8% del total de inmigrantes: Peruana 23,8%; Colombiana 13%, Venezolana 12%, Boliviana 11% y Haitiana 10%.

La literatura sobre diversidad y gestión de la diversidad surgió en Estados Unidos a finales de los años 80 y comienzos de los 90, en el contexto de un debate académico sobre la eficacia de las *Affirmative Actions*, una serie de medidas legales creadas en las décadas de 1960 y 1970 para garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso al empleo. Con estas medidas se buscaba contrarrestar la discriminación por razón de color de piel, sexo, religión u origen, y eran a su vez, resultado de los movimientos a favor de los derechos civiles de la minoría afroamericana (Chinchilla & Cruz, 2011).

A partir de 1960, fueron sucediéndose una serie de medidas legislativas en este campo, como por ejemplo, la Quinta Enmienda de la Constitución Americana referente a la Diversidad (Dessler, 2003). El primero, y quizás más importante, fue el Acta de Derechos Civiles de 1964 que, en su título VI, ilegalizó cualquier discriminación en base

²⁷ Un ejemplo claro de esto dice relación con el festejo de fiestas mapuches, en el caso chileno.

a la raza, color de piel, religión, sexo o nación de origen, constituyendo una comisión para vigilar la igualdad de oportunidades en el empleo y evitar así discriminaciones. Posteriormente, se transfirió por ley una parte de la responsabilidad en la aplicación de estos principios a las empresas y otras instituciones del mercado del trabajo a través de las regulaciones sobre Igualdad de Oportunidades en el Empleo [IOE] y de los Programas de Acciones Afirmativas [PAA].

El concepto “affirmative action” (discriminación positiva) emerge por tanto, en la década del 60 en Estados Unidos frente a necesidad de combatir, al menos administrativamente, los efectos del racismo y la discriminación hacia los negros. Con esta voluntad, en 1961, el presidente John F. Kennedy conformó un comité por la igualdad de oportunidades de empleo, expidiendo el decreto 10.925, en el cual se utilizó el término “affirmative action” como paquete de medidas destinadas a tal propósito. Luego, en 1965, el presidente Johnson despachó el decreto 11.246 que exigía a los contratistas federales la ejecución de “discriminaciones positivas” en pos de asegurar la igualdad de oportunidades de empleo sin importar raza, nacionalidad o religión, 3 años más tarde se incorporó la categoría género.

En ese contexto, por lo tanto, la "affirmative action" está referida a una serie de acciones adelantadas por el gobierno norteamericano en el campo del empleo, la contratación federal y la educación orientadas al incremento de la diversidad, rectificando la discriminación, promoviendo la inclusión y otorgando más oportunidades a las minorías étnicas, raciales o nacionales, a las mujeres y a otros grupos desfavorecidos (Sanclemente, 2005)²⁸.

Pese a que la “affirmative action” pudo ser vista como causante de eventuales discriminaciones negativas, el ex presidente de Estados Unidos Bill Clinton (1993-2001), concluyó durante su mandato que los programas derivados de ésta, sí han conseguido mayor igualdad de oportunidades e integración, siendo en general imparciales y equilibrados, y no detonantes de perjuicios para la población restante. Todo esto, pues la

²⁸ Es importante, sin embargo, señalar que la "affirmative action" es diferente a las políticas de “no discriminación”. Si bien todas buscan justicia social, para las últimas, de carácter más pasivo, basta prohibir la discriminación en la contratación o en la selección de estudiantes por parte de las universidades.

“affirmative action” no pretende ir en desmedro del “mérito”. En este contexto, Thomas (1990), señalaba que la discriminación positiva no era el enfoque correcto para la empresa, y que las empresas no sólo debían conformarse con cumplir la legislación sobre inclusión de minorías, ya que es una tarea que, por sí sola, no agrega valor a las organizaciones, sino que es la gestión de personas diversas e involucradas en los procesos de toma de decisiones lo que genera crecimiento y valor a las organizaciones (Chinchilla & Cruz, 2011).

Liff y Wajcman (1996) explican que las oportunidades para los trabajadores deben basarse en el “principio de igualdad”, entendida como la equidad en las relaciones laborales que tienen lugar al interior de las organizaciones. En la misma línea, Jack y Lorbieri (2000), sostienen que en las organizaciones, la equidad es posible puesto que, de existir trabajadores con las mismas habilidades, los beneficios y oportunidades deben hacerse efectivos para todos por igual. Contrariamente, la gestión de la diversidad trabaja con el concepto de lo “diferente”, de lo “distinto”, tal como es el capital humano que poseen los trabajadores. Este capital se caracteriza por no ser propiedad de las organizaciones, sino de las personas que trabajan en éstas, y que lo “suministran” de manera contractual y voluntaria.

El término diversidad incorpora un amplio espectro de diferencias individuales y de grupo (Sánchez – Apellániz, 2008). Desde el punto de vista individual, cada persona es diversa cuando se compara con otras. En ese sentido, las personas son combinaciones de rasgos; un individuo puede ser agresivo o pasivo, extrovertido o introvertido, flexible o rígido. De la misma forma, los grupos de individuos comparten características que los distinguen de otros grupos. Algunas de estas características como la raza, la edad y el sexo, no pueden ser controladas por los individuos involucrados; mientras que otras, como ocupación, afiliación a partido político o religión, pueden cambiarse mediante elecciones conscientes y esfuerzos deliberados (Sánchez –Apellániz, 2008).

El concepto de diversidad ha sido estudiado a partir de diferentes ópticas, desde perspectivas muy amplias en las que se integran una multiplicidad de aspectos componentes, hasta aproximaciones más reducidas y centradas en factores concretos, dificultándose con esto, un consenso acerca de cuáles efectivamente son las variables que

deben ser considerados para su conceptualización (Carmichael & Rijamampianina, 2005). Así, Kossek y Lobel (1996) por ejemplo, consideran la diversidad exclusivamente en términos de raza, sexo y etnia. Otros autores, en cambio, operacionalizan el concepto a partir de un mayor número de variables, entre las que pueden encontrarse además rango etario, nación de origen, religión y creencias, orientación sexual, discapacidad, cultura y valores, lengua, estilo de vida, apariencia física y estatus económico (Carr, 1993; Triandis, 1994; Carnevale & Stone, 1995; Fox & Norton, 1997).

En realidad, definir diversidad es una tarea compleja. Thomas (1996) la define como “cualquier mezcla de temas caracterizados por las diferencias y similitudes entre personas”, mientras Carmichael y Rijamampianina (2005) redefinen el planteamiento de Thomas, señalando que la diversidad es “*el colectivo, que abarca todo lo humano, mezcla de diferencias y similitudes a lo largo de cualquier dimensión*”.

Por su parte, Sánchez Gardey (2011), define la diversidad como una propiedad de los grupos de trabajo que mide la heterogeneidad de sus componentes en relación con una serie de características personales. Desde su punto de vista, a este concepto deberán agregársele los atributos que se valoran y las posibles relaciones que pueden darse entre los diferentes tipos de diversidad. El autor señala que, a grandes rasgos, los grupos de trabajo pueden presentar dos tipos de heterogeneidad. Por un lado, demográfica, constituida por atributos primarios, directamente observables como edad o género. Por otro, la diversidad de capital humano, conformado por atributos no tan evidentes como son los demográficos y que incluyen conocimientos, habilidades, destrezas y valores de los miembros de un equipo de trabajo.

Hon (2000), por su parte, argumenta que “la diversidad viene a ser un cajón de sastre para un conjunto de cuestiones complejas que están relacionadas con el género, la raza y otras formas de discriminación”; mientras Triandis (2003), sostiene que la diversidad está constituida por las diferencias de nación de origen, razas, etnias, creencias religiosas, género, discapacidad, edad y perspectivas personales. Al incluir un conjunto variado de factores y dimensiones, estas últimas propuestas parecen ser las más adecuadas al momento de definir un concepto que esencialmente debe reflejar aspectos muy distintos de la actitud y comportamiento de los componentes de una organización. Desde este punto

de vista, la diversidad en las organizaciones es un reflejo de los aspectos demográficos, culturales, actitudinales, normativos y valóricos existentes en la sociedad (Triandis, 2003).

Bajo tales parámetros, se puede sostener que la diversidad en la organización se producirá en tanto las características socioculturales que definen la sociedad en la que la que ella actúa, se reflejen en la nómina de sus trabajadores. Tal diversidad se identificará en la organización a través de las distintas afiliaciones grupales diferentes culturalmente (Cox, 1994), medidas a través de sus características o atributos observables (Martins & Milliken, 1996).

Cuadro 3.1. Orientación de la diversidad en Organizaciones

| | Orientación a la diversidad | Modelo identidad-ciego |
|---------------------------|--|---|
| Cultura organizativa | La diversidad es vista como un objetivo. La organización valora la diversidad. | La diversidad es un problema que debe ser superado (moral, político, legal y de mercado de trabajo). |
| Políticas de Aculturación | Pluralismo: aceptación e inclusión de todas las culturas. | Asimilación: se adoptan las normas de la mayoría. |
| Políticas de RR.HH. | Las políticas de diversidad se consideran holísticamente. Las políticas de Recursos Humanos tienen en cuenta los efectos sobre la diversidad y el rendimiento. | Las políticas de Recursos Humanos se consideran de forma individual y secuencial. La formulación de las políticas de Recursos Humanos no considera las implicaciones sobre la diversidad. |
| Empleados | La diversidad es entendida como un objetivo. Los empleados son evaluados en función de los objetivos de la diversidad. | La diversidad no se discute. Los trabajadores son evaluados por su mérito individual. |
| Resultados | Organización más diversa. La diversidad en la organización mejora los resultados. | Organización menos diversa. La diversidad perjudica los resultados. |

FUENTE: Johnson y Richard (2001).

A partir de la información vertida en el Cuadro 3.1, es posible ver cómo las organizaciones pueden gestionar la diversidad reconociéndola como un objetivo primordial, en vista de

las oportunidades que puede generar en materia de ventajas competitivas (orientación a la diversidad), o como un obstáculo que hay que superar, pues aunque se reconoce su existencia, se busca la igualdad de trato a los recursos humanos (identidad-ciego).

3.2. DIMENSIONES DEL CONCEPTO DE DIVERSIDAD

A partir de la literatura consultada, es posible observar que autores como Loden y Rosener (1991) abordan la diversidad desde una mirada multidimensional. Es así como definen diversidad desde dimensiones primarias y secundarias. Las primarias son las primeras características de diversidad que influyen en la constitución de identidad. Están conformadas por el género de cada persona, etnicidad, discapacidades, color de piel, orientación sexual, edad y características físicas y mentales. La segunda dimensión es menos visible; sin embargo, ejerce igual o mayor influencia en la personalidad de cada individuo, incidiendo en su desempeño laboral. Ésta incluye el nivel de educación, localización geográfica, religión, lengua, estatus familiar, estilo de trabajo, experiencia de trabajo, nivel de ingresos y facilidades de comunicación e interacción social.

Junto a lo anteriormente señalado, la segunda dimensión de la diversidad presenta efectos significativos en las organizaciones debido a que incorpora la diversidad del capital humano, es decir, las diferencias entre los miembros del grupo en cuanto a conocimientos, habilidades, valores y experiencias de la persona, en todo lo cual reside el aporte que los recursos humanos entregan a las organizaciones.

Con el objeto de destacar esto último, a continuación, se conceptualizan los componentes del capital humano:

- **Conocimientos:** Hace referencia a la información y “saberes” necesarios para entender y comprender los procesos de trabajo de la organización.
- **Habilidades:** Esta aptitud está relacionada con el “saber hacer” o práctica en el trabajo, además de otras cualidades requeridas para el funcionamiento de los equipos, como la capacidad de comunicación, capacidad de reflexión, de relaciones interpersonales, entre otras.

- **Experiencia:** Junto con los conocimientos y las habilidades necesarias, los trabajadores pueden ver enriquecido su capital humano por haber experimentado con carácter previo, situaciones laborales o procesos de trabajo a los que se enfrentan en el grupo. La presencia de las personas con grados y tipos de experiencia dispares fortalecerá el rendimiento del grupo puesto que, como consecuencia de ello, será más capaz de tomar decisiones y resolver problemas complejos.
- **Valores:** La cultura del grupo no es otra cosa que la integración de los valores de todos los miembros de la organización. Cuando el grupo es muy diverso, la presencia de una cultura homogénea y compartida fuerte será poco probable. Por el contrario, las dinámicas de grupo se caracterizarán mucho más por el conflicto de intereses y la confrontación.

Se puede agregar que, en la primera dimensión, importa analizar las variables demográficas más influyentes en la posición laboral de las personas, como las referentes al género, raza, discapacidad y edad. La incorporación de la mujer al mercado laboral es una realidad en cualquier país, aunque se haya producido a ritmos distintos²⁹. En cambio, la evolución de la pirámide etaria es diferente en todos los países. Latinoamérica tiene una población joven, pero el aumento de la esperanza de vida y la ralentización de las tasas de crecimiento de la población irá provocando un envejecimiento paulatino, que ya se produjo de forma significativa en Europa Occidental. Esto, unido a la mejor formación de los jóvenes, hará que en las organizaciones, personas con menos experiencia asuman puestos de responsabilidad teniendo bajo su cargo a personas de mayor edad, lo que supone un giro respecto a la tradicional concepción de la autoridad y jerarquía, en la que edad y antigüedad suelen tener un peso importante. Estos elementos constituyen insumos de relevancia al momento de definir la gestión de la diversidad de la fuerza de trabajo.

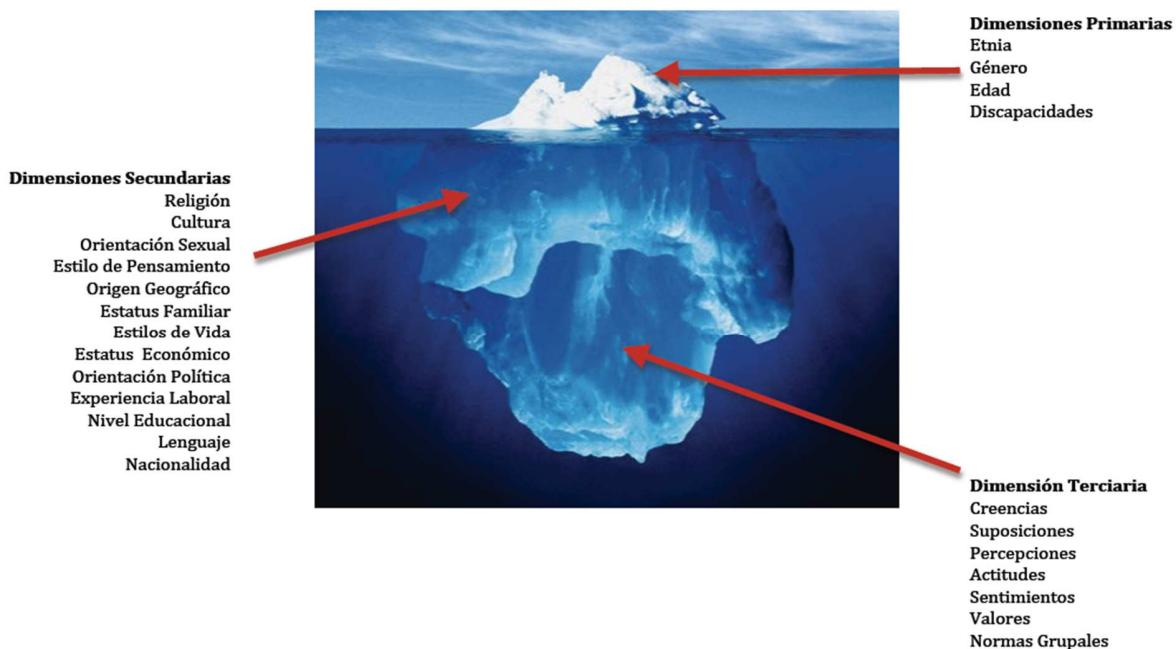
En cuanto a la segunda dimensión descrita, la diversidad de educación, cultura, nacionalidad, religión y lengua, puede explicarse por el origen geográfico de cada

²⁹ En Chile la participación laboral femenina alcanza al 48% de la población en edad de trabajar, mientras que en América Latina alcanza al 55% y en los países de la OCDE es del 61%. También se aprecia una importante brecha salarial, en Chile las mujeres ganan 31% menos que los hombres.

individuo. En esa línea, los movimientos migratorios de la población y de la mano de obra, producen una mayor interacción entre personas con diferentes creencias, costumbres y valores al interior de las organizaciones.

Es de importancia señalar que, a lo que ha sido descrito previamente, se suma el esquema presentado por Carmichael y Rijamampianina (2005), el que incorpora una tercera dimensión al concepto de Diversidad, más oculta aún y referida a los aspectos culturales y psicográficos, constituidos por las creencias, suposiciones, percepciones, actitudes, sentimientos, valores y normas grupales, como muestra la siguiente figura:

Figura 3.1. Dimensiones de la diversidad.



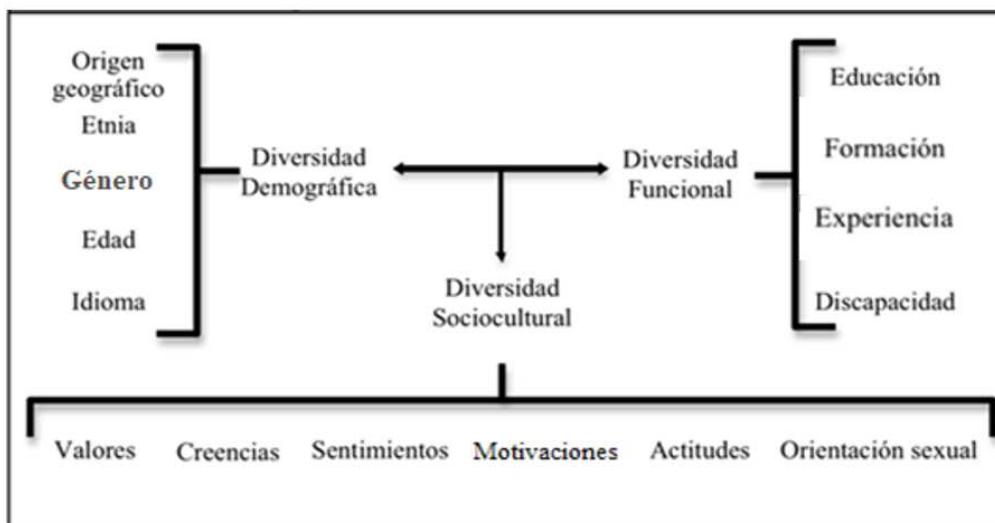
FUENTE: Carmichael, T. & Rijamanpianina, R. (2005).

Los elementos de cada una de las dimensiones de la diversidad se entrelazan produciendo una fusión de las diferencias y similitudes de las personas al interior de la organización, cuya interacción produce efectos sinérgicos que la organización debe reconocer para su apropiada gestión, orientándose al logro de objetivos y una mayor competitividad.

En un intento por aunar lo anteriormente señalado, es factible en esta instancia, hablar de fuentes de diversidad (véase Figura 3.2), las cuales deberán ser consideradas si

lo que se quiere es diseñar e implementar un modelo de Gestión de la Diversidad al interior de una organización.

Figura 3.2. Fuentes de la diversidad.



FUENTE: Elaboración propia, basado en el modelo de Carmichael, T. & Rijamanpianina, R. (2005).

De la Figura 3.2 precedente es importante destacar que la diversidad demográfica está referida a los aspectos permanentes de los individuos, tal como los categorizan Loden y Rosener (1991) y Carmichael, T. & Rijamanpianina, R. (2005); ellos son la etnia, origen geográfico o nacionalidad, género o sexo, aspectos lingüísticos y etarios de los mismos.

La diversidad funcional por su parte, está referida tanto a los aspectos construidos a lo largo de la vida de un individuo, como lo son su educación y formación de capital humano y social; y también a otros con origen al interior de las organizaciones, como pueden ser su formación y experiencia laboral, quedando todas ellas plasmadas cuando estas personas interactúan en equipos de trabajo, siendo posible estudiar la incidencia de estas variables en la productividad laboral y su afectación en la generación de valor y rendimientos organizacionales.

La diversidad sociocultural, en tanto, comprende cualquier diferencia personal referente a escala de valores, creencias o preferencias respecto a la vida laboral/personal

de un individuo, sus motivaciones hacia el trabajo, estilos de vida y orientación sexual. Nuestra sociedad está avanzando en los niveles de tolerancia y respeto hacia quienes piensan o se comportan de manera diferente a la mayoría dominante en la sociedad.

3.3. GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD (D.M.)

Para Chinchilla y Cruz (2011), “*la gestión de la diversidad, como estrategia de dirección de personas, se entiende como un compromiso sistemático y planeado por parte de la organización para reclutar y retener empleados con diferentes habilidades y backgrounds*”; lo que sería más integralmente, gestionar competencias de los empleados.

Bassett-Jones (2005), Ng y Burke (2005), la definen como una estrategia corporativa de carácter voluntario para afrontar la diversidad demográfica que se experimenta en el lugar de trabajo. Cascio (2006), define la gestión de la diversidad como el establecimiento de una fuerza de trabajo heterogénea con el objetivo de mejorar su potencial en un ambiente de trabajo equitativo. Gómez-Mejía, Balkin y Cardy (2007), la definen como el conjunto de actividades orientadas a la integración de los empleados con perfil no tradicional en la empresa a fin de aprovechar tal diversidad como ventaja competitiva de la organización. Lo importante de estas definiciones, es que se refieren a la gestión de la diversidad como una estrategia de carácter voluntario y no sólo como reacción ante un determinado marco legal.

Cox 1994, define la gestión de la diversidad como:

“*La planificación y ejecución de los sistemas y prácticas de gestión de personas en la organización, tendientes al reconocimiento de la heterogeneidad de atributos o rasgos que posee cada individuo, con la finalidad de aprovechar las posibles ventajas de estos rasgos en el rendimiento organizacional, y al mismo tiempo, reducir al mínimo los inconvenientes que ello significa*”.

Del mismo modo, Ivancevich & Gilbert (2000) lo definieron como “*el compromiso sistemático y planificado de las organizaciones para reclutar, retener, recompensar y promover una mezcla heterogénea de empleado*”. Pitts (2006) argumenta que “*la gestión de la diversidad es un concepto multifacético*” y como tal, incluye tres componentes:

programas de contratación, programas destinados a aumentar la conciencia cultural y políticas de gestión pragmáticas.

Para efectos de este trabajo, definiremos a la Gestión de la Diversidad como: “*la estrategia de Dirección de Personas que comprende objetivos y acciones tendientes a vincular, retener y desarrollar empleados con competencias diferentes, las que provienen de las dimensiones demográficas, funcionales y socioculturales (Figura 3.2), con el objetivo de desarrollar ventajas competitivas y alcanzar competitividad y eficacia organizativa*”.

Según Del Río y Marchant (2008), el interés de las organizaciones por implementar gestión de la diversidad proviene principalmente de dos fuentes: (a) desde el compromiso moral que supone ofrecer a los empleados, sin importar su origen, igualdad de oportunidades y no discriminación en su puesto de trabajo y, (b) de la incidencia que tal diversidad pueda tener en la actividad organizacional.

Las variables asociadas a la diversidad pueden afectar a la motivación, las actitudes, al comportamiento en el lugar de trabajo y a la habilidad para trabajar con otros empleados, lo cual puede afectar en los resultados organizacionales. En general, las organizaciones reconocen que, de no tener en cuenta las cuestiones referentes a la gestión de la diversidad, se producirán efectos adversos en los procesos de equipos referidos principalmente a la comunicación, manejo de conflictos y cohesión social (O’ Reilly & Williams, 1998).

Bajo tales parámetros, si bien gestionar la diversidad requiere de un liderazgo efectivo y comprometido, siendo sus resultados no tan previsibles o tangibles en el corto plazo como por ejemplo invertir en el desarrollo de un nuevo producto; invertir y valorar la diversidad ayuda a motivar a los empleados e incrementar la productividad organizacional en el mediano y largo plazo (Sánchez- Apellániz & Román, 2008).

Meghna Sabharwal (2014) señala que Thomas (1990) introdujo el concepto de gestión de la diversidad como una forma de crear un entorno que permite a los empleados alcanzar su máximo potencial en búsqueda de los objetivos organizacionales.

Existe un consenso reciente de que la gestión de la diversidad debe pasar de una actitud pasiva (valorando la diversidad), a un enfoque activo (gestionando la diversidad). Este enfoque activo debe incluir programas de tutoría, planificación de la sucesión, programas familiares, posibilidades de trabajo alternativo, capacitación y rendición de cuentas (Bozeman & Feeney, 2009; Pitts et al., 2010).

Si bien estos esfuerzos son fundamentales para el éxito de una organización, no necesariamente se traducen en un entorno de trabajo inclusivo (Groeneveld & Verbeek, 2012).

Mientras que, políticas como la instauración de tutorías y posibilidades de trabajos alternativos son importantes esfuerzos de gestión no siempre son exitosos si no son parte de una iniciativa organizacional más grande encabezada por la gerencia de alto nivel. Empleados haciendo uso de los programas de equilibrio trabajo/vida familiar o posibilidades de trabajos alternativos provocan muchas veces una reacción negativa y, a menudo, son señalados como receptores de tratamiento preferencial (Gornick & Meyers, 2003; Rapoport, Bailyn, Fletcher y Pruitt, 2002; Sabattini y Crosby, 2008; Sabharwal, 2014; Stone y Lovejoy, 2004; Tower & Alkadry, 2008). Estos programas no tendrán el éxito esperado, mientras sean vistos como "adaptaciones" que benefician a un grupo por sobre los demás.

Nishii y Özbilgin (2007) señalan que existe un interés creciente por la gestión de la diversidad en las organizaciones, motivado en gran parte por el empuje que se le ha dado a las legislaciones nacionales e internacionales sobre el tema. Sin embargo, en la práctica, el “cómo” de esa gestión sigue siendo un tema complejo y poco claro para la mayoría de las organizaciones (Chinchilla y Cruz, 2011).

3.3.1. Gestión de la Diversidad como estrategia de RR.HH.

Kellough y Naff (2003) y Sabharwal (2014) estudiaron los elementos y consideraciones que comúnmente se incluyen en los programas de gestión de la diversidad, identificando siete componentes básicos que deben estar presentes en el diseño de un modelo de gestión de diversidad:

1. Generar compromiso de la alta dirección con los programas y proyectos de diversidad cultural, incorporando indicadores que aseguren tal compromiso y la rendición de cuentas respecto de la gestión.
2. Rediseñar la estructura orgánica tanto a nivel macro (departamentos) como a nivel micro (puestos de trabajo), para apoyar en forma efectiva a la estrategia de gestión de la diversidad de RR.HH.
3. Orientar la cultura organizacional y los sistemas de gestión a la estrategia. Los valores organizacionales deben promover el respeto y reconocimiento de la diversidad de las personas que trabajan en la organización, y han de reflejarse en las actividades desarrolladas en las mismas.
4. Impulsar estilos de dirección y liderazgo inclusivos, lo que fortalece las políticas y prácticas de la diversidad cultural en la organización. Uno de los factores esenciales que contribuyen a crear entornos inclusivos es el liderazgo comprometido que apoya las diferencias individuales y culturales entre los empleados (Shore et al, 2011). Tal liderazgo comprometido también utilizaría los talentos de todos los miembros sin importar su género, raza / etnia, edad, orientación sexual, etc. Los líderes de una organización deben idear estrategias para eliminar barreras sistémicas y crear instancias en las que todos los empleados puedan desarrollar al máximo su potencial.
5. Capacitar a todo el personal, respecto de los valores y prácticas de la diversidad cultural.
6. Desarrollar programas de mentoring, fomentando a la vez, grupos de promoción interna pro-diversidad.
7. Compatibilizar los valores y prácticas de diversidad en la organización con los valores de los diferentes grupos de interés o stakeholders.

El Cuadro 3.2 muestra las diferencias entre equidad en el empleo como acciones aisladas, encaminadas a lograr el principio de igualdad y la adopción de un modelo de gestión de diversidad, en donde se observan mayores beneficios y compromisos de los colaboradores en la organización.

Cuadro 3.2. Diferencias entre equidad en el empleo y gestión de la diversidad.

| Equidad en el Empleo | Gestión de la diversidad |
|--|---|
| Cambios en la forma en que la organización se ve. | Cambios en la forma en que la organización trabaja. |
| Cambios en la composición del personal (Diversidad de Recursos Humanos). | Cambios en la composición del personal, del entorno, de los sistemas y procesos de trabajo... 1. Empoderamiento. 2. Transformación, reducción de estructuras. |
| Centrarse sólo en las diferencias del personal. | Centrarse tanto en las diferencias como en las similitudes. |
| Centrarse en la raza, género y discapacidades. | Centrarse en todas las dimensiones de la diversidad. |
| Antidiscriminación. | Pro-Inclusión. |
| Un fin en sí mismo. | Un medio para lograr un fin. |
| Externamente impulsado. | Internamente impulsado. |
| Mandato Legal, Social y moralmente esperado. | Voluntario, Imperativo del Negocio. |

FUENTE: Carmichael y Rijamampianina (2005).

El cuadro precedente nos indica por una parte que el éxito de la gestión de la diversidad depende de la efectiva administración de la equidad en el empleo y, por otra parte, que el éxito de la administración de la equidad en el empleo depende de la efectividad en la implementación de la gestión de la diversidad.

3.4. EFECTOS DE LA DIVERSIDAD: BENEFICIOS Y DESAFÍOS

A partir de los 90, el estudio de la diversidad ha despertado el interés del mundo académico y científico, como factor clave en el desarrollo organizacional, llevándose a cabo numerosas investigaciones en temas asociados a la diversidad y a la gestión de la diversidad, y a su contribución a los rendimientos. En sus inicios, un amplio segmento de países legisló en respuesta a la discriminación de las minorías en su lugar de trabajo. Pese

a lo anterior, las grandes compañías en Estados Unidos y Europa comenzaban a observar que el sólo cumplimiento de la ley no resuelve el problema de la inclusión, sino que se deben desarrollar herramientas conceptuales y prácticas para gestionarla de forma adecuada.

Al trabajar las implicancias que la gestión de la diversidad tiene para la dirección estratégica de los recursos humanos es posible identificar principalmente cinco perspectivas teóricas provenientes de la sociología, que se han utilizado en la literatura de diversidad para exponer sus efectos. Por una parte, es posible explicar los beneficios que la gestión de la diversidad tiene a partir de la teoría de recursos cognitivos, la teoría del capital social y la teoría de diferenciación óptima (ODT). Por otra, la teoría de la Identidad Social y el paradigma Similitud – Atracción ofrecen perspectivas negativas de la diversidad y de la gestión de la diversidad, y por lo tanto entregan argumentos para dar cuenta de los desafíos que la gestión de la diversidad presenta al interior de las organizaciones (Jackson & Joshi, 2011), (Nishii, 2013).

Las cinco perspectivas teóricas, se describen a continuación:

Teoría de los Recursos Cognitivos

Esta teoría promueve que la diversidad entrega al grupo distintas habilidades, conocimientos y perspectivas que pueden aumentar su productividad, puesto que la diversidad aumenta los recursos disponibles. Así mismo, esta postura teórica arguye que la diversidad favorece la innovación, resolución de problemas complejos y la toma de decisiones, en tanto se expresan las diferentes habilidades y conocimientos al interior del grupo (Knight et al., 1999). Bajo este marco, durante el desarrollo de un trabajo, cualquiera sea éste, el grupo debe recoger información e interpretarla para resolver conflictos y decidir. Este proceso, esencialmente cognitivo, es muy relevante cada vez que el grupo es altamente heterogéneo en su composición de capital humano.

Tal heterogeneidad y los “esquemas mentales” diversos que necesariamente aportan los miembros del grupo, eran vistos hace no tanto tiempo como un eventual riesgo, por la multiplicidad de interpretaciones que podían generarse frente a un fenómeno, causando incertidumbre y descoordinación. Incluso, se defendía plenamente la cohesión

a partir de “significados compartidos”. No obstante, afirma Sánchez Gardey (2011), un análisis acabado revela que, si bien asegura un mínimo de eficiencia, la igualdad de planteamientos “desaprovecha otros beneficios que pueden resultar mucho más interesantes”. Se ha demostrado que la diversidad de los miembros de un grupo de trabajo provoca mejoras sustantivas respecto a la eficacia en las decisiones (Cox, 1993); siendo además decisiones más veloces que en grupos homogéneos (Knight et al, 1999), aumentando la creatividad o novedad de las soluciones ofrecidas (Rosenzweig, 1998).

Teoría del Capital Social

Esta teoría tiene larga data en las Ciencias Sociales (Platteau, 1994; Woolcock, 1998), pero el sentido con el que se la utiliza aquí se remonta hacia mediados de la década de 1910. Lyda J. Hanifan (1916), señala que el capital social hace referencia a:

“aquellos componentes tangibles que cuentan muchísimo en las vidas cotidianas de la gente, específicamente: la buena voluntad, el compañerismo, la empatía y las relaciones sociales entre individuos y familias que conforman una unidad social... Si un individuo establece contacto con sus vecinos y éstos con otros vecinos, se producirá una acumulación de capital social que, posiblemente, satisfaga al instante sus necesidades sociales y entrañe, a la vez, un poder social suficiente como para generar una mejora sustantiva de las condiciones de vida de toda la comunidad”.

Esta idea de capital social desapareció por algunos años, siendo retomada en décadas posteriores por diversos autores (Seeley, Sim & Loosely, 1956; Homans, 1961; Loury, 1977; Coleman 1987, 1988 y 1990; Putnam 1993; 1995, entre otros). A partir de sus trabajos, los estudios relacionados con el capital social pueden situarse en las siguientes áreas: familia y comportamiento juvenil; escolarización y educación; vida comunitaria (virtual y cívica); trabajo y organizaciones; democracia y calidad de gobierno; acción colectiva; salud pública y medio ambiente; delincuencia y violencia; y desarrollo económico (Woolcock, 1998).

Cabe decir que mientras la teoría de los recursos cognitivos se focaliza principalmente en los recursos disponibles al interior del grupo, como las habilidades y el

conocimiento, la teoría del capital social pone el acento en la importancia de las conexiones externas con otros grupos. En ese sentido, Mayo (2002) sostiene que el capital social hace referencias a la calidad y cantidad de “contactos” que los miembros del grupo tienen con miembros de otros grupos. Así, se desprende que un grupo diverso será beneficioso, pues “tiene a su disposición una red externa mucho más amplia y variada. Esta red externa puede ser una fuente importante de información, recursos y oportunidades para impresionar a la dirección” (Mayo, 2002).

Según la autora, la teoría de los recursos cognitivos fue el punto de partida para más estudios relacionados con la diversidad que la del capital social; no obstante, la última ofrece planteamientos que facilitan la comprensión de los efectos de la diversidad, pues reconoce que los grupos están situados en un contexto demandante y no operan en el vacío social, por lo cual las actividades externas del grupo cobran importancia fundamental para comprender los efectos de la diversidad.

Collier (1998) identifica el capital social con los modos de interacción social que posibilitan la operación de ciertos mecanismos, como la confianza y las normas, productores de externalidades. Ostrom (2000), por su parte, complementa tal planteamiento, argumentando que el capital social está conformado por el conjunto compartido de conocimientos, normas, reglas y expectativas acerca de los patrones de interacción de los sujetos. Con el objeto de permitir una mayor comprensión del fenómeno, Stiglitz (2000) categoriza el concepto, identificando cuatro formas de capital social: el conocimiento implícito compartido por los individuos, el capital organizacional creado por los administradores de las organizaciones, el conjunto de redes sociales y la agregación de las reputaciones individuales.

Teoría o Paradigma de Similitud – Atracción

Según Pitts (2006), los estudios demuestran que en equipos diversos las tasas de rotación son más altas y, de acuerdo a su propia investigación, la diversidad etaria dificulta la integración. Tsui, Egan y O'Reilly, (1992), sostienen que trabajadores heterogéneos de una minoría, son más propensos al absentismo y a dejar sus trabajos. No obstante, Allmendinger y Hackman (1995), arguyen que la diversidad de género está

frecuentemente relacionada con la maximización de resultados organizacionales.

Una respuesta posible para explicar algunas de estas problemáticas emerge desde el paradigma “similitud- atracción” (Byrne 1971), que parte del supuesto que los sujetos prefieren las relaciones con otros sujetos similares a ellos. En esa línea, la similitud es garante de comunicación e integración social entre los miembros del grupo. Esto, pues por lo general, cuando los individuos se diferencian etaria, sexual y culturalmente, también lo hacen respecto a sus hábitos de trabajo y estilos de comunicación (Mayo, 2002), lo que puede eventualmente ser fuente de conflictos, tensión grupal y con esto, un aumento en la tasa de rotación.

Teoría de la Identidad Social

Por otra parte, aunque en sintonía con el paradigma recién expuesto, encontramos la teoría de la Identidad Social (Turner 1987; Akerlof & Kranton, 2000). Mientras el paradigma de similitud- atracción presenta una explicación más bien sociológica de los efectos que tiene la diversidad, la teoría de la Identidad Social pone su énfasis en los procesos psicosociales que le subyacen. El principal argumento de esta teoría dice que parte importante de la autoconcepción del sujeto proviene de su ser social, por lo cual, al referirse a sí mismo como latinoamericano, se identifica con los valores presentes en la cultura de América Latina.

Con respecto a lo anteriormente señalado, Tajfel (1982, 2010) argumenta que la distinción “in- group” y “out-group” producía un favoritismo hacia los miembros “in-group”, es decir, del propio grupo, mientras discriminaba a los miembros de otro grupo. En consideración de esto, y de la teoría de la identidad social, podría pensarse que la diversidad favorece la desconfianza al interior de los grupos y el resurgimiento de estereotipos, con lo que se fomenta la división y la competitividad en desmedro de la colaboración. El resultado puede ser la división del equipo de trabajo en subgrupos que terminan compitiendo en vez de colaborar.

Las teorías de atracción-similitud y de identidad social, sustentan las perspectivas negativas en la diversidad en los grupos de trabajo, presentándolos como importantes

desafíos que las organizaciones deben atender y superar, porque las personas prefieren la similitud en sus interacciones ya que le dan seguridad y confianza (Schneider 1987; Tsui, Egan y O'Reilly 1992). Ambas visiones sostienen que las personas se sienten cómodas en un grupo que perciben como similar a sí mismos. Una confianza más baja, aumenta el conflicto dentro de los grupos. En cambio, personas con similitud en los valores y de aspectos demográficos son propicias para entornos de trabajo más eficaces (Choi & Rainey 2010).

La atracción-similitud y la identidad social sostienen que las personas pueden clasificarse a sí mismos y a los demás en categorías sociales basadas en la pertenencia a grupos sociales diversos (Ashforth & Mael 2001; Tajfel y Turner 1985; Turner 1987). Personas en un grupo que comparten la misma identidad social distinguen a los miembros de sus propias redes sociales y no interactúan con otros grupos (Ely 2004, Kramer 1991) y tienden a ser menos productivas y menos colaborativas. Tales distinciones disminuyen la interacción dentro o entre grupos de diferentes redes sociales y categorías y conduce a la discriminación y la auto-segregación. En este sentido, algunas investigaciones encuentran que la diversidad está asociada con una menor integración social, mayor probabilidad de conflictos y menor cohesión en los grupos (Milliken y Martins 1996; Williams y O'Reilly 1998). Por lo tanto y de acuerdo a estas perspectivas, la diversidad en las organizaciones es probable que disminuya la efectividad organizativa.

Teoría de diferenciación óptima (ODT), de M. Brewer (1991).

La teoría ODT busca lograr un equilibrio entre la necesidad de encontrar similitudes con otros, mientras se mantiene una identidad única (M. Brewer, 1991). Para satisfacer una necesidad básica de pertenencia, los individuos buscan la inclusión en un grupo donde se los acepte y se los haga sentir seguros y compensarán con automotivación y rendimientos. La necesidad que los empleados sienten de pertenecer a un grupo, y al mismo tiempo mantener su propia identidad, se ha argumentado como base de la literatura de inclusión (Shore et al., 2011).

Pese a lo defendido desde estas últimas perspectivas, la participación de personas de diferentes culturas es una realidad en todas las organizaciones el día de hoy. La

globalización y el incremento en las migraciones, suscita una gran variedad de alternativas organizacionales, dando pie a organizaciones transnacionales que operan o producen en regiones distintas de su origen, intentando la integración de su cultura con las costumbres locales, o a organizaciones que mezclan entre su personal a individuos con diferentes nacionalidades. Todo esto, necesariamente cambia la forma en que los individuos y las organizaciones otorgan sentido y significado a sus prácticas (Dubrin, 2003).

Según Dubrin (2003), si los individuos que coexisten y conviven al interior de una organización poseen patrones culturales diversos, y hasta cierto punto incompatibles con la Cultura que predomina, la cultura individual se puede convertir en un elemento dañino para la integración, contexto en el cual la gestión de la diversidad se transforma en herramienta vital para convertir la adversidad en ventaja competitiva.

Cuando se trabajan los efectos que la tiene diversidad en los grupos de trabajo, se puede afirmar que la diversidad en sí misma no es garante de mejores resultados. De la misma manera, la diversidad por sí sola no necesariamente fomenta el compromiso de los individuos con las organizaciones, ni mejora el nivel de satisfacción de los mismos (Jackson y Schuler, 1995; Milliken y Martins, 1996; Williams y O'Reilly, 1998). Los resultados de algunos estudios son variados; mientras algunos muestran que la diversidad trae consigo mayor innovación (Bantel y Jackson, 1989), hay otros que dan cuenta de que la diversidad está correlacionada con altas tasa de rotación entre los integrantes de la alta dirección de una organización (Jackson et al., 2003).

Más recientemente, Nishii, L, H (2013), en un estudio demuestra que algunos factores de la diversidad pueden tener efectos positivos al interior de los grupos de trabajo, específicamente en la interacción y rendimientos. En ese sentido, y a modo de ilustración, la diversidad de género y etaria contribuyen al incremento de los procesos constructivos y de rendimientos en el funcionamiento de los equipos, mientras la diversidad en lo étnico tiende a inhibir estos procesos. Lauring & Klitmøller (2017), en esa línea señalan que el uso de un lenguaje inclusivo y multicultural mejoran significativamente la creatividad y los rendimientos en las organizaciones.

En relación a la toma de decisiones y resolución de conflictos, tanto Cox (1994)

como McLeod, et al. (1996) y Herdman & McMilland-Capehart, (2010), aseguran que las diferentes opiniones proporcionadas por los individuos culturalmente diversos mejoran la calidad de las decisiones, y que la visión de las minorías estimula la consideración de opciones no obvias en los equipos de trabajo, resultando muy útiles para la elaboración de juicios valiosos en situaciones nuevas. Así mismo, la heterogeneidad en la toma de decisiones y los estilos de resolución de conflicto suscitan mejores decisiones, a través de las operaciones desde numerosas perspectivas, proporcionando un análisis crítico.

La información de Ely (2004) y las teorías de toma de decisiones sugieren que la diversidad mejora los rendimientos, contribuyendo a decisiones de mayor calidad y aprovechando una gama más amplia de alternativas y nuevas ideas (Cox 1994; Foldy 2004; Ospina 2001; Richard 2000; Choi & Rainey, 2010). Algunos estudios midieron los niveles de diversidad de 67 agencias federales en EE.UU. y analizaron cómo la gestión de la diversidad afecta la relación entre los niveles de diversidad y percepciones de desempeño de la organización. Estos estudios han encontrado que los equipos de trabajo compuestos por grupos heterogéneos, tienden a compartir más información, lo que lleva a un mejor rendimiento en comparación a los equipos homogéneos y puede mejorar la resolución de problemas (Choi & Rainey 2010).

En resumen, podemos señalar que los principales beneficios de la gestión de la diversidad son:

- a) Expansión de los mercados, puesto que la cultura tiene efectos sobre el comportamiento del consumidor, vender bienes y servicios en un mercado cada vez más diverso debería verse facilitado por una mano de obra diversa. Es probable que las organizaciones se beneficien si reflejan la diversidad de sus clientes y proveedores, así como la de los consumidores en general (Ford, 1996).
- b) Creatividad e innovación, ya que los grupos heterogéneos otorgan soluciones más innovadoras y más variadas que los grupos con culturas homogéneas (Elsass y Graves, 1997); y evita la miopía en los equipos directivos, pues se reconoce que las habilidades multiculturales se están convirtiendo en una ventaja competitiva (Beeth, 1997).

- c) Proceso de toma de Decisiones más efectivas: opiniones distintas proporcionadas por los individuos culturalmente diversos mejoran la calidad de las decisiones, por la mayor gama de puntos de vistas, alternativas y nuevas ideas para discernir.
- d) Atracción del talento: las organizaciones que ganen reputación por su gestión de la diversidad tendrán ventajas en la competencia por el talento.
- e) Ventaja en marketing: las organizaciones multinacionales se benefician de incorporar diferentes sensibilidades en el desarrollo de sus estrategias de marketing.
- f) Flexibilidad del sistema: la diversidad contribuye a una mayor flexibilidad para adaptarse a los cambios del entorno.

Respecto a los desafíos, es posible identificar principalmente:

- a) Los juicios y valores personales:

“Etnocentrismo”. La mayoría de las culturas se consideran a sí mismas el centro del universo. Una consecuencia de esta actitud es que las personas pertenecientes a una determinada cultura prefieren relacionarse con personas de culturas similares a la suya. Es decir, el etnocentrismo es la percepción que poseen las personas de que su cultura es única y superior a las demás.

“Estereotipos”. Esta barrera se manifiesta en la creencia de las personas de que las diferencias son vistas como debilidades, lo que fomenta la idea de que la diversidad implica inferioridad.

- b) El choque cultural (Del Río y Marchant, 2008):

“Tensión”. Las personas que deben desenvolverse en un grupo heterogéneo sienten tensión, al tener que esforzarse más para hacerse entender, generando ambientes de ansiedad.

“Desorientación”. Las personas se sienten confundidas y desorientadas en grupos muy heterogéneos. Pueden producirse emociones negativas, al notar diferencias entre sus expectativas y lo que experimentan diariamente.

- c) Problemas de integración. Los grupos heterogéneos pueden experimentar problemas de integración, coordinación, motivación y de conflictos.

- d) Comunicación y Cooperación. La diversidad y las posibilidades de riesgos asociados, como carencia de comunicación efectiva y de cooperación probablemente aumenten aún más, dado los procesos económicos cada vez más globalizados y las altas tasas de migración internacional. Los empleados trabajan cada vez más interdependientemente de manera remota, con sus compañeros de trabajo localizados en diferentes partes del mundo, que pueden diferir en nacionalidad, idioma, cultura y religión y ello afectar las comunicaciones.
- e) Necesidad de gestionar efectivamente los cambios laborales, producto de procesos de globalización. Se requiere gestionar efectivamente la necesaria integración y la coordinación de personas diversas, asumiendo esta nueva realidad.
- f) Cumplimiento de los estándares legales para integrar minorías, reducir la discriminación y promover un clima de diversidad centrado en la equidad y colaboración (Gebert et al, 2017).

Foster Curtis & Drechslin (2008), Jackson & Joshi (2011) y Gebert, Buengeler et al (2017), entre otros, señalan que la diversidad es difícil de gestionar, que provoca conflictos y puede alterar las comunicaciones en las organizaciones. Los expertos se dividen entre aquellos que consideran la diversidad como una oportunidad y aquellos que perciben retos y problemas cuando se trata de trabajar con personas que son diferentes. Por su parte, las empresas están empeñadas en mejorar la gestión de la diversidad en gran medida impulsadas por la nueva realidad social y por la expansión y fortalecimiento de legislaciones sobre el tema.

McKay, Avery, y Morris, (2008) completan las ideas precedentes señalando que los grupos de trabajo diversos suelen necesitar más energía para realizar tareas que los grupos de trabajo homogéneos. La investigación ha indicado que las personas de diversos grupos pueden experimentar exclusión de las redes internas de información del grupo y de importantes procesos de toma de decisiones (Cox 1994).

Cabe hacer presente que, en este sentido, Thomas (1990) proponía unas líneas maestras para gestionar la diversidad que son: buscar la competitividad, no sólo el cumplimiento de la legislación y no pensar sólo en la diversidad de origen primario (edad, sexo, color, etc.), sino también en la fuentes secundarias y terciarias, según el modelo de

Carmichael & Rijamampianina. A partir de ahí, recomendaba proceder a otros cambios en la organización como procesos de promoción, de coaching y de formación de directivos en temas de diversidad, dada la importancia de un liderazgo efectivo orientado a la diversidad.

3.5. DIVERSIDAD Y DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL

Varios estudios han examinado el impacto de la diversidad y la gestión de la diversidad en el rendimiento organizacional (Adler & Gunderson, 2008; Aghazadeh, 2004; Pitts, 2005, 2009). Políticas como acuerdos de trabajo alternativo, tutorías, horario flexible y teletrabajo, actualmente sirven como la piedra angular de las iniciativas de gestión de la diversidad que se consideran importantes para mejorar el rendimiento organizacional (Choi y Rainey, 2010; Pitts, 2009; Meghna Sabharwal, 2014).

Estas políticas pueden tener un impacto adverso en la satisfacción y el rendimiento de los empleados cuando no se manejan de manera efectiva o con carencias de liderazgos comprometidos (Sabattini & Crosby, 2008; Tower & Alkadry, 2008). Sin embargo, contratar a una fuerza de trabajo diversa y gestionarla bajo ese paradigma, puede traducirse en una ventaja competitiva, que se manifiesta en mejores resultados y en un mayor rendimiento organizacional. En particular, Pitts (2009) encontró que la gestión de la diversidad tuvo un impacto positivo en el rendimiento de las minorías raciales en la fuerza de trabajo federal en EE. UU. Del mismo modo, los estudios informan que la diversidad tiene un impacto positivo en la productividad y compromiso de los empleados, así lo confirman los de Cox & Blake, 1991; Ely, 2004; Ely & Thomas, 2001; McLeod y Lobel, 1992; Richard, 2000; Nishii, 2013, entre otros; señalando además que rendimientos mejorados de grupos diversos, a menudo se atribuyen a las habilidades de resolución de problemas e inclusión de perspectivas distintas aportados por empleados heterogéneos.

Sin embargo, otra corriente de investigación indica que la diversidad reduce el rendimiento o no tiene una relación significativa (Chatman & Flynn, 2001; Foldy, 2004; Jackson & Joshi, 2011; Gebert et al, 2017). Por lo general, señalan que los grupos heterogéneos tardan más tiempo en reunirse y a menudo tienen ideas conflictivas. Por lo tanto, estos problemas resultan en un impacto adverso en rendimientos, y como tal, la

gestión de la diversidad se convierte en un desafío. La evidencia adicional sugiere que los empleados que pertenecen a grupos diversos sean probablemente excluidos de importantes redes y procesos de toma de decisiones (Choi y Rainey, 2010; Cox, 1994;). La falta de consenso sobre el impacto de la diversidad y la gestión de la diversidad en el rendimiento, es uno de los motivos por los que la inclusión tiene una gran promesa como área de estudio, como concepto y como vía a través de la cual las organizaciones pueden alentar la plena participación de personas distintas entre sí.

Destacados autores han declarado que el concepto de inclusión organizacional es la clave de los esfuerzos de diversidad actuales (Broadnax, 2010; Miller et al, 1998; Rangarajan & Black, 2007; Riccucci, 2002). Sin embargo, ninguno de ellos ha medido empíricamente comportamientos inclusivos organizacionales (OIB) y evaluado su impacto en los rendimientos. Por lo tanto, resulta pertinente hacerse algunas preguntas claves, como: (a) ¿la gestión de los esfuerzos de diversidad mejora el rendimiento organizacional? y (b) ¿qué comportamientos de gestión deberían exhibir las organizaciones para mejorar el desempeño? Si bien no hay una teoría unificada de inclusión y diversidad que explique el desempeño de la gestión de la diversidad, si existen teorías como la de identidad social (Tajfel, 1978, 2010) y la teoría de diferenciación óptima de Brewer (1991), que se ha utilizado para avanzar en el concepto de comportamientos inclusivos organizacionales (OIB), y su relación con los rendimientos organizacionales, en particular la teoría de la identidad social, que sugiere que los grupos a los que pertenecen los individuos son una fuente de autoestima y por ende con altos niveles de motivación y rendimiento.

3.6. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DIVERSIDAD Y SU RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL

En una adaptación al modelo de Susaeta y Navas (2005), el Cuadro 3.3 muestra la evolución de las posiciones de diferentes autores acerca de los efectos de la diversidad en el desempeño organizacional y las variables evaluables. En él se presenta, la disparidad de resultados emergentes de estudios acerca de la diversidad al interior de las organizaciones.

Cuadro 3.3. Evolución de las posiciones de los efectos de la diversidad en el Desempeño Organizacional y sus Variables.

| Autor(es) | Variable independiente | Variable dependiente | Resultados |
|-------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Cox y Blake, 1991 | Diversidad | Rotación, absentismo y satisfacción en el trabajo | La rotación y el absentismo en grupos de minorías son extraordinariamente altos y la satisfacción en el trabajo es menor respecto a los grupos mayoritarios que integran las plantillas de las empresas. |
| Cox, 1991 | Grupos diversos | Éxito empresarial, medido mediante resultados económicos | Los estudios no demostraron que los grupos de trabajo o la composición de una plantilla más diversa tuvieran relación con el éxito de la organización |
| Jackson, 1992 | Diversidad | Resultados empresariales | Estudian las consecuencias de las relaciones interpersonales en el proceso de decisión estratégica y no encuentran relación entre diversidad y resultados empresariales. |
| Jackson y Álvarez, 1992 | Diversidad empresas servicios en de | Éxito empresarial: Participación de mercados, ROI. | En una economía de servicios la comunicación efectiva e interacciones entre las personas que proporciona la diversidad son esenciales para el éxito de los negocios. |
| Nemeth, 1992 | Diversidad grupo de | Efectos en los procesos de grupo | La visión de las minorías estimula la consideración de alternativas no obvias en los grupos de trabajo y resultan muy útiles para hacer juicios valiosos en situaciones nuevas. |
| Mc Leod y Lobel, 1992 | Diversidad étnica | Efectos en pequeños grupos: Mejoras en solución de problemas, tasa de innovación. | La diversidad étnica fomenta la creatividad en pequeños grupos. |
| Watson, Kumar y | Diversidad de grupo | Calidad de las decisiones | Los grupos heterogéneos puntuaban más alto en dos |

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Michaelsen, 1993 | | | medidas de tareas (rango de perspectivas y alternativas generadas) |
| Cox, 1994 | Diversidad cultural | Calidad de las decisiones. | Los grupos culturalmente diversos hacen mejorar la calidad de las decisiones. |
| Triandis, Kurowski y Gelfand, 1994 | Diversidad | Buen funcionamiento de empresas de servicios. | En la producción de servicios se requiere empleados con habilidades interpersonales y la similitud cultural entre el que provee el servicio y el cliente puede mejorar la efectividad de la entrega del servicio y de la percepción de calidad del mismo |
| Jehn, 1995 | Diversidad de grupo | Efectos en los procesos de grupo | La diversidad en el grupo puede producir menor cohesión y falta de comunicación entre los miembros lo que puede conducir a conflictos |
| Carnevale y Stone, 1995 | Diversidad empresas servicios en de | Éxito empresarial. Posición de mercado, ROI | Una de las fuerzas económicas que es especialmente relevante para la gestión de la diversidad es la transformación de la economía manufacturera a una economía de servicios. |
| Jackson y Schuler, 1995 | Grupos o equipos diversos | Resultados. Compromiso con la organización y satisfacción | No se encuentra evidencia empírica en esta relación |
| Martins y Milliken, 1996 | Diversidad | Efectos en los grupos organizativos | La diversidad en la composición organizacional de los grupos afecta a resultados en la rotación y resultados a través de su impacto afectivo, cognitivo y de comunicación. |
| Pelled, 1996 | Diversidad demográfica | Conflictos y resultados de grupo | La diversidad demográfica es en ocasiones fuente de conflicto organizacional |
| McLeod et al., 1996 | Grupos étnicos diversos | Calidad de Ideas generadas | Las ideas producidas por los grupos étnicos diversos fueron consideradas como de una calidad superior que las ideas |

| | | | |
|-------------------------------|--|--|---|
| | | | producidas por los grupos homogéneos |
| Gómez Mejía y Palich, 1997 | Diversidad cultural | Resultados económicos | No encuentran relación entre estas variables en un estudio llevado a cabo para la empresa multinacional |
| Williams y O' Reilly, 1998 | Diversidad | Efectos en los procesos de grupo, capacidad de respuesta. | Si no se tienen en cuenta las cuestiones referentes a la diversidad esto producirá con efectos adversos en los procesos de grupo como temas de comunicación, conflicto y cohesión, capacidad de respuestas a clientes o usuarios. |
| Wentling y Palma Rivas, 1998 | Diversidad | Éxito en la empresa globalizada | Estas compañías necesitarán contar con empleados diversos, para relacionarse con clientes y proveedores en todo el mundo |
| Gasorek, 1998 | Diversidad | Resultados en el mercado global | La inclusión de la diversidad en los niveles bajos de la organización tiene efectos positivos en la atención de mercados globales |
| Juni, Brannon y Roth, 1998 | Diversidad | Buen funcionamiento de empresas de servicios. Productividad. | La raza y el género afecta a la interacción entre los empleados y los clientes en las empresas de servicios, incide en la productividad. |
| Palich y Gómez Mejía, 1999 | Diversidad cultural | Eficiencia De la empresa. Productividad. | No encuentran relación entre estas variables para empresas que siguen una estrategia global. |
| Wally y Becerra, 2000 | Diversidad en equipos de alta dirección | Cambio estratégico mediante diversificación internacional | Hay una relación positiva entre la diversidad del equipo directivo y resultados en empresas que adopten una estrategia de internacionalización |
| Carpenter y Fredrickson, 2001 | Diversidad demográfica en grupos de alta dirección de empresas | Desempeño, productividad y accesibilidad. | Está positivamente relacionada |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | internacionalizadas | | |
| Jackson et al., 2003 | Diversidad en grupos de alta dirección | Rotación | La diversidad está ligada a altos niveles de rotación entre los miembros de la alta dirección. |
| Kochan et al., 2003 | Diversidad | Resultados Económicos-Productividad. | La relación entre la diversidad y los resultados va a depender de factores organizativos en los que esta tiene lugar, de la cultura organizativa de la estrategia de negocio y de las políticas y prácticas de Recursos Humanos que la empresa desarrolle. |
| Kochan et al., 2003 | Diversidad de género y de raza | Procesos de grupo. Confianza, seguridad, empatía. | La diversidad de género incrementa procesos constructivos en el funcionamiento del grupo mientras que la diversidad de raza los inhibe. |
| Cox & Blake, 1991; Ely 2004, Ely & Thomas 2001 | Gestión de la Diversidad | Productividad y compromiso. Satisfacción en el trabajo. | D.M, tiene impacto positivo en la productividad y compromiso de los empleados y mayor satisfacción en el trabajo. |
| Richard, Barnett, Dwyer y Chadwick, 2004 | Raza y diversidad de género | Resultados económicos | La raza y la diversidad de género pueden ser más valiosas para las empresas que operan en mercados altamente dinámicos, que para empresas que actúan en mercados estables. |
| Chatman & Flynn 2001, Foldy 2004 | Diversidad | Conflictos | Dicen que la diversidad reduce el rendimiento o no tiene una relación significativa. Los grupos heterogéneos tardan más tiempo en reunirse y a menudo se presentan conflictos. Por lo tanto, tienen impacto adverso en el rendimiento. |
| Pitts 2006 | Gestión Diversidad de | Desempeño, productividad, tasas de innovación. | Políticas de trabajo alternativo, horarios flexibles y teletrabajo sirven de piedra angular de las iniciativas de la gestión de la diversidad que se |

| | | | |
|--|-----------------------------|--|--|
| | | | consideran importantes para mejorar el rendimiento y la innovación organizacional. |
| Sánchez- Apellániz & Román, 2008. | Diversidad | valorar la diversidad ayuda a motivar a los empleados a incrementar la productividad empresarial | El término diversidad incorpora un amplio espectro de diferencias individuales y de grupo. Desde el punto de vista individual, cada persona es diversa cuando se compara con otras. En ese sentido, las personas son combinaciones de rasgos; un individuo puede ser agresivo o pasivo, extrovertido o introvertido, flexible o rígido |
| Del Río y Marchant 2008 | Gestión de la Diversidad | Desempeño | La dirección de la diversidad proviene principalmente de dos fuentes: (a) desde el compromiso moral que supone ofrecer a los empleados sin importar su origen, igualdad de oportunidades y no discriminación en su puesto de trabajo y, (b) de la incidencia que tal diversidad pueda tener en la actividad empresarial. |
| Pitts, 2009 | Diversidad | Desempeño, productividad, menor rotación y ausentismos. | La fuerza de trabajo diverso es una ventaja competitiva para las organizaciones y contribuyen a generar rendimientos organizacionales mayores. |
| Choi & Rainey 2010 | Diversidad | Redes Proceso de Decisiones. | Los empleados que pertenecen a grupos diversos son excluidos de las redes y del proceso de toma de decisiones. |
| Broadnax 2010 | Diversidad | Inclusión | El concepto de inclusión organizacional es la clave de los esfuerzos de diversidad actuales. También lo señala Rangarajan & Black (2007). Sin embargo, ninguno de los estudios ha medido empíricamente |

| | | | |
|------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---|
| | | | comportamientos inclusivos organizacionales (OIB) |
| Chinchilla & Cruz 2011 | Gestión de la Diversidad | Motivación, Desempeño | <p>La D.M (gestión de la diversidad) como estrategia, debe buscar la unidad organizacional. Si el objetivo es sólo fomentar la diversidad del empleado con diferentes perfiles provoca variedad e incluso separación, pero no será una ventaja competitiva organizacional.</p> <p>La unidad como objetivo de la DM, debe ser un enfoque de integración y aprendizaje. En este sentido los aspectos de las Personas que se pueden gestionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sus motivaciones - Competencias profesionales y competencias de liderazgo. |
| Mor Barak 2011 | Diversidad | Participación y Toma de Decisiones. | <p>La pertenencia de un individuo a un grupo proporciona identidad social y un sentido de adaptación. Esta teoría postula además que normalmente dividimos el mundo entre "ellos" y "nosotros" en un esfuerzo por crear grupos separados. El grupo originario discrimina contra el grupo nuevo y que considera externo. La percepción del empleado "diverso" es, pues, en un continuo de inclusión-exclusión en el que son parte de una organización, en el que pueden participar tanto en la toma de decisiones formales como informales.</p> |
| Nishii, L, H 2013. | Diversidad | Interacción en los grupos de trabajo. | Demuestra que la diversidad puede tener efectos |

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| | | Empatía, | significativos al interior de los grupos de trabajo, específicamente en la interacción y empatía. Disminuye la rotación y se incrementan los rendimientos. |
| Mc Kinsey 2018 | Diversidad | Participación de mercado, | La diversidad como diferenciador competitivo. (Ventaja competitiva) aumenta la participación de mercado. Surge la necesidad de crear políticas y prácticas que apoyen la diversidad. Situaciones win-win para crear un sistema inclusivo de cultura y de maximización de beneficios. |
| Simon Calmar Andersen & Donald P. Moynihan (2016) | Gestión de la Diversidad | Desempeño, productividad, responsabilidad. | Los desafíos centrales de D.M dirigen la atención del liderazgo hacia el desempeño organizacional. La diversidad en algunas organizaciones se presenta como un arma de doble filo, generando mayor innovación, creatividad, responsabilidad y rendimiento, pero también conflicto. |
| Jackson & Joshi 2011. Dieter Gebert, Claudia Buengeler, Kathrin Heinitz 2017. | Diversidad Gestión de la Diversidad | Comunicaciones Cooperación Conflictos | La Diversidad y los impactos negativos asociados con este fenómeno, es probable que aumenten, dado los procesos económicos cada vez más globalizados y la migración internacional. La diversidad y la DM, tienen impacto negativo en las organizaciones, disminuyendo la comunicación y cooperación y aumentan los conflictos. |

FUENTE: Elaboración propia adaptado del modelo de Susaeta y Navas (2005).

A continuación, en el Cuadro 3.4, se presenta una relación y se describen las dimensiones de rendimiento organizacional aplicable en el ámbito sanitario, y que sirven de base para describir la relación entre la diversidad, la gestión de la diversidad y estas dimensiones.

Cuadro 3.4. Definición conceptual de dimensiones de Desempeño o rendimiento organizacional en Hospitales.

| Nombre de la Dimensión | Descripción | Fuente |
|-------------------------|---|--|
| - Productividad | Evalúa en rendimiento del trabajador en su puesto de trabajo. Se expresa en número de atenciones o procedimientos, exámenes u otra expresión de rendimiento por jornada laboral. | Pitts, (2009). Andersen, S. & Moynihan, D. (2016). Torres y Lastra (2008). |
| - Ausentismo | Evalúa número de días que un trabajador se ausenta de su posición laboral, debido a causas diversas, como pueden ser los permisos con o sin goce de remuneraciones, licencias por enfermedad común, feriados etc. | Bohlander, (2009). Cox y Blake, (1991) Chiavenato, (2007). |
| - Rotación | Evalúa el movimiento interno o externo de trabajadores en una organización, referido a entradas y salidas a una posición laboral. | Bohlander, (2009); Jackson et al., (2003); Cox y Blake, (1991). |
| - Egresos Hospitalarios | Evalúa la cantidad de pacientes atendidos en los diferentes servicios y procedimientos en un período de tiempo. | Cuenta Pública Hospital del Salvador |

| | | |
|---|--|--|
| | | 2018. |
| - Días de estada | Evalúa la permanencia de un paciente hospitalizado. | Minsal/2017. Dept. de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. |
| - Satisfacción en el trabajo | Evalúa el nivel de agrado experimentado por un trabajador en su posición laboral. | Cox & Blake, 1991; Ely 2004, Ely & Thomas 2001 |
| - Accesibilidad | Evalúa las posibilidades de acceso que los usuarios tienen sobre los servicios médicos en general. | Torres y Lastra (2008) |
| - Capacidad de respuesta (Lista de esperas en hospitales) | Evalúa si la cantidad de empleados es suficiente para la atención, así como los tiempos de espera para poder recibir el servicio médico solicitado. | Torres y Lastra 2008); Regaira et al, (2010); Casalino, (2008). |
| - Confiabilidad-Seguridad. | Refiere a la competencia del personal, la confianza en las revisiones y diagnósticos médicos realizados, así como en los resultados de exámenes que se brinda a los pacientes. Seguridad que el paciente tiene de recibir el servicio que le fue prometido. Es decir, prestar el servicio en el momento preciso, cuando es requerido y de manera correcta. | Torres y Lastra (2008); Casalino (2008); Regaira et al. (2010); Jélvez et al. (2010); Castellano y González, 2010. |
| - Empatía | Medición del trato, atención e interés que el | Torres y |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| | personal de la institución hospitalaria manifiesta hacia los usuarios de la misma y el cuidado que se da de manera individualizada. Para que se dé la empatía es necesaria una buena comunicación entre la organización y el usuario. | Lastra (2008); Casalino (2008); Regaira et al. (2010); Jélvez et al. (2010). |
| - Responsabilidad | Expresa la disposición que tiene el personal para ayudar a los pacientes. | Jélvez et al. (2010). |
| - Innovación | Evalúa la capacidad del personal de modificar las formas de hacer el trabajo con mayor eficacia, de tal manera que resulte de mejor calidad y atienda a la seguridad del paciente. | Simon Calmar Andersen & Donald P. Moynihan (2016) |
| - Calidad de decisiones. | Evalúa el grado de aciertos y efectividad de las decisiones que toma el personal directivo y de supervisión del hospital. | Simon Calmar Andersen & Donald P. Moynihan (2016) |
| - Inclusión | Evalúa la disposición de la organización de contratar personas con alguna discapacidad física o psicológica. Y es la clave de los esfuerzos de diversidad actuales. | Broadnax 2010 |

FUENTE: Elaboración propia, basada en literatura consultada.

Es importante destacar que mediante el estudio de caso que se desarrollará en el Capítulo 5, se pretende identificar las dimensiones de la diversidad, en base al modelo presentado en la Figura 3.2 de este capítulo y su relación con el desempeño organizacional.

3.7. POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS Y PERSPECTIVAS DE LA DIVERSIDAD AL INTERIOR DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO

Para atraer, desarrollar y mantener personas motivadas y con las habilidades necesarias el cumplimiento de los objetivos organizacionales es necesario diseñar y

aplicar políticas para la administración de los recursos humanos en las que se dirijan las funciones y se asegure que las personas se desempeñen en línea con los objetivos propuestos (Chiavenato, 2007). En ese sentido, las políticas son pautas para la toma de decisiones que dibujan el camino para las acciones a realizar, ayudando a la superación de los obstáculos que puedan presentarse.

En consideración de lo anterior, y siempre en el contexto de la diversidad cultural, Ely y Thomas (2001) sostienen que, en el diseño de políticas y prácticas de recursos humanos al interior de las organizaciones, hay tres perspectivas que deben ser consideradas (véase también Cuadro 3.5):

- i. **Discriminación y justicia.** Desde esta perspectiva, que tiene como supuesto la creencia en una mano de obra multicultural como un imperativo moral, la diversidad se presenta como un mecanismo orientado a la equidad en las oportunidades, estableciendo el tratamiento justo a todas las personas, bajo la máxima de la supresión de los prejuicios y la no discriminación, pero que no se articula como una forma de ligar la diversidad cultural con el trabajo del equipo. En esa línea, desde esta perspectiva se complica el aporte de experiencias y habilidades por parte de los individuos.
- ii. **Acceso y legitimidad.** Bajo esta perspectiva, asociada a prácticas de reclutamiento y selección de personal, la diversidad cultural emerge como un recurso valioso, aunque marginalmente, pues está orientado fundamentalmente a la consecución de acceso y legitimación organizacional en un mercado culturalmente diverso. Para esto, se busca la coincidencia cultural entre algunas partes de la fuerza de trabajo y el mercado. Es relevante tener en cuenta que, como resultado de esta perspectiva en tanto práctica, pueden surgir conflictos y tensiones tanto a nivel interracial como interfuncional, capaces de inhibir los aprendizajes y las habilidades necesarias para la eficacia de las personas.
- iii. **Integración y aprendizaje.** A partir de esta perspectiva, la diversidad cultural es un recurso potencialmente valioso que puede permitir a las organizaciones la

reconfiguración de sus tareas primarias y la redefinición de sus mercados, productos, prácticas y estrategias. En esta línea, la diversidad no sólo le permitirá a la organización acceder a mercados antes inaccesibles. La Integración y aprendizaje, descrita por Ely y Thomas (2001), supone que los conflictos y diferencias culturales dan pie a diferentes experiencias, conocimientos y habilidades, que pueden levantar información acerca de nuevas alternativas para una mejor realización del trabajo. Aquí se favorece la discusión abierta de los diversos puntos de vista, pues las diferencias son valoradas como oportunidades para el aprendizaje organizacional y la adaptabilidad.

Cuadro 3.5. Resumen de las perspectivas de la diversidad en el grupo de trabajo

| Caracterización de la perspectiva | Integración y aprendizaje | Acceso y legitimidad | Discriminación y equidad |
|--|---|--|---|
| Justificación de la diversidad | Para informar y mejorar el núcleo del trabajo, a su vez el proceso de trabajo. | Para ganar acceso y legitimidad en diversos mercados y clientes. | Para asegurar justicia e igualdad y eliminar la discriminación. |
| Valor de la identidad cultural | Alto; un recurso para el aprendizaje, cambio e igualdad; debería integrar diferencias culturales en el corazón del trabajo de manera apropiada. | Moderado; un recurso solo en la interfaz entre organización y negocios/clientes; debe diferenciar para ganar acceso y legitimidad; de otra manera asimilar para dominar la cultura “blanca”. | Bajo; es lo básico para la discriminación injusta; deben asimilar para dominar la cultura “blanca”. |
| Conexión entre diversidad cultural y trabajo | Directo; incorporado a través del trabajo. | Indirecto; basado en la raza, división del trabajo para mejorar la legitimidad. | Limitado; normas contra la conexión. |
| Indicadores de progreso | Aumenta la representación de grupos tradicionalmente | Aumenta la representación de grupos tradicionalmente no | Aumenta la representación de grupos tradicionalmente |

| | | | |
|--|--|---|-------------------|
| | no representados, que tienen el poder de cambiar las organizaciones, procesos y productos de innovación, sentido compartido, donde la diversidad es aprendizaje. | representados, en la frontera de sus posiciones visibles. | no representados. |
|--|--|---|-------------------|

FUENTE: Ely y Thomas (2001).

Ya descritas las perspectivas, cabe señalar que todas han sido exitosas en cuanto a la motivación para el aumento de la diversidad al interior de los grupos de trabajo; sin embargo, solamente la integración y el aprendizaje proveerán lo necesario para lograr beneficios organizacionales de la diversidad (Ely y Thomas, 2001).

Y es que, en tanto al interior de los equipos de trabajo las diferencias culturales de los miembros son vistas como recursos valiosos para el aprendizaje, es posible que los miembros negocien normas y expectativas acerca de la realización del trabajo y de los conflictos y dificultades emergentes en su ejecución. Ely y Thomas (2001), tomándose de Tyler y Lind (1992), señalan que cuando es legítimo que una persona entregue todo su conocimiento y experiencia para realizar una tarea, incluyendo por cierto aquel conocimiento y experiencia que se encuentra profundamente vinculado a su identidad cultural, las probabilidades de que la persona se sienta y sea respetada y valorada por el grupo aumentan, percibiendo además el respeto y valoración de su propia identidad cultural. Esto, ciertamente, tiene impacto en el sentimiento de eficacia de los miembros del equipo de trabajo y en la motivación para la realización del mismo.

Por el contrario, sostienen Ely y Thomas (2001), cuando al interior del grupo de trabajo las diferencias culturales se ven como recursos potenciales sólo marginalmente o directamente negativos, lo que se produce es que el grupo culturalmente dominante es el encargado de definir las normas y expectativas acerca del trabajo y las dificultades y conflictos emergentes, de no ser eliminados desde el poder. En tanto los miembros del grupo no estén autorizados para hacer uso de su experiencia cultural como recurso de

aprendizaje, éstos obtienen un mensaje equívoco y confuso en relación al nivel de valoración y respeto de las identidades culturales, lo que necesariamente conlleva, según los autores mencionados, a la competitividad y desconfianza al interior del grupo, produciendo innecesaria tensión, limitando el sentimiento de eficacia de los miembros e impidiendo el aprendizaje y la integración.

3.8. PRÁCTICAS DE GESTIÓN DE RR.HH. ORIENTADAS A LA INMIGRACIÓN COMO FACTOR DE DIVERSIDAD EN EL SECTOR SANITARIO

Para el año 2015, la ratio “población migrante ÷ población total” a nivel internacional ascendía a 3.34%, destacando los países de ingresos altos con un ratio de 13.6%³⁰. Dentro de la masa migratoria, un número importante son profesionales, de los cuales muchos están ligados con los sistemas de salud. Así, vale destacar a modo de ejemplo que en España, según la Organización Médica Colegial, OMC (2017), 15.000 médicos españoles han pedido irse a trabajar o formarse al extranjero en los últimos cinco años. Sin embargo, desde la Asociación de Médicos Especialistas Extracomunitarios (Asomex), calculan que actualmente hay entre 3.000 y 4.000 médicos extranjeros (no comunitarios) trabajando en España. Asomex calcula que la gran mayoría de médicos extracomunitarios en España proceden de Sudamérica, principalmente de Argentina, Cuba o Venezuela. Se trata de un flujo migratorio posible gracias a la globalización y a las normativas desarrolladas por los estados para facilitar el traslado de profesionales sanitarios entre países.

Al respecto, es importante mencionar que según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE], citados por la OMS (2014), los médicos formados en el exterior representan un porcentaje importante de la fuerza de trabajo total en gran parte de los países que son miembros de la organización, aunque especialmente en los de habla inglesa: Estados Unidos (27%), Nueva Zelanda (34%) y el Reino Unido (33%).

³⁰ Fuente: Página web del Banco Mundial.

A esto se suma el envejecimiento de la fuerza de trabajo de los sistemas de salud, pues en varios países es posible encontrar una tendencia a la jubilación anticipada y al aumento de la edad promedio de los trabajadores de la salud. Según la OMS (2014), Estados Unidos es claro ejemplo de esta realidad y del envejecimiento progresivo del personal sanitario y en un contexto de demanda creciente.

A modo de ilustración, la OMS (2014) presenta la dispar realidad etaria de los médicos de Suiza y Lesotho. Mientras en el primero de estos países cerca del 30% tiene menos de 40 años, en el segundo poco más del 20% tiene más de 45 años.

Esta realidad complejiza fuertemente los mecanismos de coordinación internos de las organizaciones sanitarias y la administración de sus Recursos Humanos, pues la migración de personal desde otras naciones y la diversidad etaria de la población, implican necesariamente un quiebre con la cultura relativamente homogénea existente antes de estos procesos y, con esto, un cambio en los valores, costumbres y prácticas de los recursos humanos al interior de los sistemas de salud, todo lo cual debe ser estratégicamente gestionado con orientación a la diversidad.

Algunas de las políticas promovidas por la OMS (2014), relacionadas con la transformación demográfica de los profesionales de la salud y los procesos de disminución de la disponibilidad de éstos, son:

- 1. Asegurar que los trabajadores migrantes reciban un trato justo:** es vital que los trabajadores de la salud inmigrantes sean contratados en las mismas condiciones que el personal local, pudiendo acceder a oportunidades de orientación cultural. También se hace evidente la necesidad de contar con políticas que detecten y combatan el racismo entre el personal y los usuarios.
- 2. Adoptar políticas de contratación responsable:** de acuerdo a la OMS (2014), los países receptores tienen la responsabilidad de asegurar que, durante la contratación de trabajadores procedentes de países con notorias carencias de oportunidades laborales, se tengan presentes las posibles consecuencias negativas conexas, relacionadas principalmente con sentimientos de pertenencia y no integración de quienes optan por migrar.

- 3. Atender las necesidades y expectativas de los trabajadores:** atendida la diversidad como un aspecto que no se limita a lo sociocultural, ofrecer empleos part-time y facilitar la reincorporación de las trabajadoras tras el pre y post-natales, contribuirá a evitar la deserción de la fuerza laboral, fomentando el regreso de profesionales que la han abandonado.
- 4. Gestión de las admisiones para aumentar la diversidad:** es clave combatir las elevadas tasas de abandono y bajas tasas de matriculación en la enseñanza secundaria, entre los grupos de población más pobres, hecho que en conjunción con la no disposición de recursos, limita muy marcadamente la cantidad de personas de estos sectores que pueden acceder a programas educativos para seguir carreras de salud.
- 5. Políticas de admisión que reflejen la diversidad:** junto con fijar ciertas cuotas de admisión, es deseable la diversidad de los profesionales de la salud informando a quienes quizás no han considerado aún la posibilidad de estudiar carreras relacionadas con la salud, estableciendo planes y programas especializados para estudiantes que sean minorías, ampliando los criterios de selección con el objeto de permitir el acceso de estudiantes que posean cualidades personales para la prestación de servicios sanitarios.

Ante los desafíos que conlleva la diversidad al interior de las organizaciones y conscientes de los beneficios y externalidades positivas posibles a partir de su gestión, algunas ciudades y centros sanitarios han desarrollado ejemplos de buenas prácticas de gestión de la diversidad, en su adaptación a las demandas del entorno y a las características particulares del universo de personas que los constituyen organizacionalmente.

Londres, como una ciudad que ha aumentado significativamente el número de profesionales de la salud con formación en otros países, ha abordado la problemática de la diversidad de manera efectiva, desarrollando investigaciones ligadas con esta temática para fomentar el liderazgo de su gestión al interior de los establecimientos sanitarios y

dando soporte a las relaciones que se establecen en ellos (Hunt, 2007).

El año 2002 la Corporación de Hospitales de Copenhague, desarrolló el plan “Igualdad étnica para pacientes y el equipo”, orientado a aumentar el número de empleados con una cultura diferente y el trato que tienen los pacientes inmigrantes (Brorholt, 2004). Bajo el supuesto de que es el hospital el que debe adaptarse, y no al revés, el plan incluyó cursos de lenguaje danés, entrenamiento por competencias, entrenamiento cultural, procesos de trabajo, *mentoring*, práctica y supervisión. Junto a esto, se generaron procesos que mejoraron el tratamiento a los pacientes, entre los que se contó con comidas ajustadas a los pacientes, servicios espirituales y traducción de los procedimientos para pacientes no daneses.

Otros hospitales de diversos países europeos han hecho algo similar, en los cuales no sólo se han desarrollado empoderamientos de gestión de la diversidad, dando lugar a prácticas y políticas como promover que el personal hable lenguas de los inmigrantes y se capacite en cuestiones transculturales, sino que se han hecho alianzas estratégicas con asociaciones comunitarias locales de inmigrantes para prestar el servicio más adecuado a sus necesidades y perspectivas culturales, en el marco del proyecto *Migrant-Friendly Hospitals* [MFH], iniciativa europea en principio para promover la salud de los inmigrantes y las minorías étnico-raciales del viejo continente.

CONCLUSIONES

Como se ha expuesto en el desarrollo del presente capítulo, el concepto de diversidad ha sido discutido ampliamente en la literatura especializada, no existiendo claro consenso acerca de su definición. Está constituido por variadas dimensiones y variables, como se expone detalladamente en el Cuadro 3.3 y su gestión estratégica puede proporcionar una clara ventaja competitiva para las organizaciones que se comprometen con su gestión.

En organizaciones de diferentes sectores se aprecia que los equipos de trabajo son cada vez más diversos en cuanto a edad, género, etnia, nacionalidad, formación, valores y motivaciones, se une a ello la creciente incorporación de la mujer al trabajo, el envejecimiento de la población y los movimientos migratorios, que se observa en los países latinoamericanos entre otros. El reconocimiento de estos fenómenos ha provenido primariamente de parte de los estados, que han legislado para evitar discriminaciones e inequidades y luego organizaciones y empresas las acogen como un fenómeno propio en un mundo global, y en constante cambio en los aspectos sociodemográficos y tecnológicos, valorando a la diversidad en sus diferentes dimensiones como una fuente de ventaja competitiva implementando iniciativas para gestionarla efectivamente.

En el desarrollo de este capítulo, se exponen variadas visiones en cuanto a perspectivas y modelos del concepto de diversidad, como son los trabajos desarrollados durante los 90 por Thomas, R. (1996); Cox y Blake (1991) y más recientemente por Nishii (2013), Lauring & Klitmoller (2017). Sánchez Gardey (s.f.), la define como una propiedad de los grupos de trabajo que mide la heterogeneidad de sus componentes en relación con una serie de características personales. Desde este punto de vista, a este concepto deberán agregársele los atributos que se valoran y las posibles relaciones que pueden darse entre los diferentes tipos de diversidad. Varios de los autores señalados en el desarrollo de este capítulo, señalan que los grupos de trabajo pueden presentar diversos tipos de heterogeneidad. Por un lado, demográfica, constituida por atributos primarios, directamente observables, como edad o género. Por otro, la diversidad

funcional de capital humano, conformado por atributos no tan evidentes como son los conocimientos, habilidades, destrezas y, los aspectos socioculturales como son los valores de los miembros de un equipo de trabajo, sus creencias y sus motivaciones y que por tanto, al gestionar la diversidad, lo que se gestiona es la heterogeneidad de las personas que se desempeñan en una organización. Considerando el modelo presentado en la Figura 3.2, “Fuentes de la Diversidad”, son particularmente estas dimensiones las fuentes principales de desarrollo de la Gestión de la Diversidad, siendo un factor fundamental en la consecución de rendimientos y desempeño organizacional, a la vez que potencian la capacidad organizativa para lograr una adaptación efectiva a entornos cambiantes y poder resolver problemáticas y conflictos; constituyéndose ello, en una fuente de ventaja competitiva. Esto es clave cuando se considera que hoy las organizaciones se enfrentan a entornos complejos y altamente cambiantes y dinámicos, que demandan soluciones más creativas e innovadoras a sus problemas y requerimientos de sus diferentes audiencias.

En definitiva, gestionar estratégicamente la diversidad al interior de las organizaciones permitirá a éstas, reclutar talentos diversos y beneficiarse de su desarrollo, y si las organizaciones adquieren la perspectiva adecuada al momento de diseñar y establecer políticas y prácticas de recursos humanos con orientación a la diversidad, podrán potenciar además el aprendizaje organizacional y la integración de las experiencias y habilidades de sus empleados, ampliando así sus posibilidades de desarrollo y las de los equipos, los cuales se verán beneficiosamente nutridos con el proceso.

Sin embargo, como hemos visto a lo largo de este trabajo, gestionar estratégicamente la diversidad no es tarea fácil. Incluso, pareciera que se le gestiona, pero a través de su negación. La cultura organizacional y la cultura de la sociedad en que la organización está inserta, suelen ser barreras muy altas; y el etnocentrismo, los sesgos, los prejuicios y los estereotipos dificultan la incorporación de prácticas que permitan aprovechar al máximo los beneficios que puede traer la heterogeneidad de los recursos humanos.

Y, por último, entre los beneficios de gestionar la diversidad en los equipos de

trabajo, la literatura destaca, que los grupos diversos suelen tomar decisiones más efectivas y eficientes, a la vez pueden llegar a diversos mercados con productos y servicios que atienden a las particularidades de cada demandante y presentar soluciones más creativas e innovadoras a los problemas que se vayan presentando.

REFERENCIAS

- Adler, N. J, & Gunderson, A. (2008).** “*International dimensions of organizational behavior*”. Mason, OH: South-Western Publisher.
- Aghazadeh, S. (2004).** “*Managing workforce Diversity as an Essentials resource for improving organizational performance*”. International Journal of productivity and Performance Management. 53, 5,6, pp 521-531.
- Akerlof, G; Kranton, R. (2000).** “*Identity Economics, How our identities shape our work, wages and well-Being.*”
- Allmendinger, J. & Hackman, J. (1995).** “*Cuanto más mejor? Un estudio de las cuatro acciones de la inclusión de las mujeres en las orquestas sinfónicas*”. Fuerzas Sociales, 74, pp. 423 -460.
- Alvarez, E. & Jackson, S. (1992).** “*Working through diversity as a strategic imperative. In S.E Jackson y asociados, Diversity in the workplace*”. New York: Guilford Press.
- Amit, R. & Shoemaker. (1993).** “*Strategic and organizational rent*”. Strategic management journal, 14 (1).
- Andersen, S. & Moynihan, D. (2016).** “*How Leaders Respond to Diversity: The Moderating Role of Organizational Culture on Performance Information Use*”. Journal of Public Administration Research And Theory, 26, 448–460.
- Bantel, k. y Jackson, S. (1989):** “*Top Management and Innovations in Banking: Does the composition of de top team make a difference*”. *Strategic Management Journal, Summer Special Issue vol. 10* pp. 107-124.
- Barney, Jb. (1991).** “*Firm resource and sustained competitive advantage*”. *Journal of management, 17*, 99-120.
- Barney, Jb. (1997).** “*Firm Resources and Sustained Competitive Advantage*” *Journal of management 23*.
- Barney, Jb., Wright, M., & Ketchen, D. (2001).** “*The Resource- Based View of Firm:*

Ten Years After, 1991. Journal of management, 27, 625-641.

Bassett-Jones, Nigel. (2005). “*The Paradox of Diversity Management, Creativity and Innovation*”. *Creativity and Innovation Management*, vol. 14, nº 2, pp. 169-175.

Beeth, G. (1997): “*Multicultural managers wanted*”, *Management Review, May*, pp. 17-21.

Bohlander, G; Snell,S (2009): “ *Administración de Recursos Humanos*”, México: *Cengage Learning. 14º edición, México.*

Bozeman, B. & Feeney, M. K. (2009). “*Public management mentoring a three-tier model*”. *Review of Public Personnel Administration*, 29, 134-157.

Brewer, M. B. (1991). “*The social self: On being the same and different at the same time.*” *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17: 475–482.

Broadnax, W. D. (2010). “*Diversity in public organizations: A work in progress*”. *Public Administration Review*, 70(Suppl. 1), s177-s179.

Brorhold, G. (2004). “*Diversity Management v/s Managing Diversity. Hospitals in a culturally diverse Europe*”. Amsterdam.

Byrne, D. (1971). “*The attraction paradigm*”. New York: Academic Press.

Carmichael, T. & Rijamampianina, R. (2005). “*General issues in management: A Pragmatic and Holistic Approach to Managing Diversity*”. Chapter 3, *Problems and Perspectives in Management*, 1, pp 109 – 117.

Carnevale, A. P & Stone, S. C. (1995). “*The american mosaic an in-depth report on the future of diversity at work*”. New York, Mc Graw Hill.

Carpenter, M. A. & Fredrickson, J. W. (2001). “*Top Management Teams, Global Strategic Posture, and the Moderating Role of Uncertainty*”. *Academy of Management Journal*, vol. 44, no 3, pp. 533-546.

Carr, C. (1993). “*Diversity and performance: A shotgun marriage?*” Performance Improvement Quarterly, vol. 6, pp. 115-126.

Casanova, M. (2007). “*La gestión de la diversidad: Un gran reto del siglo XXI*”.

Casalino, G. (2008): “*Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima, mediante encuesta Servqual*”. En: *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*. Vol.21, N° 4 (2008); p. 143-152.

Castellano, S. y González, P. (2010): ”*Calidad de servicio en farmacias tradicionales y de autoservicio: Estudio de caso*”. En: *Revista Venezolana de Gerencia*. Vol.15, N° 52 (2010), p. 570- 590.

Cascio, Wayne F. (2006). “*Managing Human Resources*”. McGraw-Hill Irwin, Boston.

Chatman, J. & Flynn, J. (2001). “*The Influence of Demographic Composition on the Emergence and Consequences of Cooperative Norms in Groups*”. Academy of Management Journal 44(5): 956–74.

Chiavenato, I. (2007): “*Administración de Recursos Humanos*”. *El capital humano de las organizaciones. 8º edición, Mc Graw Hill. México D.F.*

Chinchilla, M. & Cruz, H. (2011). “*Diversidad y paradigmas de empresa: un nuevo enfoque*”. Revista empresa y humanismo, 14, 47-79. ISSN: 1139-7608.

Choi, S. & Rainey, H. (2010). “*Managing diversity in U.S. Federal Agencies: Effects of diversity and diversity management on employee perceptions of organizational performance*”. Public Administration Review 70:109–21.

Coleman, J. (1987). “*Norms as Social Capital*”. En Gerard Radnitzky y Peter Bernhold, eds. *Economic Imperialism: The economic method Applied outside the field of economics*. N.Y: Paragon House Publishers.

Coleman, J. (1988). “*Social Capital in the creation of human capital*”. American journal of sociology 94. (suplemento): S95 –S120.

Coleman, J. (1990). “*Foundation of Social Theory*”. Cambridge, Masachussets y Londres: The Belknap of Harvard University press.

Collier, P. (1998). “*Social Capital and Poverty*”. Social Capital Initiative Working Paper No.4. WorldBank, Social Development Family Environmentally and Socially Sustainable Development Network. Washington D.C.

Cox, T. & Blake S. (1991). “*Managing cultural diversity: implications for organizational competitiveness*”. Academy of management executive, 5(3): 45 -56.

Cox, T. H. (1991). “*The multicultural organization*”. Academy of management executive 5: 34 - 47.

Cox, T. H. (1993). “*Cultural diversity in organizations: Theory, research and practice*”. San Francisco: Berrett-Koehler.

Cox, T. H. (1994). “*Review of research on diversity and organizational performance*”. Cultural Diversity in organizations. Theory, research& practice”, Berrett-Koehler Publisher Inc.

Cuervo, A. (1993): “*El papel de la empresa en la competitividad*”. *Papeles de Economía Española*, 56, 363-378.

Del Río, A. & Marchant, L. (2008). “*Gestión estratégica de la diversidad cultural en las organizaciones*”. Ciencias Sociales Online, Marzo 2008, Vol. V, No. 1. Universidad de Viña del Mar – Chile.

Dessler, G. (2003). “*Administración de RR.HH., enfoque latinoamericano*”. Prentice Hall.

Dubrin, A. (2003). “*Administración, diversidad cultural, ética y responsabilidad social*”.

Ely, R. & Thomas, D. (2001). “*Cultural Diversity et Work: The effects of diversity perspectivas on work group processes and outcomes*”. Administrative Science Quarterly

– 2001 pp.229- 273.

Ely, R. J. (2004). “*A field study of group diversity, participation in diversity education programs, and performance*”. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 755–780.
DOI:10.1002/job.268.

Elsass, M. y Graves, M. (1997): “*Demographic Diversity in Decision-Making Groups: The Experiences of Women and People of Color*”. *Academy of Management*.

Encuesta CASEN (2017). Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile. Recuperado de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php

Fernández-Alles, M; Camelo-Ordaz, C. (2014). “*La gestión de los equipos de dirección de las joint ventures desde un enfoque de recursos humanos*”. *UNIVERSIA BUSINESS REVIEW* | PRIMER trimestre 2014 | ISSN: 1698-5117

Foldy, Erica Gabrielle. (2004). “*Learning from Diversity: A Theoretical Exploration*”. *Public Administration Review* 64(5): 529–38.

Ford, V. (1996): “*Partnership is the secret of progress*”. *People Management, February*, pp. 34-36

Foster Curtis, Ellen & Drechslin, Janice L. (2008). “*Integrative Literature Review: Diversity Management Interventions and Organizational Performance: A Synthesis of Current Literatures*”, *Human Resource Development Review*, vol. 7, nº 1, pp. 107-134.

Fox, R. & Norton, J. (1997). “*The change equation: Capitalizing on diversity for effective organization change*”. Washington, DC: American Psychological Association.

Gasorek, D. (1998). “*Inclusion opportunity: Levering diversity for bottom-line results in today's global Marketplace*”. *Business Credit*, vol. 100, no 6, pp. 70-71.

Gebert, D., Buengeler, C. & Heinitz, K. (2017). “*Tolerance: A Neglected Dimension in Diversity Training?*”. *Academy of Management Learning & Education*, 2017, Vol. 16, No. 3, 415–438.

Geddes, A. (2006). “*Migration and the study of polities*”. B, JP, I.R: Vol 8, pp. 611-620.

Gilbert, J. A. & Ivancevich, J. M. (2000). “*Valuing Diversity: A Tale of two Organizations*”. Academy of Management Executive, pp. 93-105.

Godfrey, P. C. & Hill, C. W. (1995). “*The problem of unobservable in strategic management research*”. Strategic Management Journal, 16.

Gomez Mejía, L. & Palich, L. (1997). “*Cultural Diversity and the Performance of Multinational Firms*”. Journal of International Business Studies, Vol 28, No. 2, pp. 309-335.

Gomez Mejía, L. & Palich, L. (1999). “*A Theory of Global Strategy and Firm efficiencies: Considering the effects of Cultural Diversity*”, Journal of Management, vol. 25, nº 4, pp. 587-607.

Gomez Mejía, L.; Balkin, D. & Cardy, R. (2007). “*Dirección de Recursos Humanos*”. Prentice Hall, 3era Edición.

Gornick, J. C., & Meyers, M. K. (2003). “*Families that work*”. New York, NY: Russell Sage Foundation.

Grant, R. (2005). “*Contemporary strategy analysis*”. 5^a edición. Blackwell Publishing.

Groeneveld, S. & Verbeek, S. (2012). “*Diversity policies in public and private sector organizations: An empirical comparison of incidence and effectiveness*”. Review of Public Personnel Administration, 32, 353-381.

Hanifan, L. (1916). “*The Rural School Community Center*.” Annals of the American Academy of Political and Social Science No.67, pp. 130–38.

Harrison, D. A. & Klein, K. J. (2007). “*What's the difference? Diversity constructs as separation, variety, or disparity in organizations*”. Academy of Management Review, 32, 1199–1228.

Herdman, A. O. & Mcmillan-Capehart, A. (2010). “*Establishing a diversity program is not enough: Exploring the determinants of diversity climate*”. Journal of Business and Psychology, 25: 39–53.

Homans, G. (1961). “*Social Behavior: Its Elementary forms*”. N.Y: Harcourt, Brace and World.

Hon, L. (2000). “*Diversity Issues and Public Relations: Diversity Issues in the Workforce*”. Journal of Public Relations Research, Vol. 12. No. , pp. 309.

Huggins, R. & Izushi, H. (2013). “*Knowledge-based Development in Leading Regions across the Globe: An Exploratory Analysis of the co-Evolution of Resources, Capabilities and Outputs*”. Urban Studies. 50(5):1030-1048; Sage Publications. Base de datos: JSTOR Journals.

Hunt, B (2007). “*Managing equality and cultural diversity in the health workforce*”. Journal of clinical Nursing.

Instituto Nacional De Estadística De Chile. (2002). “*Censo 2002*”. Disponible en: www.ine.cl.

Instituto Nacional De Estadística De Chile. (2018). “*Censo 2017*”. Disponible en: www.ine.cl.

Jackson, S. & Schuler, R. (1995). “*Understanding human resource management in the context of organizations and the environments*”. En J.T. Spence, J.M. Darley Y D.J. Foss (Eds) Annual review of psychology, California: Annual Reviews, 46, pp. 237-264.

Jackson, S. (1992). “*Consequences of Group composition for the interpersonal dynamics of strategic issue processing*”. En Shrivastava, A. HUFF y J. DUTTON (Eds). Advances in strategic Management, Greenwich. CT: Jai Press 8, pp. 345-382.

Jackson, S. E. & Joshi, A. (2011). “*Work team diversity*”. In Zedeck, S. (Ed.), APA handbook of industrial and organizational psychology: 651–686. Washington, DC: American Psychological Association.

Jackson, S.; Joshi, A. & Erhardt, N. (2003). “Recent Research on Team and Organizational Diversity: Swot Analysis and Implications”. Journal of Management, vol. 29 No. 6, pp. 801-830.

Jehn, K. (1995). “A multimethod examination of the benefits and detriments of infragroup conflict”. Administrative Science Quarterly, 40, pp. 256-282.

Jélvez, A.; Riquelme, Y. & Gómez, N. (2010). “Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile.” En: Horizontes empresariales. Vol. 9, No. 2; p. 51-72.

Johnson, N. & Richard O. (2001). “Understanding the Impact of Human Resource Diversity Practices on Firm Performance”. Journal of Managerial Issues, vol.13.

Juni, S., Brannon, R. & Roth, M. M. (1998). “Sexual and racial discrimination in service-seer- king interactions. A field study in fast food and commercial establishments”. Psychological Reports, vol. 63, no 1, 1998, pp. 71-76.

Knight, D., Pearce, C., Smith, K. & Olian, J. (1999). “Top Management Team Diversity .Group Process and Strategic Consensus”. Strategic Management Journal. Vol 20, No. 5.

Kochan, T., Bezrukova, K., Ely, R., Jackson, S & Joshi (2003). “The Effects of diversity on business performance: report of the diversity research network”. Human Resource Management. Vol. 42 No.1, pp 31.

Kossek, E. & Lobel, S. (1996). “Managing Diversity: Human Resource Strategies for Transforming the Workplace” Cambrige, M.A. Blackwell.

Kramer, R. (1991). “Intergroup Relations and Organization Dilemmas: The Role of Categorization Processes”. Research in Organizational Behavior 13: 191–228.

Lauring, J. & Klitmøller, A. (2017). “Inclusive Language Use in Multicultural Business Organizations: The Effect on Creativity and Performance”. International Journal of Business Communication, 54, 306–324.

Liff, S. & Wajcman, J. (1996). “Sameness and Difference”. Revisited: Which Way

Forward for Equal Opportunity Initiatives? Journal of Management Studies, 33 (1, pp.79 - 94.

Loden, M. & Rosener, J. B. (1991). “*Workforce America! Managing Employee Diversity as a Vital Resource*”. Illinois: Business One Irwin.

Lorbiecki, A. & Jack, G. (2000). “*Critical Turns in the evolution of diversity Management*” British journal of management, vol. 11.

Loury, G. (1977). “*A Dynamic Theory of racial income differences*”. En P. a Wallace y A. Le Mund, eds. Women, Minorities, and employment discrimination. Lexington, Mass: Lexington Book.

Mael, F. A., & Ashforth, B. E. (2001). “*Identification in work, war, sports, and religion: Contrasting the benefits and risks*”. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 31(2), 196-222.

Martiniello, M. (2003). “*The State, the Market and Cultural Diversity*”. Inmigrants and Minorities, vol 22 pp.127 -140.

Martins, L. & Milliken, F. (1996). “*Searching for Common Threads: Understanding the Multiple Effects of Diversity in Organizational Groups*”. Academy of Management Review.

Mayo, M. (2002). “*La gestión de la diversidad: Implicaciones para la dirección estratégica de los Recursos Humanos*”.

Mckay, P. F., Avery, D. R., & Morris, M. A. (2008). “*Mean racial-ethnic differences in employee sales performance: The moderating role of diversity climate*”. *Personnel Psychology*, 61, 349 374. doi:10.1111/j.1744-6570.2008.00116.x

McLeod, P. & Lobel, S. (1992). “*The Effects of ethnic diversity on idea generation in small groups*”. Paper presented in annual meeting of the Academy of Management, Las Vegas.

Mcleod, P., Lobel, S. & Cox, T. (1996). “*Ethnic diversity and creativity in small groups*”. Small Group Research . Vol 27,pp.246-264.

McKinsey and Company (2018): “Delivering through Diversity”, [en línea] Disponible en: <http://https://www.icare.cl/contenido-digital/diversidad-mejorar-rendimiento/>.

Miller, C. C., Burke, L. M., & Glick, W. H. (1998). “*Cognitive diversity among upper-echelon executives: Implications for strategic decision processes*”. Strategic Management Journal, 19, 39–59.

Mor Barak, M. E. (2011). “*Managing diversity: Toward a globally inclusive workplace*”. Thousand Oaks, CA: Sage. Mor-Barak, M. E., & Cherin, D. (1998). A tool to expand organizational understanding of workforce diversity. Administration in Social Work, 22, 47-64.

Naff, K. C., & Kellough, J. E. (2003). “*Ensuing employment equity: Are federal diversity programs making a difference?*” International Journal of Public Administration, 26: 1307–1336.

Nemeth, C. J. (1992). “*Minotity dissent as a stimulant to group performance*”. In S. WORCHEL, W. WOOD y J. A. SIMPSON (Eds.), *Group process and productivity*, Newburry Park, CA Sage, pp. 95-111

Ng, Eddy S. W. & Burke, Ronald J. (2005). “*Person-Organization fit and the War for Talent: does Diversity Management make a Difference?*”. International Journal of Human Resource Management, vol. 16, nº 7, pp. 1195- 1210.

Nishii, L. H. (2013). “*The benefits of climate for inclusion for gender-diverse groups*”. Academy of Management Journal, 56, 1754–1774.

Nishii, Lisa H. & Özbilgin, Mustafá F. (2007). “*Global Diversity Management: towards a Conceptual Framework*”. International Journal of Human Resource Management, vol. 18, nº 11, pp. 1883-1894.

Organización Mundial De La Salud. (2014). “*Estadísticas mundiales sobre el personal sanitario*”.

Ospina, S. (2001). “*Managing Diversity in the Civil Service: A Conceptual Framework for Public Organizations*”. In Managing Diversity in the Civil Service, 11–29. Amsterdam: IOS Press.

Ostrom, E. & Ahn, T. (2000). “*Una perspectiva del capital social desde las ciencias sociales: capital social y acción colectiva. Instituto de Investigaciones Sociales*”. Revista Mexicana de Sociología, año 65, núm. 1, enero-marzo, 2003, México, D. F.,pp. 155-233.

Pelled, L. (1996). “*Demographic diversity, conflict and work group outcomes: An intervening process theory*”. *Organization Science*, 7, 1996, pp. 615-631.

Pitts, D. (2005). “*Diversity, representation, and performance: Evidence about race and ethnicity in public organizations*”. *Journal of Public Administration Research and Theory* 15:615–31.

Pitts, D. (2006). “*Modeling the impact of diversity management*”. *Review of public Personnel Administration*.

Pitts, D. (2009). “*Diversity management, job satisfaction, and performance: Evidence from U.S. Federal Agencies*”. *Public Administration Review* 69:328–38.

Pitts, D., Hicklin, A., Hawes, D., & Melton, E. (2010). “*What drives the implementation of diversity management programs? Evidence from public organizations*”. *Journal of Public Administration Research and Theory* 20:867–86.

Putnam, R. (1993). “*Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*”. Princeton, N.J. Princeton University Press.

Putnam, R. (1995). “*Tuning In, Tuning out: The strange disappearance of social capital in America*”. PS: Political Science and Politics. (Diciembre): 664- 83.

Rangarajan, N., & Black, T. (2007). “*Exploring organizational barriers to diversity: A case study of the New York state education department*”. Review of Public Personnel Administration, 27, 249-263.

Rapoport, R., Bailyn, L., Fletcher, J., & Pruitt, B. (2002). “*Beyond work-family balance: Advancing gender equity and workplace performance*”. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Regaira, E, Sola, M, Goñi, R, Del Barrio, M, Margall, M. y Asiain, M. (2010). “*La calidad asistencial en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala Servqual*”. En: Enfermería intensiva. Vol. 21, No.1 (2010); p.3-10.

Riccucci, Norma M. (2002). “*Managing Diversity in Public Sector Workforces*”. Boulder, CO: Westview Press.

Richard, O. (2000). “*Racial diversity, business strategy, and firm performance: A resource-based view*”. Academy of Management Journal 43:164–77.

Richard, O. C., Barnett, T., Dwyer, S. & Chadwick, K., (2004). “*Cultural Diversity in Management, Firm Performance, and the Moderating Role of Entrepreneurial Orientation Dimensions*”. Academy of Management Journal, vol. 47, no 2, pp. 55-266.

Rosenzweig, P. (1998). “*Managing the New Global Workforce: Postering Diversity, Forging Consistency*”. European Management Journal, Vol 16, pp.644-652.

Sabattini, L. & Crosby, F. (2008). “*Overcoming resistance: Structures and attitudes*”. In K. M. Thomas (Ed.), Diversity resistance in organizations (pp. 273-301). New York, NY: Lawrence Erlbaum.

Sabharwal, M. (2014). “*Is Diversity Management Sufficient? Organizational Inclusion to Further Performance*”. Public Personnel Management, 43, 2, 197–217.

Sánchez Gardey, G. (2011). “*La diversidad en los grupos de trabajo: efectos potenciales y posibilidades de gestión*”. Documento pendiente de publicación por la Universidad de Cádiz, disponible en:

<http://www.iegd.org/spanish800/adjuntos/gestiondiversidadunivcadiz.pdf>

Sanchez, S., Herrera, M. (2016). “*Los recursos humanos bajo el enfoque de la teoría de los recursos y capacidades*”. *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*. July 2016 24(2):133-146; Facultad de Ciencias Económicas Universidad Militar Nueva Granada, 2016.

Sánchez-Apellaniz, M. & Román, M. L. (2008). “*Gestionar la Diversidad*”. Sevilla, España. Edición Digital @ Tres. 2008. 178”

Sánchez-Apellaniz, M. (2008). “*Políticas de Recursos Humanos orientadas a la gestión de la diversidad. Objetivos a perseguir y acciones a emprender*.”

Sanclemente, O. (2005). “*La ‘acción afirmativa’: Políticas para las minorías étnicas de los Estados Unidos. Comentarios en relación con el caso de las comunidades negras de Colombia*.”

Schneider, B. (1987). “*The People Make the Place*”. *Personnel Psychology* 40(3): 437–53.

Seeley, J.R.; Sim, A.R; Loosley, E. (1956). “*Crestwood Heights: A study of the culture of Suburban life*”. N.Y: Basic Books.

Shore, L.M., Randel, A.E., Chung, B.G., Dean, M.A., Ehrhart, K.H., & Singh, G. (2011). “*Inclusion and diversity in work groups: A review and model for future research*”. *Journal of Management*, 37, 1262–1289.

Stiglitz, J. E. (2000). “*Formal and Informal Institutions. Social Capital. A Multifaceted Perspective*”. Compilado por Partha Dasgupta e Ismail Serageldin. Washington D.C. The World Bank, pp. 59 – 70.

Stone, P. & Lovejoy, M. (2004). “*Fast-track women and the “choice” to stay home*”. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 596, 62-83.

Susaeta, L. & Navas, J. (2005). “*La diversidad cultural como fuente de ventaja competitiva*”. Cuadernos de Estudios Empresariales, N°15 153-177. Universidad Complutense de Madrid.

Tajfel, H. & Turner, J. (1985). “*The Social Identity Theory of Intergroup Behavior*”. In The Psychology of Intergroup Relations, edited by Stephen Worchel and William G. Austin, 7–24. Chicago: Nelson-Hall.

Tajfel, H. (1982). “*Social identity and intergroup relations*”. Cambridge University Press.

Tajfel, H. (Ed.). (1978). “*Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*”. London, UK: Academic Press.

Tajfel, H. (Ed.). (2010). “*Social identity and intergroup relations (Vol. 7)*”. New York, NY: Cambridge University Press.

Tyler TR y Lind, EA (1992): “Un modelo relacional de autoridad en grupos”. En: Zanna, M., Ed., Advances in Experimental Social Psychology, 25, Academic Press, Nueva York, 192.

Thomas, R. & Roosevelt, Jr. (1990). “*From Affirmative Action to Affirming Diversity*”, Harvard Business Review, vol. 68, n° 2, pp. 107-117.

Thomas, R. (1996). “*Redefining diversity*”. New York, American Management Association.

Torres, E. & Lastra, J. (2008). “*Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud*”. En: Revista de Administración Pública. Vol. 42, No.4; p. 719-734.

Tower, L. E. & Alkadry, M. G. (2008). “*The social costs of career success for women*”. Review of Public Personnel Administration, 28, 144-165.

Triandis, H. (1994). “*Culture and Social Behavior*”. McGraw-Hill.

Triandis, H. (2003). “*The Future of Workforce Diversity in International Organizations*”: A Commentary. *Applied Psychology: An International Review*, vol. 52, no 3, pp. 486-496

Triandis, H., Kurowski, L. & Gelfand, M. J. (1994). “*Workplace Diversity in H.C.*”. TRIANDIS; M. DUNETTE, y L.M. HOUGH (Eds.). *Handbook of industrial and organizational psychology* Palo Alto: Consulting Psychology Press, 1994, pp. 770-827.

Tsui, A; Egan, T. & O’reilly, C. (1992). “*Being different: Relational demography and organizational attachment.*” *Administrative Science Quarterly*, 37 (4): 549 – 579.

Turner, J. (1987). “*Rediscovering the Social Group: A Self-Categorization Theory*”. Oxford, UK: Blackwell.

Unesco. (2002). “*Importancia de la Diversidad Cultural, Breve reseña histórica del programa de la UNESCO para la cultura y el desarrollo*”.

Wally, S. & Becerra, M. (2000). “*Top Management Team Characteristics and Strategic Change in International Diversification*”. *Group and Organization Management*, vol. 26, no 2, pp. 165-188.

Watson, W. E., Kumar, & Michaelsen, L. K. (1993). “*Cultural diversity’s impact on interaction process and performance: comparing homogeneous and diverse task groups*”. *Academy of Management Journal*, 36, pp. 590-602

Wentling, R. M. & Palma-Rivas, N. (1998). “*Current status and future trends of diversity initiatives in the workplace. Diversity expert’s perspective.*” *Human Resource Development Quarterly*, vol. 9, no 3, pp. 235-353.

Williams, K. & O’reilly, C. A. (1998). “*Demography and Diversity in Organizations: A Review of 40 Years of Research*”. en STAW, B. M./ SUTTON, R. (eds.), *Research in Organizational Behavior*, Greenwich, CT: JAI Press, pp. 77-140.

Woolcock, M. (1998). “*Social Capital and Economic Development: Toward a Theoretical synthesis and Policy Framework*”. *Theory and Society* Vol. 27, No. 2, pp.151 -208.

CAPÍTULO 4

MÉTODO DEL CASO COMO HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN SOCIAL. DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA

INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta el método de caso como herramienta de investigación cualitativa en las ciencias sociales. En él se expone la discusión bibliográfica del trabajo desarrollado por Yin (1989, 1994, 1998, 2003, 2009); Stake (1995); Eisenhardt (1989 a, b); y Bonache (1999); entre otros.

El método del estudio de caso es una herramienta valiosa de investigación en las ciencias sociales, y en particular en el ámbito organizacional, ya que su mayor fortaleza radica en que, a través del mismo, se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que otros métodos, y en particular, los métodos cuantitativos sólo se centran en información obtenida a través de encuestas por cuestionarios (Yin, 1989). Además, en el método de estudio de caso, los datos pueden ser obtenidos desde variadas fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas, esto es, documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones u objetos físicos (Chetty, 1996).

En este capítulo se presenta el diseño del método y la relación que existe entre el método del caso con la teoría ¿es correcto? De acuerdo con Yacuzzi, E. (2005); Yin (2003), el estudio de caso, cuyo ámbito de aplicación está bien definido en las ciencias sociales, permite indagar detalladamente en el mecanismo causal que subyace en una teoría. Una teoría es una respuesta a una pregunta del tipo, ¿por qué? o ¿cómo? ocurre un fenómeno.

Se debe precisar que existen diferencias entre el caso de investigación y el caso como método de enseñanza. Según Yin (2009), el estudio de caso como método de investigación en las ciencias sociales se concentra, particularmente, en la forma de cómo generar, validar o depurar teorías sobre fenómenos sociales y organizacionales generalmente de causalidad compleja. El estudio de caso hace uso del método inductivo, parte del trabajo de campo para inducir hipótesis que expliquen los fenómenos organizacionales, apelando a sus causas, pudiendo así contribuir al desarrollo teórico de tales áreas (Bonache, 1999). Los casos de investigación permiten el estudio de la causalidad de un fenómeno o problema y la plasman en una teoría, sustentándose siempre en hechos y datos de una realidad social u organizacional. Algunos de los trabajos empíricos más citados en los textos de organización

pueden ser descritos como producto del estudio de casos, como lo son los estudios que realizó Elton Mayo (1933) en la Western Electric Company, y que darían lugar a la escuela de relaciones humanas; los trabajos de Lawrence y Lorsch (1967) que tendieron las bases de la teoría de contingencia; los estudios de Mintzberg (1973, 1991) sobre la naturaleza del trabajo directivo; o en los análisis de Hamel y Prahalad (1995) en torno a las competencias basadas en capacidades. La aplicación correcta de herramientas rigurosas, legitima la investigación e invita al uso de sus resultados, facilitando así la conexión fructífera entre el mundo académico y el de las organizaciones sociales. Por otro lado, los casos de enseñanza, como instrumentos pedagógicos, pueden manipular esa realidad, con el objetivo de explicar o enfatizar en un contenido específico y con propósitos didácticos, como es el incentivar el debate y profundizar el conocimiento de una realidad empresarial u organizacional.

Eisenhardt (1989) concibe un estudio de caso como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares”. El método de estudio de caso constituye una estrategia metodológica de la investigación científica. Se trata del estudio de uno (o varios) casos combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con la finalidad de describir, verificar o generar teoría. En este sentido, Chetty (1996) indica que el método de estudio de caso es una metodología rigurosa que:

- Es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta al *¿por qué?* y *¿cómo?* ocurren problemas y fenómenos.
- Permite estudiar un tema específico y determinado, explorando de forma más profunda los problemas o fenómenos, y de allí obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, y de los procesos involucrados.
- Se resguarda la rigurosidad por medio de criterios desarrollados bajo el prisma de la investigación cualitativa o paradigma naturalista.
- Es útil para el estudio de temas de investigación que se desarrollan en la contingencia de las ciencias sociales y en particular en las ciencias organizacionales y buscan comprobar o innovar con nuevos métodos y teorías.
- Permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas.

4.1. EL MÉTODO DE ESTUDIO DE CASO: DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA

El método del estudio de caso ha constituido un gran aporte en el desarrollo de distintas áreas de las ciencias sociales por su mayor proximidad con los fenómenos y personas estudiadas, al permitir levantar información de manera directa y contingente a un fenómeno o situación particular, que facilita su comprensión y conocimiento, permitiendo el estudio y la búsqueda de estrategias de solución que pueden ser complementadas con otros métodos.

Yin (1994), citado en Chetty (1996), argumenta que el método de estudio de caso ha sido un gran aporte en el desarrollo de la investigación en las ciencias sociales y en la dirección de empresas, así como en las áreas de educación, estudios de familias, negocios internacionales, desarrollo tecnológico e investigaciones sobre problemas sociales, entre otros.

Tabla 4.1. Diferentes perspectivas sobre el método de estudio de caso.

| Tipo de estructura | Propósito del estudio de caso. | | | |
|---------------------------|---------------------------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| | Explicativo | Descriptivo | Exploratorio | Ilustrativo |
| 1.- Lineal – Analítico | X | X | X | X |
| 2.- Comparativo | X | X | X | X |
| 3.- Cronológico | X | X | X | X |
| 4.-Constructor de Teorías | X | | X | X |
| 5.- “Suspenso” | X | | | |
| 6.- No secuenciado | | X | | |

Fuente: Yin (2009).

Yin, alude a diversos tipos de casos existentes en la literatura organizacional como estrategia de investigación. Como muestra la Tabla 4.1, el método de estudio de casos puede perseguir objetivos explicativos, descriptivos, exploratorios o ilustrativos. Los casos explicativos, pretenden revelar las causas o el porqué de un determinado fenómeno organizacional. Los descriptivos analizan cómo ocurre un fenómeno organizativo dentro de su contexto real. Los exploratorios, tienen como objetivo el familiarizarse con una situación

sobre la que no existe un marco teórico bien definido. Y los casos ilustrativos, ponen de manifiesto las prácticas de gestión de las empresas más competitivas (Bonache, 1999).

Chetty (1996) indica que, tradicionalmente, el estudio de caso fue considerado apropiado sólo para las investigaciones exploratorias. Sin embargo, algunos de los mejores y más famosos estudios de caso han sido tanto descriptivos (Whyte's Street Corner Society, 1943), como también explicativos. En este contexto, Eisenhardt (1989) ha identificado otros usos de este método como es la contrastación de teoría (Anderson, 1994) y en la generación de teoría (Gersick, 1988; Harris & Sutton, 1986).

Sin embargo, cabe hacer presente que también este método ha sido muy cuestionado por algunos autores (Stoeker, 1991; Venkatraman & Grant 1986; Rouse & Daellenbach, 1999; Bower & Wiersema, 1999), quienes consideran que su prestigio es bajo, que no suele considerarse como una buena estrategia para realizar investigación científica, y que el método de estudio de caso presenta problemas de validez y confiabilidad, debido a lo cual en la investigación empírica se utilizan básicamente métodos cuantitativos.

No obstante, y como se comenta en mayor profundidad en la sección 4.2.3 y se resume en la Tabla 4.6, en esta metodología se resguarda la rigurosidad por medio de criterios desarrollados bajo el prisma de la investigación cualitativa o paradigma naturalista.

Por lo tanto, el estudio de caso como una metodología de investigación cualitativa, ha ido ganando prestigio e interés en el campo organizacional y de las ciencias sociales, dadas las posibilidades que presenta en la explicación de nuevos fenómenos y en la elaboración o confirmación de teorías. Además, el estudio de caso es capaz de satisfacer todos los objetivos de una investigación, al ser complementados con otras metodologías cualitativas o cuantitativas (Sarabia, 1999).

A modo de ejemplos, se puede citar que Yin (2003) analiza el estudio de caso de una Organización de Vecinos, dada la importancia que este tipo de organización tiene con respecto a la participación ciudadana. Por su parte, Stake (1995) estudia el modo en que se llevaron a cabo las reformas educativas en la Escuela Primaria Frances Harper de Chicago y Eisenhardt (1989b) describe el proceso de Inducción de la Teoría utilizando estudios de caso

El uso de estudios de casos puede considerarse una herramienta analítica poderosa porque permite obtener información profunda y detallada de las unidades de estudio (Gomm et al., 2000), incluso cuando algunos autores sostienen que no es posible generalizar sobre la base de los resultados de un solo caso (Flyvbjerg, 2006).

Gomm et al. (2000) indican que las diferencias metodológicas en las investigaciones de los estudios de casos se pueden encontrar en temas relacionados con: generalización, análisis causal o narrativo, naturaleza de la teoría y autenticidad. Mientras tanto, Piekkari et al. (2008) señalan que las principales áreas de controversia pueden clasificarse de la siguiente manera: las bases paradigmáticas, el proceso de teorización, el grado de replicación, las fuentes de datos y el establecimiento de límites.

Por otra parte, un estudio de caso se reconoce como una estrategia de investigación válida en ciencias sociales, ya que se centra en la comprensión profunda de la dinámica presente en una situación social u organizacional (Eisenhardt, 1989b). En este sentido, un estudio de caso se puede analizar a partir de diferentes paradigmas de investigación, haciendo una distinción entre el positivismo o racionalismo, el naturalismo, el interpretivismo y el constructivismo (Gomm et al., 2000). Cabe hacer presente que el enfoque de investigación cuantitativa se sustenta en el paradigma racionalista y el enfoque de investigación cualitativa en el naturalismo (en Anexo 4.1 se presentan las características principales de ambos enfoques).

Eisenhardt (1989b) y Yin (2003) utilizan un enfoque positivista en la búsqueda de ciertos niveles de generalización, al mismo tiempo que proporcionan enfoques únicos prescriptivos para el diseño, la recopilación y el análisis de datos. Mientras tanto, Stake (1995) utiliza un enfoque constructivista, centrándose en la unicidad y el holismo de un solo caso. A modo de ilustración la Tabla 4.2 presenta un resumen de las diversas clasificaciones de estudios de casos.

Otro aspecto importante de los estudios de casos es el hecho de que su significación se utiliza en diferentes formas, y a veces se confunde con otros tipos de metodologías (Gomm et al., 2000). Como tal, Yin (1981) argumenta que, como estrategia de investigación, la característica distintiva de un estudio de caso es que intenta examinar un fenómeno

contemporáneo en su contexto real, especialmente cuando las fronteras entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes.

La decisión de trabajar con uno o más estudios de caso se basa en los objetivos buscados por el investigador (Tabla 4.3), así como en el nivel de profundidad deseada. Esto se refleja en los trabajos de Eisenhardt (1989b) y Stake (1995), el primero de los cuales analiza ocho empresas de microcomputadoras con el objetivo de construir una teoría, mientras que el segundo se centra únicamente en Harper School con el objetivo de entender los progresos realizados, percepciones de sus miembros en el plan de mejora.

Asimismo, las modalidades de estudios de casos únicos o múltiples pueden ser de tipo tradicional o no tradicional (Yin, 2009). Se considera de un formato tradicional cuando hacen uso de una narrativa que siguen un orden lógico, y que puede ser complementado con el uso de tablas, gráficos o pantallas pictóricas. Sin embargo, el formato no tradicional se utiliza cuando el estudio de caso está diseñado para responder principalmente a una serie de preguntas, con hechos o sucesos que no necesariamente siguen un orden lógico y tradicional (Yin, 2009).

Tabla 4.2. Resumen de clasificación de los estudios de casos.

| Concepto | Clasificación |
|--|--|
| Según el objetivo de la estrategia de investigación. | <ul style="list-style-type: none">• Descriptivos.• Exploratorios.• Explicativos.• Ilustrativos. |
| Con respecto al número de casos que conforman un estudio. | <ul style="list-style-type: none">• Un único caso.• Múltiples o comparativos casos. |
| En función del paradigma en el que el investigador se sitúa. | <ul style="list-style-type: none">• Con enfoque positivista.• Con enfoque interpretativo. |

Fuente: Castro Monge E. (2010).

La selección de los casos es un tema importante, ya que está directamente relacionada con la generalización de los resultados (Flyvbjerg, 2006). En este contexto se pueden señalar

cuatro estrategias de selección para los estudios de casos. En el primer tipo de estrategia, se seleccionan casos extremos que son situaciones excepcionales y proporcionan información de situaciones excepcionales o dramáticas, como por ejemplo el Caso Watergate (1974)³¹, citado en la obra de Bernstein y Woodward, *All the President's men*. El segundo tipo de selección se ocupa de casos críticos y se caracteriza por trabajar con casos que tienen una importancia estratégica para la organización o para el problema estudiado. A modo de ilustración se puede citar el caso “Políticas y Estrategias del Capital Humano, sus efectos en los rendimientos, Hospital Del Salvador de Santiago de Chile”, presentado en el capítulo siguiente de este trabajo. El tercer tipo de selección, denominado casos de varianza máxima, se caracteriza por seleccionar casos que proporcionan información en diversas dimensiones o escenarios del tema estudiado, a modo de ejemplo se puede citar el caso del *estallido social* en Chile de octubre de 2019, que ha tenido un fuerte impacto en lo político, económico, social y psicológico de la población chilena. Finalmente, es posible utilizar la estrategia de casos paradigmáticos, o casos que resaltan características más generales de las unidades de estudio en cuestión, como por ejemplo los estudios que realizó Mintzberg (1973, 1991) sobre la naturaleza del trabajo directivo. Las estrategias mencionadas no son mutuamente excluyentes, sino que pueden utilizarse simultáneamente. Por ejemplo, Yin (2003) y Stake (1995) hacen uso de la estrategia de casos críticos, mientras que Eisenhardt (1989b) realiza una selección de muestreo teórico considerando las perspectivas de los casos críticos y paradigmáticos.

Los estudios de casos pueden combinar métodos de recopilación de datos tales como archivos, entrevistas, cuestionarios y observaciones, con los cuales las pruebas pueden ser cualitativas, cuantitativas o ambas (Eisenhardt, 1989a, Yin, 1981). Eisenhardt (1989b) utiliza metodologías cualitativas, cuantitativas y de fuentes secundarias, mientras que Yin (2003) y Stake (1985) concentran sus investigaciones en el uso de metodologías de fuentes cualitativas y secundarias.

³¹ El **escándalo Watergate** fue un gran escándalo político que tuvo lugar en Estados Unidos en la década de 1970 a raíz de un robo de documentos en el complejo de oficinas Watergate de Washington D. C., sede del Comité Nacional del Partido Demócrata de Estados Unidos, y el posterior intento de la administración Nixon de encubrir a los responsables.

Por otra parte, Yin (2009) sugiere seis estructuras ilustrativas, que pueden usarse con los estudios individuales o múltiples. Estas estructuras se determinan en base al objetivo que el investigador persigue (explicativo, descriptivo, exploratorio o ilustrativo). En consecuencia, el investigador del estudio de caso puede hacer uso de una o más de las siguientes estructuras: Lineal-analítica, comparativa, cronológica, constructor de teorías, suspenso y no secuenciado (Tabla 4.1).

Para ilustrar estas posibilidades comparamos tres de los estudios relevantes que han servido de base para elaborar este trabajo de investigación. Eisenhardt (1989b) tiene el objetivo de construir una teoría a partir del análisis de ocho casos, utilizando la estructura teórica de construcción, aunque también hace uso de la estructura lineal-analítica. Yin (2003) y Stake (1995) hacen uso de las estructuras cronológicas y no secuenciales, respectivamente.

La Tabla 4.3 muestra las distintas perspectivas sobre el estudio de casos de estos tres estudios considerados.

Tabla 4.3. Diferentes perspectivas sobre el método de estudio de caso.

| Comparación | Eisenhardt | Stake | Yin |
|-------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Tipo de estudio de caso. | Múltiples casos tradicionales (versión del caso individual). | Tradicional, de un solo caso. | No tradicional, de un solo caso. |
| Propósito. | Explicativo. | Descriptivo. | Descriptivo. |
| Selección de casos. | Casos críticos y paradigmáticos. | Críticos. | Críticos. |
| Niveles de análisis. | Múltiples niveles. | Múltiples niveles | Múltiples niveles. |
| Tipo de estructura. | Teoría del edificio. | No secuenciado. | Cronológico. |
| Estudio de múltiples métodos. | El estudio abarca el estudio de caso. | El estudio abarca el estudio de caso. | El estudio de caso abarca los otros métodos. |

| | | | |
|------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| Procedimiento de validación. | Uso de la triangulación y validación con los colegas. | Uso de la triangulación. | No hay evidencia. |
| Generalización. | Las primeras etapas de las generalizaciones, a través de los casos, pero no toda la población hasta que la nueva teoría se prueba. | La generalización no es el objetivo. | Primeras etapas de las generalizaciones a través de los casos, pero no toda la población hasta que la nueva teoría se prueba. |

Fuente: Yin (2009).

Para concluir, la Tabla 4.4 presenta un cuadro comparativo de las técnicas de recopilación de datos en la metodología, con enfoques cualitativo y cuantitativo; complementado en anexo 4.1.

Tabla 4.4. Metodología y técnicas de recopilación de datos.

| Método | Metodología | |
|----------------------------------|---|---|
| | Enfoque cuantitativo | Enfoque cualitativo |
| Observación. | Etapa exploratoria. | Esencial para entender una cultura. |
| Análisis de textos y documentos. | Análisis de contenidos. | Entender las categorías de los participantes. |
| Entrevistas. | Preguntas cerradas a una muestra aleatoria. | Preguntas abiertas en muestras reducidas. |
| Grabaciones y transcripciones. | Muy poco utilizadas, dada su dificultad de cuantificar. | Se utilizan para entender cómo organizan su discurso los participantes. |

Fuente: Bonache, J (1999), tomado de Silverman (1993).

4.2. ELEMENTOS ESENCIALES EN LA METODOLOGÍA DEL CASO

4.2.1. Casos de enseñanza y casos de investigación

Desde hace varias décadas se ha estado trabajando con el método de los casos en la enseñanza de la administración y otras disciplinas de las ciencias sociales. El método utiliza la experiencia para la transmisión del conocimiento a través de un diálogo organizado sobre una situación real. Crespo (2000) sostiene que la discusión del caso es una mezcla de retórica, diálogo, inducción, intuición y razonamiento. Por otra parte, existen los casos de investigación que se aplican en múltiples terrenos como la sociología, la ciencia política y la ciencia de la administración. En la disciplina administrativa, es uno de los métodos de investigación cualitativa utilizado en áreas como: operaciones, recursos humanos, marketing, logística y sistemas de información.

Los casos de investigación adoptan en general, una perspectiva integradora. Un estudio de caso es, según la definición de Yin (1994):

“Una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto de la vida real de una organización social o empresa, y en que los límites entre el fenómeno y su contexto no se encuentran claramente establecidas. La investigación mediante el estudio de caso trata este fenómeno abordándolo de una manera técnicamente distintiva a otros métodos de investigación, distinguiendo las variables de interés de los simples datos observacionales y tratados aisladamente; y los resultados, se obtienen de múltiples fuentes de evidencia, con datos dentro de variables relevantes, que deben converger de la triangulación; y, también como resultado, se beneficia del desarrollo previo de las proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos.”

Aunque ambos comparten la conveniencia de ver a la organización o empresa como una totalidad, el caso de investigación difiere del caso de aprendizaje, si bien los resultados de un caso de investigación se pueden utilizar como caso de estudio para el aula. En primer lugar, el caso de investigación tiene como objetivos la descripción real de una situación, la explicación de un resultado a partir de una teoría, la identificación de mecanismos causales, o la validación de teorías. En cambio, el estudio de casos como herramienta pedagógica busca

analizar una realidad o un aspecto en concreto, para fomentar la discusión y el debate. Para Bonache (1999), el estudio de caso como herramienta de enseñanza ha supuesto, en algunas ocasiones, descuidos y falta de sistematización y rigor. Confirma este autor que, cuando el objetivo es la enseñanza, el material que constituye el caso puede ser deliberadamente alterado con el objetivo de ilustrar aspectos concretos y fomentar de esta manera la discusión y el debate, sin presentar necesariamente una relación completa y exacta de los acontecimientos reales.

Sin embargo, el objetivo de esta estrategia en la investigación es precisamente presentar una relación completa y exacta de la realidad, donde no se puede, bajo ningún concepto, llevar a cabo la alteración de los datos, por lo que el investigador debe realizar un esfuerzo adicional para presentar fielmente toda evidencia disponible (criterios de seriedad y confirmabilidad).

4.2.2. Características del estudio del caso: métodos de investigación.

Los diversos métodos de investigación social tienen ventajas y desventajas según el tipo de problema abordado y sus circunstancias. En la decisión de qué método elegir deben considerarse tres aspectos: (a) el tipo de pregunta de investigación que se busca responder; (b) el control que tiene el investigador sobre los acontecimientos que estudia; y (c) *la edad del problema*, es decir, si el problema es un asunto contemporáneo o un asunto histórico. Cada método se aplica en situaciones específicas, como se indica en la Tabla 4.5.

Los casos son particularmente válidos cuando se presentan preguntas del tipo "¿cómo?" o "¿por qué?", cuando el investigador tiene poco control sobre los acontecimientos y cuando el tema es actual. Muchas de las preguntas de tipo "¿qué?" son exploratorias o descriptivas y se contestan realizando encuestas o consultando bases de datos, por ejemplo: ¿qué formas de reclutamiento de nuevos empleados se utilizan en las organizaciones sanitarias chilenas?

Las preguntas "¿cómo?" y "¿por qué?" son más explicativas y conducen fácilmente al estudio de caso, como es el ejemplo del caso "Políticas y Estrategias del Capital Humano, sus efectos en los rendimientos, Hospital del Salvador de Santiago de Chile", que pretende explicar cómo la existencia de prácticas y políticas de gestión de recursos humanos impactan

en los rendimientos del hospital estudiado. Cabe hacer presente también que se identifican en esta categoría a la *historia* que indaga el porqué y el cómo de los hechos históricos acontecidos en el tiempo. Los casos y la historia también permiten tratar con el rastreo de procesos (George et al., 2005). Las preguntas sobre el “¿cómo?” y el “¿por qué?” son especialmente relevantes, porque sus respuestas son las teorías. ¿Cómo formular buenas preguntas entonces? la definición de la pregunta de investigación es casi con seguridad el paso más importante en un estudio de investigación. Hay muchas referencias a la formulación de una pregunta de investigación, que es de por sí un acto creativo.

Tabla 4.5. Matriz para la elección de un método de investigación social según las características del problema de interés.

| Método | Forma de la pregunta de investigación | ¿Requiere control sobre los acontecimientos? | ¿Se concentra en acontecimientos contemporáneos? |
|-----------------------|---|--|--|
| Experimento. | ¿Cómo? ¿por qué? | Sí. | Sí. |
| Encuesta. | ¿Quién? ¿qué? ¿dónde? ¿cuánto? ¿cuántos? | No. | Sí. |
| Análisis de archivos. | ¿Quién? ¿qué? ¿dónde? ¿cuánto? ¿cuántos? | No. | Sí/No. |
| Historia. | ¿Cómo? ¿por qué? | No. | No. |
| Estudio de casos. | ¿Cómo? ¿por qué? | No. | Sí. |

Fuente: Yin (1994).

4.2.3. ¿Generalización o transferibilidad? La validez en el método de caso.

El método de caso, los estudios estadísticos y otros enfoques cuantitativos buscan desarrollar teorías con resultados empíricamente verificables. Sin embargo, la lógica de la metodología es distinta, en cuanto a la selección de muestras, la operacionalización de variables y el uso de la inferencia.

Específicamente, el método de caso propone la generalización y la inferencia hacia la teoría y no hacia otros casos. Ignorar las particularidades de esta lógica lleva a una crítica frecuente: el caso no permite generalizar sus conclusiones a toda una población. Esta falencia no permitiría generalizar los hallazgos a otros casos que no fueran el estudiado, ya sea por razones del pequeño tamaño de la muestra de casos utilizada o por la falta de representatividad de los casos elegidos.

Una forma de evitar este problema es considerar al caso como una etapa preliminar de un estudio que luego buscará resultados generales, por ejemplo, a través de los medios estadísticos. O bien, se puede buscar introducir dentro del caso, datos cuantitativos que permitan “robustecer” los hallazgos cualitativos. Otra forma de actuar es decir: “No busco generalizar mis hallazgos a toda la población de casos similares; estudio simplemente cuán plausible es la lógica del análisis, para desarrollar sobre su base una nueva teoría” Mitchell (1983).

De esta manera, para Yin (1989, 1998) la cuestión de generalizar a partir del estudio de caso no consiste en una generalización estadística (desde una muestra o grupo de sujetos hasta un universo), como en las encuestas y en los experimentos, sino que se trata de una generalización analítica, utilizar el estudio de caso único o múltiple para ilustrar, representar o generalizar una teoría. Así, incluso los resultados del estudio de un caso pueden generalizarse a otros que representen condiciones teóricas similares.

Ahora bien, los estudios de casos múltiples refuerzan estas generalizaciones analíticas al diseñar evidencia corroborada a partir de dos o más casos (replicación literal) o, alternativamente, para cubrir diferentes condiciones teóricas que dieran lugar, aunque por razones predecibles, a resultados opuestos (replicación teórica).

Por tanto, la cuestión de la generalización de los estudios cualitativos, incluido el estudio de caso, no radica en una muestra probabilística extraída de una población a la que se pueda extender los resultados. Sino en el desarrollo de una teoría que puede ser transferida a otros casos. De aquí que algunos autores prefieran hablar de transferibilidad, en vez de generalización, en la investigación de naturaleza cualitativa (Maxwell, 1998).

En la inferencia lógica, que algunos llaman científica o causal, el investigador postula o descubre relaciones entre características, en el marco de un esquema conceptual explicativo. Entonces, la relevancia del caso y su generalizabilidad no provienen del lado estadístico, sino del lado lógico: las características del estudio de caso se extienden a otros casos por la fortaleza del razonamiento explicativo.

Si se trabaja con múltiples casos se debe seguir la lógica de la replicación, no del muestreo. Esta lógica lleva a incrementar el tamaño de una muestra hasta garantizar cierto grado de certeza. La lógica de la replicación es análoga a la del experimento múltiple y lleva a seleccionar los casos de modo que se anticipen resultados similares en todos ellos (es la llamada replicación literal) o resultados contradictorios, en función de razones predecibles (replicación teórica).

Ambos tipos de replicación, literal y teórica, facilitan la formulación de teorías. La replicación literal sugiere bajo qué condiciones se materializará probablemente cierto fenómeno, mientras que la replicación teórica sugiere bajo qué condiciones probablemente no se materializará. La teoría resultante, que puede ser tanto de interés académico como empresarial, puede después aplicarse a nuevos casos. En suma, los casos no deben tomarse para evaluar la incidencia de un fenómeno. Además, su valor reside en parte en que no solo pueden estudiar un fenómeno, sino también su contexto. Esto implica la presencia de tantas variables que el número de casos necesarios para tratarlas estadísticamente sería imposible de estudiar.

La validez de un estudio es la cualidad que lo hace creíble y da testimonio del rigor con que se realizó. La validez implica relevancia del estudio con respecto a sus objetivos, así como coherencia lógica entre sus componentes. Ante todo, un caso tendrá resultados válidos si todos los procesos se monitorean adecuadamente. La validez se va desarrollando a lo largo de todo el estudio, en cada una de sus etapas, desde el diseño del caso y el desarrollo del trabajo de campo, hasta la preparación del informe y la difusión de sus resultados.

Yacuzzi (2005), identifica cuatro tipos de validación que son relevantes observar en un estudio de caso:

- Validación de construcciones conceptuales, que significa operacionalizar las métricas que se utilizarán durante el estudio para poder inferir legítimamente, a partir de estas métricas, hacia las construcciones conceptuales que les dieron origen. Siguiendo un enfoque realista, suponemos que es posible medir, aunque imperfectamente, las construcciones conceptuales. En otras palabras, suponemos que cierta construcción conceptual, como el clima organizacional, realmente existe, y la validez de la construcción conceptual es precisamente una medida de cuán bien estoy midiendo el clima organizacional, de cuán bien el fenómeno observado corresponde al fenómeno de la teoría. Yin (1994) sugiere diversas tácticas para aumentar la validez de las construcciones conceptuales. Dos de ellas se aplican durante la recolección de datos: utilizar múltiples fuentes de evidencia y establecer una cadena de evidencia. Una tercera, durante la preparación del informe: hacer que el borrador del caso lo revisen informantes claves.
 - La validez interna es la lógica de la causalidad de un estudio explicativo, y está vinculada con la verdad de las inferencias que se realizan para determinar las causas de los fenómenos. En este punto, es usual mencionar la importancia de evitar las correlaciones no causales y las correlaciones ecológicas, que son las derivadas del uso inadecuado de valores promedio (Freedman et al. 1978). La clave de la validez interna, es mostrar que lo que ocurrió con tales variables efectivamente causó lo que ocurrió en tales otras. Las herramientas más usadas para asegurar la validez interna de un caso, son la construcción de explicaciones y el análisis de series cronológicas. En el paradigma naturalista cualitativo se le denomina Criterio de Credibilidad (Arias & Giraldo, 2011).
- La credibilidad* como criterio análogo de validez interna, se reconoce cuando los hallazgos son reales o verdaderos, tanto por las personas que participan en el estudio como por las que han experimentado el fenómeno estudiado.
- La validez externa establece el dominio al cual pueden generalizarse los hallazgos del estudio. En muchos casos se suele asociar la validez externa con la idea de muestreo y obtención de muestras representativas. En el estudio de caso, la validez que es útil es la que lleva a la generalización analítica, por la cual, los resultados se generalizan hacia una teoría más amplia, que permita en el futuro

identificar otros casos en que los resultados del primero sean válidos. Dentro del paradigma cualitativo se le denomina a este criterio Transferibilidad e Intercambiabilidad, (Arias & Giraldo, 2011).

La transferibilidad, es la posibilidad de trasladar los resultados a otros contextos o grupos en estudios posteriores.

Para obtener validez en los resultados, los investigadores de los estudios de caso buscan validarlos de forma externa, utilizando la triangulación³² de resultados, al igual que la validación de contenido con el uso de la literatura o la opinión de expertos.

- La fiabilidad demuestra que las operaciones de un estudio pueden repetirse con los mismos resultados. Está vinculada con la calidad de la medición. Un estudio es más fiable cuanto mayor es la consistencia de sus mediciones. Si otro investigador realizara nuevamente el mismo estudio, los resultados serían los mismos. Para asegurar esta fiabilidad, es importante escribir procedimientos de las tareas que se realizarán en el estudio y llevar un registro de todos los pasos dados. En términos técnicos, es necesario contar con un protocolo del caso y construir una base de datos con la información recopilada a medida que el proyecto de investigación se va realizando. Dentro del paradigma naturalista cualitativo se le denomina Dependabilidad (seriedad) (Arias & Giraldo, 2011).

Laiedad (dependability), hace referencia a la imparcialidad y honradez con que debe ser tratada la información. Además, es posible mejorar la fiabilidad de los resultados analizando el mismo estudio de caso desde diversas perspectivas (Yin, 2009).

- *La confirmabilidad* como análoga de la objetividad. Se refiere a la neutralidad en el análisis y la interpretación de la información, que se logra cuando otros investigadores pueden seguir y llegar a hallazgos similares (Lincoln, Guba, 1985).
- *La reflexividad* en la conducción del análisis es otro aspecto a considerar en la investigación cualitativa, que significa la construcción de un proceso de

³² El término triangulación en ciencias sociales se utiliza para indicar que dos o más técnicas o métodos son utilizados en un mismo estudio de manera articulada para alcanzar sus resultados.

abstracción, en que el investigador se vuelve sobre sí mismo, para examinar críticamente el efecto que tiene sobre el estudio y el impacto de las interacciones con los participantes. La reflexividad expresa la conciencia del investigador, habla de su conexión con la situación de la investigación (De la Cuesta-Benjumea, 2011).

Tabla 4.6. Analogías centrales entre investigación cuantitativa e investigación cualitativa.

| Paradigma racionalista (cuantitativa) | Paradigma naturalista (cualitativa) |
|---------------------------------------|---|
| Validez interna. | <ul style="list-style-type: none"> • Credibilidad. |
| Validez externa, generalización. | <ul style="list-style-type: none"> • Transferibilidad. • Intercambiabilidad. |
| Confiabilidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Dependabilidad (seriedad). • Imparcialidad. • Honradez. |
| Objetividad. | <ul style="list-style-type: none"> • Confirmabilidad. • Neutralidad. |

Fuente: Arias & Giraldo (2011).

4.2.4. El papel de la teoría en el estudio de casos.

Antes de iniciar el trabajo de campo, el estudio debe ser precedido por el desarrollo de una teoría que permita la observación. Todo buen diseño incorpora una teoría que sirve como plano general de la investigación, de la búsqueda de datos y de su interpretación. A medida que el caso se desarrolla, emerge una teoría más elaborada. Técnicamente, una teoría científica es “un sistema de leyes empíricas relacionadas con un sistema formal” (Vásquez-Presedo, 1998). Es una estructura de ideas sistemáticas de amplio alcance que explica regularidades, observadas o postuladas. Un ejemplo de teoría es el siguiente (Anderson et al., 1994): “El método Deming se refiere a la creación de un sistema organizacional que estimula la cooperación y el aprendizaje para facilitar la implementación de prácticas de gestión de procesos, que, a su vez, lleva a la mejora continua de los procesos, productos y servicios, y a la satisfacción de los empleados, ambos críticos para la satisfacción del cliente y, en última instancia, para la supervivencia de la firma”.

Otro ejemplo lo podemos encontrar en la visión que explica los resultados de una empresa, principalmente, por medio de sus capacidades y recursos internos. Así, el objeto de estudio en este trabajo de investigación se focaliza en un activo intangible potencialmente valioso: la existencia de una fuerza laboral diversa y heterogénea junto con los recursos organizacionales, como protocolos, reglamentos y disciplina que deben imperar en una organización de salud. Esta perspectiva, estudiada en la teoría de recursos y capacidades, ha sido bastante trabajada previamente. Por una parte, se ha analizado su contribución a la estrategia de las organizaciones diversas (Barney, 1991, 2001; Grant, 2005) y, por otra, cómo los activos internos pueden afectar el desempeño organizacional (Godfrey & Hill, 1995), emergiendo su vinculación con los procesos micro-organizacionales de éxito o fracaso.

Desde esta mirada, se concibe a las organizaciones productoras de bienes y servicios como un conjunto coordinado y único de recursos y capacidades heterogéneas que se generan, desarrollan y mejoran progresivamente, siendo este conjunto el que explica fundamentalmente las diferencias de desempeño empresarial (Barney, 1991). En la misma línea, Amit y Schoemaker (1993) y Cuervo (1993) señalan que los recursos son un stock de factores disponibles que posee o controla una empresa, cuya naturaleza comprende los aspectos físicos, tecnológicos, humanos y organizacionales. Asimismo, estos autores definen las capacidades como las habilidades y conocimientos específicos que posee la empresa para desarrollar sus recursos, generalmente combinándolos entre sí, utilizando procesos organizacionales, para alcanzar el objetivo deseado. Se basan en el desarrollo e intercambio de información a través del capital humano de la empresa, mediante procesos tangibles o intangibles que son específicos de la empresa y se desarrollan mediante interacciones complejas entre los recursos en el largo plazo.

En las teorías se relacionan unidades observadas y unidades aproximadas. Las unidades observadas son las variables, que se pueden medir. Las unidades aproximadas son las construcciones conceptuales (constructos), creaciones de la mente que no pueden observarse directamente, como el liderazgo, la cultura corporativa o los factores de la teoría de la diversidad, como educación, formación, experiencia o estilos de vida de un individuo, según el modelo adaptado de Carmichael y Rijamampianina (2005), como factores funcionales de la diversidad e inclusión.

Las variables, en una teoría, se relacionan entre sí por medio de la hipótesis, las construcciones conceptuales, por medio de proposiciones. Además de variables y construcciones conceptuales, una teoría tiene supuestos. Las teorías pueden exhibir un alto grado de formalización, como las teorías matemáticas, con sus axiomas, teoremas y principios. Sutton et al. (1995) hacen hincapié en la relación de la teoría con los procesos causales. Respecto a la teoría escriben: “trata con las conexiones entre fenómenos, es un relato de por qué ocurren los actos, eventos, estructura y pensamientos. La teoría hace hincapié en la naturaleza de las relaciones causales, identificando qué viene primero, así como la temporalidad de estos eventos. La teoría indaga en los procesos subyacentes de modo de entender las razones sistemáticas de una ocurrencia particular o de una no ocurrencia. A menudo escarba profundamente en los microprocesos, lateralmente en conceptos vecinos, o en una dirección hacia arriba, atándose a fenómenos sociales más amplios. Usualmente está entrelazada con un conjunto de argumentos convincentes y lógicamente interconectados”.

Una buena teoría explica y estimula la investigación empírica más allá de lo que permiten otros marcos que no buscan el rigor académico, como algunos de los empleados en consultoría. También permite incrementar la productividad de los estudios de administración y de las ciencias sociales. En particular, en áreas interdisciplinarias, como la gestión de la diversidad o la gestión de calidad, la teoría permite distinguir las causas de los éxitos y fracasos (Dean et al. 1994). Una teoría bien formulada contribuye a la organización y acumulación de conocimientos y se basa generalmente en conocimientos consolidados. Incluso, métodos como la gestión de la calidad total, acerca de los cuales, ya a comienzos de la década pasada se había escrito una amplia variedad de artículos, incluyendo numerosos estudios de casos, no podían ser evaluados en su efectividad, en parte por la falta de teorías descriptivas, explicativas y predictivas, que permitieran guiar la investigación empírica (Anderson et al. 1994). Desde el punto de vista práctico, una teoría está a la espera de problemas concretos todavía no identificados que habrá de resolver (Weick, 1989).

Smith (1990) indica que las entrevistas son un proceso de desarrollo continuo de ideas y que la teoría es el resultado de una combinación del estudio de otros trabajos, la recolección de datos y conversaciones y observación de hechos. Con frecuencia una nueva teoría nace de aplicar en un campo, perspectivas provenientes de otros, para alterar las metáforas y

Gestalt y desafiar los supuestos de las teorías existentes. Las teorías puedenemerger del mismo estudio de caso. Eisenhardt (1989a) provee lineamientos para construir teorías a partir del estudio de caso como herramienta de investigación. Cuando solo se tienen descripciones iniciales de un fenómeno, es posible emprender un caso de investigación de tipo exploratorio.

4.3. MUESTREO TEÓRICO Y SATURACIÓN TEÓRICA: ESTRATEGIAS CUALITATIVAS QUE FAVORECEN EL RIGOR METODOLÓGICO EN EL ESTUDIO DE CASO

Diversos autores proponen estrategias para aumentar el rigor metodológico del estudio de caso, como Patton (2001), que recomienda la revisión y chequeo por los propios involucrados y las auditorías. Mientras que Morse et al. (2000), recomiendan el muestreo teórico, la adecuación de la muestra y una actitud analítica activa.

La Sociología muestra las potencialidades de la reflexividad como herramienta metacognitiva para la indagación social, destacando tres elementos centrales en el proceso, que son: el muestreo, la saturación y la codificación teórica.

- El muestreo teórico, como técnica de selección de los individuos a entrevistar. En esta cuestión es de suma importancia la interpretación inmediata de los datos ya que constituye la base de sustentación para tomar decisiones de muestreo.
- La saturación teórica, como límite que nos va a indicar cuando finaliza el muestreo. La saturación va más allá del punto en el cual la información se hace reiterativa y no agrega nada nuevo a los datos ya obtenidos.
- La codificación teórica, como técnica para interpretar los textos y los procedimientos de categorización de datos.

Centrándonos en el muestreo teórico éste se basa en una de las posibilidades metodológicas más completas a la hora de trabajar con entrevistas (Hernández, 2014). Esta idea fue enunciada por Strauss y Glaser en 1967, que consiste en una metodología que trata de desarrollar una teoría basándose en la recolección y análisis sistemático de datos empíricos, no partiendo necesariamente de una teoría o hipótesis inicial. Glaser (2001) la define así:

“Es una metodología de análisis, unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva. El producto de la investigación final constituye una formulación teórica, o un conjunto integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área sustantiva que es objeto de estudio”.

Como metodología de análisis, el muestreo teórico se destaca, porque tanto el número, el tamaño de la muestra y los rasgos de la población básica no se conocen a priori. Su estructuración se realiza gradualmente a lo largo del proceso de investigación y no se realiza según criterios de representatividad, sino según la relevancia de los casos. Este tipo de muestreo desarrollado por Glaser y Strauss (1967), supone la elección de casos, de los grupos e individuos a estudiar, y se produce durante el proceso de interpretación de los datos. La Tabla 4.7 muestra las diferencias entre el muestreo teórico y el muestreo estadístico.

Tabla 4.7. Muestreo teórico versus muestreo estadístico.

| Muestreo teórico | Muestreo estadístico |
|---|--|
| La extensión de la población básica no se conoce de antemano. | La extensión de la población básica se conoce de antemano. |
| Los rasgos de la población básica no se conocen de antemano. | La distribución de los rasgos en la población básica se puede estimar. |
| Extracción repetida de los elementos de muestreo con criterios que se han de definir de nuevo en cada paso. | Extracción única de una muestra siguiendo un plan definido con antelación. |
| El tamaño de la muestra no está definido con antelación. | El tamaño de la muestra está definido de antemano. |
| El muestreo acaba cuando se alcanza la saturación teórica. | El muestreo finaliza cuando se ha estudiado la muestra entera. |

Fuente: Wiedman, (1995) citado en Flick (2012).

Respecto a la saturación el autor más reconocido por el trabajo desde estos conceptos es Bertaux (1988), quien opina que el investigador no puede estar seguro de haber alcanzado la saturación, sino en la medida en que haya buscado conscientemente diversificar al máximo sus informantes. La pregunta para dicho criterio consiste en responder, a quiénes y a cuántos

entrevistar. Para él, la saturación es un proceso que opera en el plano de la representación, el cual se construye poco a poco.

Ahora bien, la saturación teórica está unida al muestreo teórico, por lo que no debe hablarse de aquella cuando se ha cumplido la saturación de datos, escenarios o acontecimientos, lo que constituye un avance como se aprecia en los planteamientos de Strauss y Corbin (1990), para quienes, su propósito es “maximizar las oportunidades de comparar acontecimientos, incidentes o sucesos para determinar cómo varía una categoría en términos de sus propiedades y dimensiones”. En este sentido, el muestreo teórico es acumulativo: el investigador se interesa por generar el mayor número posible de categorías y el muestreo las hace más densas y saturadas.

Para que haya saturación, es necesario cumplir tres condiciones: a) que no haya datos nuevos, b) que las categorías estén bien desarrolladas en términos de sus propiedades y dimensiones, c) que las relaciones estén bien establecidas y validadas. En resumen, la investigación cualitativa y por ende el estudio de caso, es enfática en los conceptos de muestreo teórico y saturación teórica en los términos en que Strauss y Corbin (1990) los plantearon como criterios para asegurar la validez, credibilidad en el paradigma cualitativo y la confiabilidad o dependabilidad en este paradigma.

La codificación teórica (Glaser, 2001), es un concepto que cubre un proceso sistemático y riguroso de análisis y conceptualización por medio del cual se aplican procedimientos y estrategias que culminan con el surgimiento de una categoría central cuya caracterización va a ser expresada en términos de una teoría emergente.

Charmaz (2011) se refiere a los códigos de la siguiente manera: El código es el enunciado corto que el teórico fundamentado construye para representar un fragmento de los datos. Los códigos clasifican, sintetizan y más significativamente, analizan los datos. Los códigos conectan los datos empíricos con la conceptualización que de ellos hace el teórico fundamentado. Los mejores códigos son cortos, simples, precisos y analíticos. Estos códigos dan cuenta de los datos en términos teóricos, pero a la vez en términos accesibles. Los códigos varían en cuanto a sus niveles de abstracción, dependiendo de los datos, de la perspicacia del investigador y del momento en el proceso de investigación.

Hay básicamente dos tipos de códigos para generar: substantivo y teórico. Los Códigos substantivos conceptualizan la substancia empírica del área de estudio. Los códigos teóricos conceptualizan cómo los códigos substantivos pueden relacionarse uno con otro como hipótesis para ser integradas dentro de una teoría. Por ejemplo, dos códigos substantivos generados para una unidad de cuidados intensivos en un hospital son pérdida social y atención. Ellos pueden ser codificados teóricamente en una hipótesis como una causa basada en grado. Así, cuanto mayor es la pérdida social, mayor es la atención prodigada por las enfermeras (Glaser, 2001).

4.4. DISEÑO DE ESTUDIO DE CASO

Un diseño de investigación por medio del estudio de caso se compone de cinco componentes (Yin, 1994):

- Las preguntas de investigación.
- Las proposiciones teóricas.
- La (s) unidad (es) de análisis.
- La vinculación lógica de los datos a las proposiciones.
- Los criterios para interpretar los datos.

Las preguntas de investigación y las proposiciones teóricas servirán de referencia o punto de partida para la recolección de los datos desde los distintos niveles y para el análisis de los casos pues, tanto las preguntas de investigación como las proposiciones teóricas, contienen los constructos (conceptos, dimensiones, factores o variables). A partir de dichas preguntas se buscan datos, sistemáticamente, para extraer conclusiones.

Las preguntas, los datos y las conclusiones, están vinculados lógicamente entre sí por el diseño del caso. Los diseños pueden ser de un caso simple o de múltiples casos. Por otra parte, se le puede clasificar como casos holísticos o encapsulados, según se utilice una o varias unidades de análisis. Estos diseños se presentan en una matriz de dos dimensiones, como la de la Tabla 4.8: dimensión vertical, holístico o encapsulado. La unidad de análisis puede ser un individuo, un grupo, una compañía, un país. La unidad de análisis ayuda a definir el alcance del caso, complementa las proposiciones y permite acotar la búsqueda de

información. El caso, es con frecuencia un proceso, una institución, o un evento no tan bien definido como un individuo. La definición de la unidad de análisis está vinculada con la forma en que se presentaron las primeras preguntas de la investigación.

Tabla 4.8. Tipos básicos de diseño para estudios de casos.

| Diseño de caso único (o simple) | Diseños de múltiples casos |
|---|-----------------------------------|
| Holístico (unidad de análisis única). | Tipo 1. |
| Encapsulado (múltiples unidades de análisis). | Tipo 2. |

Fuente: Yin (1994).

Si sólo se busca examinar la naturaleza general de una empresa o problema se utiliza un enfoque holístico. Se procede así cuando no se logra identificar sub-unidades o sectores o cuando la naturaleza del estudio es holística. Si se examinan una o varias sub-unidades de una organización o programa, se utiliza un enfoque encapsulado.

Dimensión horizontal: diseños simples o múltiples. Los diseños simples (o únicos) se utilizan cuando, de modo análogo a un experimento crucial, un caso crítico permite probar una nueva teoría, o establece las circunstancias en que valdrían ciertas proposiciones. También un diseño simple se aplica en casos únicos o extremos, o un caso revelatorio, en el que se presenta a los ojos del investigador un fenómeno antes no estudiado.

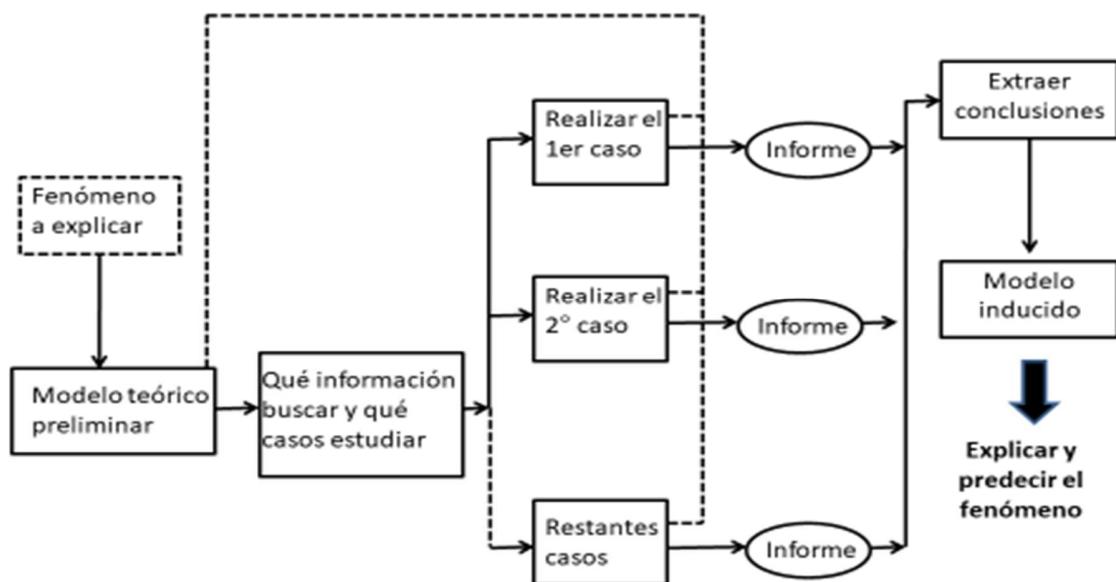
En este punto, es necesario precisar que existe un problema común a todos los métodos de investigación, tanto cualitativo como cuantitativo, en las ciencias sociales, correspondiente a que la evidencia puede ser compatible con un gran número de teorías alternativas. Por este motivo, un caso crítico puede permitir comprobar cuál es la mejor teoría entre las que compiten. Ante la inexistencia de casos críticos, es posible también comprobar si una teoría falla en explicar un caso más probable o explica un caso menos probable (George et al. 2005).

En lo que se refiere a los diseños múltiples tienen la ventaja de que su evidencia es más convincente y el estudio resulta más robusto. Por otra parte, se puede mencionar entre

sus desventajas que no permiten tratar con el caso revelatorio, raro o crítico y requieren más recursos. El tema del número de casos que conviene analizar es debatido por algunos autores. Dyer et al. (1991) se inclinan por el estudio de un solo caso y citan para avalar su posición ejemplos de casos clásicos, como Street Corner Society, que mostraría la importancia de concentrarse en el estudio a fondo de un único caso. Otros, como Eisenhardt (1989a, 1989b), sostienen en cambio, que es posible obtener recursos para casos múltiples. De hecho, hay ejemplos de casos múltiples ya clásicos, como Crozier (1964), Smith (1990), que relatan en su experiencia, como a medida que cada caso progresá a través de entrevistas, los datos se van adecuando a un patrón. En otras palabras, una teoría va emergiendo y los datos sucesivos se hacen predecibles a partir de la teoría.

La Figura 4.1 presentada a continuación, muestra el proceso de elaboración de un estudio explicativo de caso y sus etapas.

Figura 4.1. Proceso de elaboración de un estudio explicativo de casos.



Fuente: Bonache, J (1999), adaptado de Yin (1984).

Llevando este esquema a nuestro trabajo, en la elaboración del Capítulo 5, donde se expondrá el estudio de caso de esta tesis: “*Gestión de la Diversidad e Inclusión en Organizaciones de Salud Pública en Chile. Caso de Estudio: Políticas y Estrategias de Capital Humano, sus efectos en los Rendimientos, Hospital Del Salvador de Santiago de*

Chile”, se tomará como base el modelo de la Figura 4.1. En él se intentará explicar el fenómeno en estudio, utilizando un modelo teórico de los factores de la Diversidad y Gestión de la Diversidad, adaptado del modelo de Carmichael y Rijamampianina (2005), para luego obtener la información de fuentes primarias como entrevistas en profundidad a informantes claves del proceso, complementada con información secundaria extraída de documentación pública oficial del hospital, como son las cuentas públicas y datos obtenidos del Ministerio de Salud y Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, entre otros. Las entrevistas fueron realizadas, cara a cara, a directivos del hospital, profesionales de diferentes estamentos y unidades de trabajo, a técnicos paramédicos, administrativos, médicos y profesionales extranjeros, y a usuarios voluntarios que se encontraban en el hospital realizando algún trámite o servicio, con mayoría de edad y que accedieron a responder la entrevista estructurada.

El caso a construir, y que se presenta en el siguiente capítulo de esta tesis, será de carácter descriptivo. Los estudios descriptivos tienen como finalidad estudiar y explicar situaciones que ocurren en un contexto real, en esta oportunidad, de gestión en instituciones sanitarias. Consisten en describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales. De este tipo de estudio, pudieran derivarse eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificadas en una fase posterior. Cabe agregar que un estudio de caso de carácter descriptivo es, a la vez, un estudio observacional, en el cual no se interviene o manipula el factor de estudio; es decir, se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad concreta. A su vez, pueden ser clasificados en transversales y longitudinales.

El caso a presentar corresponde a un estudio transversal, ya que ocurre en un período acotado de tiempo. A la vez, para el caso que se expondrá, se adoptará la estrategia de un caso crítico, según la clasificación de Flyvbjerg (2006), correspondiendo a la categoría o modalidad de caso único de tipo tradicional (Yin, 2009), y su diseño obedecerá a una estrategia holística, ya que sólo contendrá una unidad de análisis, el Hospital Del Salvador de Santiago de Chile, y de tipo encapsulado que contiene múltiples unidades de análisis (Yin 1994).

El hospital objeto de este estudio, pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Oriente de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Allí se atiende a una población de 507.024 personas, todas mayores de 15 años, provenientes de las comunas de Providencia, Las Condes, Ñuñoa, Peñalolén, Lo Barnechea, Vitacura, Macul y La Reina. Es un hospital autogestionado³³ y que desde hace cinco años tiene implementado su sistema de gestión de calidad y cuenta con la certificación de sus procesos por estándares definidos por la Superintendencia de Salud chilena.

En la ardua labor por llevar a cabo el cumplimiento de sus objetivos estratégicos en materia de calidad y seguridad al paciente, dicha unidad hospitalaria ha sido merecedora de importantes reconocimientos a nivel nacional por su liderazgo en imagen y trayectoria al desarrollo de la salud pública chilena, muy vinculada con la Universidad de Chile desde su fundación. Este hospital, además atiende a pacientes remitidos de otras instituciones de salud del estado, así como de las diferentes regiones del país, siendo un referente a nivel nacional, se reconoce como pionera en trasplantes hepáticos y cardiovasculares.

³³ Hospital Autogestionado es un establecimiento dependiente del Servicio de Salud chileno, que es descentralizado y con grados de autonomía en su gestión, especialmente en aquellos aspectos relativos a la definición de estructura y el manejo de los recursos humanos y materiales y financieros.

Cuadro 4.1. Cuadro resumen - Método de Caso

| Método de estudio de caso (s) | Objetivos de investigación | Estrategias | Clasificación de casos | Diseño de un estudio de caso (s). | Tipos de diseño |
|--|---|---|--|---|---|
| <p>Características. El método de estudio de casos constituye una estrategia metodológica de la investigación cualitativa en ciencias sociales. En este sentido, Chetty (1996) indica que el método de estudio de casos es una metodología que es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren fenómenos sociales y organizacionales.</p> <p>Preguntas Centrales. Las preguntas sobre el <i>cómo</i> y <i>por qué</i> son especialmente relevantes, porque sus respuestas son las teorías.</p> <p>Aplicaciones.</p> | <p>El método de caso se puede aplicar en cuatro tipos de estudios:</p> <p>1) Explicativos. Son aquellos que pretenden revelar las causas o el porqué de un fenómeno Organizativo.</p> <p>2) Descriptivos. Analizan cómo ocurre un fenómeno organizativo dentro de su contexto real.</p> | <p>Existen cuatro tipos de estrategias (Flyvbjerg, 2006).</p> <p>1) En el primer tipo se seleccionan casos extremos que son situaciones excepcionales.</p> <p>2) El segundo tipo de selección se ocupa de casos críticos y se caracteriza por trabajar con casos que tienen una importancia estratégica para la organización o</p> | <p>Modalidades de estudios de casos:</p> <p>1) Únicos o múltiples. El uso de múltiples estudios de casos permite una replicación lógica, o que una serie de casos pueden tratarse como una serie de experimentos, cada caso sirviendo para confirmar o descartar las inferencias extraídas de estudios previos.</p> <p>2) De tipo tradicional o no tradicional (Yin, 2009).</p> | <p>Un diseño de investigación de Estudio de Caso se compone de cinco componentes (Yin, 1994).</p> <p>1) Las preguntas de investigación.</p> <p>2) Las proposiciones teóricas.</p> <p>3) La (s) unidad (es) de análisis.</p> <p>4) La vinculación lógica de los datos a las proposiciones.</p> <p>5) Los criterios para interpretar los datos.</p> | <p>Según Yin 1994.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Holístico (unidad de análisis única) • Encapsulado (múltiples unidades de análisis) |

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| <p>Sociología, Ciencias Políticas, Administración General, Administración de RR.HH., Marketing.</p> | <p>Casos de Investigación / Casos de enseñanza.</p> <p>El estudio de caso como método de investigación en las ciencias sociales se concentra, particularmente, en la forma de cómo generar teorías sobre fenómenos sociales y organizacionales, generalmente, de causalidad compleja. En cambio, los casos de enseñanza se caracterizan, ya que, a través de un diálogo organizado sobre una situación real, el método utiliza la experiencia para la transmisión del conocimiento. Crespo (2000) sostiene que la discusión del caso es una mezcla de retórica, diálogo, inducción, intuición y razonamiento.</p> | <p>3) Exploratorios. Su objetivo es familiarizarse con una situación sobre la que no existe un marco teórico bien definido.</p> <p>4) Ilustrativos. Que ponen de manifiesto las prácticas de gestión de las empresas más competitivas. (Bonache,J. 1999)</p> | <p>para el problema estudiado.</p> <p>3) El tercer tipo de selección, denominado casos de varianza máxima, se caracteriza por seleccionar casos que proporcionan información en diversas circunstancias o escenarios del tema estudiado.</p> <p>4) Estrategia de casos paradigmáticos, o casos que resaltan características más generales de las unidades de estudio en cuestión.</p> | <p>Se considera de un formato tradicional, cuando hacen uso de una narrativa que siguen un orden lógico (Yin, 2009).</p> <p>El formato no tradicional se utiliza cuando el estudio de caso está diseñado para responder principalmente a una serie de preguntas, con hechos o sucesos que no necesariamente siguen un orden lógico y tradicional.</p> | |
|---|--|--|---|---|--|

Fuente: Elaboración propia con base en la bibliografía consultada.

CONCLUSIONES

De la investigación bibliográfica realizada, se puede concluir que el Método de Caso como herramienta de Investigación Cualitativa en las Ciencias Sociales, permite indagar detalladamente acerca de las causas de un problema social u organizacional. Su campo de aplicación debería estar en la agenda de trabajo de las escuelas de administración, ya que explican fenómenos organizacionales, apelando a sus causas, además se recomienda aplicar a temas contingentes sobre los cuales el investigador desea analizar y profundizar.

Los principales exponentes de este tipo de investigación social, se reconocen en los trabajos de Yin, R, K (1984, 1989, 1993, 1994); Stake, R. E. (1995); e Eisenhardt, (1989, 1991), Bonache (1999); autores que sirvieron de base para el desarrollo del presente capítulo.

Se debe precisar que existen diferencias entre el caso de investigación y el caso como método de enseñanza. Mientras que el método de caso en la enseñanza de la administración y otras disciplinas de las ciencias sociales, aborda uno o más de los problemas organizacionales o sociales, de manera metódica y secuencial, identificando causas y efectos, por medio de variadas metodologías de diagnóstico organizacional u otros proporcionados por las ciencias sociales y ofreciendo alternativas de solución a los problemas, siguiendo una línea teórica, el estudio de caso como método de investigación se considera una poderosa herramienta analítica, porque permite obtener información profunda y detallada de las unidades de estudio al concentrarse, particularmente, en la forma de cómo generar teorías sobre fenómenos sociales y organizacionales de causalidad compleja. Es más, el estudio de caso como estrategia metodológica de investigación científica, busca dar respuesta al ¿cómo? y ¿por qué? ocurren los problemas, indagando acerca de sus causas (Chetty, 1996); permitiendo estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola visión, facilitando el obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno.

Los estudios de casos son apropiados para investigaciones exploratorias, descriptivas o explicativas. Esta metodología puede usarse como estudios de casos únicos o múltiples. El uso de múltiples estudios de caso permite una replicación lógica, o que una serie de casos puedan tratarse como una serie de experimentos, sirviendo para confirmar o no las inferencias extraídas de otros estudios. Diversos autores señalan, que una de las debilidades del método de caso, es que no permite generalizar sus conclusiones a toda la población. Esta falencia no permitiría generalizar los hallazgos a otros casos; sin embargo, la lógica de la replicación permite fortalecer el razonamiento explicativo del caso, más aún, si se trabaja con múltiples unidades. Esta lógica permite incrementar el tamaño de una muestra hasta garantizar cierto grado de certeza. La lógica de la replicación resulta, por tanto, análoga a la del experimento múltiple.

Sin embargo, para reconocer la validez del método, es necesario que el estudio de caso deba ser precedido por el desarrollo de una teoría que permita la observación. La observación siempre está acompañada de la teoría. Todo buen diseño incorpora una teoría que sirve como plano general de la investigación, de la búsqueda de datos y de su interpretación. Una teoría es una respuesta a un ¿por qué?, que es la esencia de este método. Es un conjunto organizado de ideas referentes a cierta cosa o que trata de explicar un fenómeno. Yin (1994), mencionado posteriormente por otros autores, señala que en el estudio de caso deben tenerse presente cinco componentes relevantes: desde las preguntas y objetivos de la investigación, las proposiciones teóricas que guían la observación, la definición de límites de las unidades de análisis, la vinculación lógica de los datos a las proposiciones, hasta la definición de criterios para la interpretación de los datos obtenidos.

Por lo expuesto, la conclusión final, es que el estudio de caso constituye una poderosa estrategia de investigación cualitativa en las diversas disciplinas que integran las ciencias sociales, en particular las organizacionales y de gestión, complementando muy bien otros métodos usados en investigación social. Es por ello, que en la estrategia metodológica de la presente tesis, se optará por el desarrollo de esta metodología,

consciente de sus ventajas para la investigación social y el diseño de políticas públicas en el ámbito sanitario chileno.

REFERENCIAS

- Amit, R y Schoemaker (1993).** “*Strategic and organizational rent*”. *Strategic management journal*, 14 (1), 33-46.
- Anderson, John C, Manus Rungtusanatham, Y Roger G. Schroeder (1994).** “*A theory of quality management underlying the Deming Management Method*”. *Academy of Management Review*, Vol. 19, No. 3, pp. 472-509.
- Arias Mm, Giraldo Cv. (2011).** “*El rigor científico en la investigación cualitativa*”. *Investigación en Educación en Enfermería*. 29 (3).
- Barney, J. B. (2001).** “*Resource – based theories of Competitive Advantage: A ten -year retrospective on the resource based view*”. *Journal of Management*, 27(6), 643-650.
- Barney, J.B. (1991).** “*Firm Resources and sustained Competitive Advantage*”. *Journal of Management*, 17(1), 99-120.
- Bertaux. D. (1988).** “*El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades*”. En: Historia oral e historias de vida. Costa Rica. FLACSO, Cuadernos de Ciencias Sociales.
- Bonache, J. (1999).** “*El estudio de casos, Como estrategia de construcción teórica: características, críticas y defensas*”. Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa. N° 3, pag. 123-140. Asociación Científica de Economía y Dirección de la Empresa, ACEDE.
- Bowen, Harry P. & Wiersema, M. F. (1999).** “*Matching Method to Paradigm In Strategy Research: Limitations of Cross-sectional Analysis and Some Methodological Alternatives*”. *Strategic Management*, 20: 625-636.
- Carmichael T. Y Rijamampianina R. (2005).** “*General issues in management: A Pragmatic and Holistic Approach to Managing Diversity*”. *Problems and Perspectives in Management*, 1, 109 – 117. Ukraine: Board.

Castro, E. (2010). “*El estudio de casos como metodología de investigación y su importancia en la dirección y administración de empresas*”. Revista Nacional de administración, 1 (2): 31-54 Julio-Diciembre, 2010.

Charmaz, K. (2011). “*Grounded theory methods in social justice research*”. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (4a ed.). (pp.358-380).Thousand Oaks, CA: SAGE. Glaser, B. (1978). Theoretical sensitivity: Advances.

Chetty S. (1996). “*The Case Study Method for Research in Small- and Medium - Sized Firms*”. International Small Business Journal, vol. 5, Octubre – Diciembre.

Crespo, Ricardo F. (2000). “*The Epistemological Status of Managerial Knowledge and the Case Method,*” en Second ISBEE World Congress “The Ethical Challenges of Globalization”, Proceedings Latin America, Pp. 210-8.

Crozier, M. (1964). “*Performad two case studies of bureaucracy.*” University of Chicago Press.

Cuervo, A. (1993). “*El papel de la empresa en la competitividad*”. *Papeles de Economía Española*, 56, 363-378.

De La Cuesta-Benjumea, C. (2011). “*La Reflexividad: Un Asunto Crítico en la Investigación Cualitativa*”. Enfermería Clínica, 21(3):163-167. Universidad de Alicante. Dpto Psicología de la Salud.

Dean, J, W; Bowen, D. (1994). “*Management theory and total Quality: Improving Research and Practice Through Theory Development*”. The Academy of Management Review, vol. 19, N° 3, Jul. 1994.

Dyer, G. Gibb Y Alan L. Wilkins. (1991). “*Better Stories, not Better Constructs, to Generate Better Theory: A Rejoinder to Eisenhardt*”, Academy of Management Review, Vol. 16, No. 3, 613-619.

Eisenhardt, K.M. (1991). “*Better Stories and Better Constructs: The Case for Rigor and Comparative Logic*”, Academy of Management Review, 16 (3), 620-7.

Eisenhardt, Kathleen M. (1989 a). “*Building Theories from Case Study Research*”, Academy of Management Review, Vol. 1989, No. 4, pp. 532-550.

Eisenhardt, Kathleen M. (1989 b). “*Better Stories and Better Constructs: The Case for Rigor and Comparative Logic*”, Academy of Management Review, Vol. 1991, No. 3, pp. 620-627.

Freedman, David, Robert Pisani, y Roger Purves (1978). Statistics, W. W. Norton & Company, Inc. New York.

Flick, U. (2012). “*Introducción a la Investigación Cualitativa*”. Madrid: Ediciones Morata

Flyvbjerg, B. (2006). “*Five Misunderstandings About Case-Study Research*”. Qualitative Inquiry. Vol. 12, N° 2, April 2006. Pp. 219-245.

George, Alexander L. Y Andrew Bennett. (2005). “*Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*”. MIT Press, Cambridge, MA.

Gersick, C, J, G. (1988). “*Time and Transition in Work Teams. Toward a New Model of Group Development*”. The Academy of Management, vol. 31, N° 1, Mar. 1988.

Glaser B. G. & Strauss, A. L. (1967). “*The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*”. New York. Aldine.

Glaser Bg. (2001). “*The Grounded Theory Perspective: Conceptualization Contrasted with Description*”. Mill Valley: Sociology Press.

Godfrey, P.C. & Hill, C.W. (1995). “*The Problem of Unobservable in Strategic Management Research*”. *Strategic Management Journal*, 16(7), 519-533.

Gomm, R., Hammersley, M., & Foster, P. (2000). “*Case Study Method: Key Issues, Key Texts*”. London: Sage.

Grant, R. (2005). “*Contemporary Strategy Analysis*”. (5 ed). Oxford: Blackwell Publishing.

Hamel, G; Prahalad, C.K (1995). “*Compitiendo por el Futuro*”. Editorial Ariel, Barcelona.

Hammersley M, Atkinson P. (1995). “*Ethnography: Principles in Practice*”. 2a ed. London: Routledge.

Harris, S, G; Sutton, R. (1986). “*Function of Parting Ceremonies in Dying Organizations*”. Academy of Management, vol 29, N° 1, Mar. 1986.

Hernández, R. (2014). “*La Investigación Cualitativa a través de Entrevistas: Su Análisis Mediante la Teoría Fundamentada*”. Cuestiones Pedagógicas, 23, Universidad de Sevilla.

Kidder, L.H. (1982). “*Face Validity from Multiple Perspectives*”. New Directions for Methodology of Social & Behavioral Science, 12, 41-57.

Lawrence, P; Lorsch, J.W. (1967). “*Administrative Science Quarterly*.” Vol.12, N° 1. Sage Publications on Behalf of the Johnson Graduate School of Management, Cornell University.

Lincoln Ys, Guba Eg. (1985). “*Naturalistic Inquiry*”. Estados Unidos: Sage Publications; 1985. p. 289-414.

Maxwell, J. A. (1998). “*Designing a Qualitative Study*”. En L. Bickman D. J. y Rog (Eds.), Handbook of Applied Social Research Method (p. 69-100), Thousand Oaks, CA, Sage.

Mintzberg, H. (1973; 1991). “*The Nature of Management Work.*” Burlington; Ariel.

Mitchell, J. Clyde. (1983). “*Case and Situation Analysis*”, Sociological Review, Vol. 31, Issue 2, p. 187, 25 p. May.

Morse Jm, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. (2000). “*Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research*”. Int J Qual Method [Internet]. Disponible en: <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/4603/3756>.

Neil Sj. (2006). “*Grounded Theory Sampling: The Contribution of Reflexivity*”. J Res Nurs. 2006;11(3):253-60.

Patton Mq. (2001). “*Qualitative Research & Evaluation Methods*”. 3 ed. Thousand Oaks: Sage; 2001. p. 549-98.

Piekkari, R; Welch, C; Paavilainen, E. (2008). “*The Case Study as Disciplinary Convention. Evidence from International Business Journals*”. Organizational Research Methods. RMD, Academy of Management. June 2008.

Rossi, P, H; Freeman, H, E. (1993). “*Evaluation a Systematic Approach*”. Newbury Oark: Sage.

Rouse, M, J; Daellenbach, S. (1999). “*Rethinking Research Methods for the Resource – Based perspective: Isolanting Sources of Sustainable Competitive Advantage*”. Strategic Management Journal, vol 20, N° 5, May 1999.

Sarabia Sánchez, F. J. (1999). “*Metodología para la Investigación en Marketing y Dirección de Empresas*”, Madrid, Pirámide.

Silverman, D. (1993). “*Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk.*” Text and interaction. 2º edition. Londres: Sage Publications.

Smith, N. Craig. (1990). “*The Case Study: a Useful Research Method for Information Management*”, Journal of Information Technology, Vol. 5, pp. 123-133.

Stake, R. E. (1995). “*Case Studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of Qualitative Research*” (pp. 236-247). Thousand Oaks: Sage.

Stoeker, R. (1991). “*Evaluating and Rethinking The Case Study, The Sociological Review*”, 39 (1).

Strauss A, Corbin J. (1990). “*Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*”. Inglaterra: Sage Publications; 1990. p. 221-32.

Sutton, Robert I. Y Barry M. Staw. (1995). “*What Theory is Not*”, Administrative Science Quarterly, Vol. 40, Septiembre, pp. 371-384.

Vazquez-Presedo, Vicente (1998). “*Fundamentos de la Explicación Científica en Economía y Otras Disciplinas*”. N° 126, Universidad del CEMA, Buenos Aires.

Venkatraman, N., Grant, J. H. (1986). “*Construct measurement in Organizational Strategy Research: A Critique and Proposal, Academy of Management Review*”, 11 (1): 71-87.

Venkatraman, N., Grant, J. H.(1986). “*Construct Measurement in Organizational Strategy Research: A Critique and Proposal, Academy of Management Review*”,11(1):71-87.

Weick, Karl E. (1989). “*Theory Construction as Disciplined Imagination*”, Academy of Management Review, Vol. 14, No. 4, 516-531.

Yacuzzi, E. (2005). “*El Estudio de Caso Como Metodología de Investigación: Teoría, Mecanismos Causales, Validación*”. Universidad del CEMA, Buenos Aires.

Yin, R. K. (1981). “*The Case Study as a Serious Research Strategy*”. Knowledge, volume 3, issue.1 page (s) 97-114. The Case Study Institute. Inc. Washington, D.C.

Yin, R. K. (1984/1989). “*Case Study Research: Design and Methods, Applied social research Methods Series*”, Newbury Park CA, Sage.

Yin, R.K. (1993). “*Applications of Case Study Research, Applied Social Research Methods Series*” (Vol. 34), Newbury Park, CA, Sage.

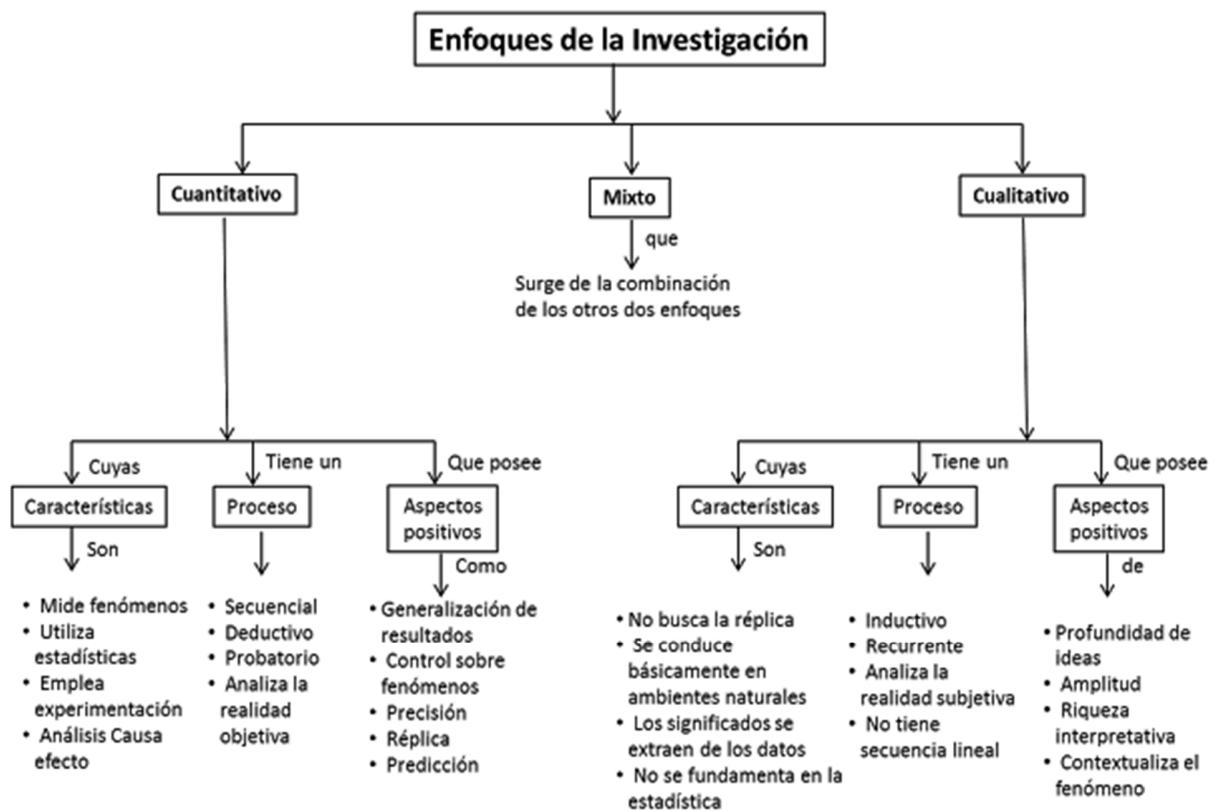
Yin, R.K. (1994). “*Case Study Research – Design and Methods, Applied Social Research Methods*” (Vol. 5, 2nd Ed.), Newbury Park, CA, Sage.

Yin, R.K. (2003). “*Case Study Research – Design and Methods, Applied Social Research Methods*” (Vol. 5, 2nd ed.), Sage, Washington D.C.

Yin, R.K. (2009). “*Case Study Research – Design and Methods, Applied Social Research Methods*”. (Vol. 5, 2nd ed.), Newbury Park, CA, Sage.

ANEXOS

Anexo 4.1. Características principales de enfoque de investigación cuantitativa y cualitativa.



Dr. Oscar Rafael Guillén Valle
Doctor en Educación

CAPÍTULO 5

GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD E INCLUSIÓN EN ORGANIZACIONES DE SALUD PÚBLICA EN CHILE

Caso de Estudio: “Políticas y Estrategias de Capital Humano, sus efectos en los Rendimientos, Hospital Del Salvador de Santiago de Chile”

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, Chile ha presentado un notorio cambio en su fuerza de trabajo, conformado por profesionales jóvenes con ideas y aspiraciones distintas a las antiguas generaciones, personas más informadas y con mayores niveles de formación, personas con distintos grados y tipos de discapacidad que demandan condiciones laborales dignas para poder realizarse, y trabajadores que buscan que sus valores, creencias y motivaciones se vean alineadas con sus organizaciones. Estas situaciones ejemplifican diferentes fuentes de diversidad en los ámbitos demográfico, funcional y sociocultural respectivamente, a las que se ven enfrentadas hoy en día organizaciones de variada naturaleza en Chile.

El área de la Salud Pública, y en particular el Hospital Del Salvador de Santiago (HDS), que es la Organización Social en que se realiza este caso de estudio, se caracteriza por su gran *diversidad* en cuanto a las personas que lo conforman. El HDS es un centro tradicional e ícono en la salud pública chilena. Cuenta con personal muy diverso en cuanto a género, rango etario, nivel de formación, tareas asignadas, responsabilidades, motivaciones, estilos de liderazgo y en los últimos años, nacionalidad y procedencia. En Chile se ha observado, en los últimos años, un notorio aumento de profesionales extranjeros en el área de la salud, particularmente médicos, que han decidido establecerse de manera permanente en el país. Esta cifra creció en un 63,6% entre el 2015 y el 2017, según informe de Departamento de Gestión de Información y Estadística del Ministerio de Salud (DEIS 2017), alcanzando los 7.537 médicos extranjeros inscritos para desempeñarse, tanto en el sector público como privado (Anexo 5.1). Esta situación ha sido fundamental para sanear, en parte, la escasez de médicos en el sector público, particularmente de especialistas, tanto en el área Metropolitana como en zonas alejadas del país, muy probablemente debido a la carencia de recursos en las instituciones públicas que afectan el efectivo desempeño profesional de los médicos, además del bajo nivel de remuneraciones y beneficios, comparados con el sector privado, que han conducido a una permanente fuga hacia ese sector. El fenómeno de la inmigración no ha sido un tema fácil de sobrelevar para los chilenos, ya que existen diferentes posturas, incluyendo algunas asociadas a prejuicios y generalizaciones, que se

manifiestan en ejercicio de las posiciones laborales y que en muchos casos aluden al bajo rendimiento y menores competencias de los profesionales y trabajadores extranjeros.

Por otro lado, y a modo de contextualización del sector, es relevante mencionar que, en primer lugar, en Chile se observa un importante número de hospitales públicos que presentan altos niveles de endeudamiento (Anexos 5.2 y 5.3). Es así, que al año 2018, el endeudamiento hospitalario alcanzó los \$801.000 millones CLP³⁴, cifra récord que implica un incremento del 27 % respecto de 2017³⁵. En segundo lugar, las listas de espera significativas en atenciones de diversas especialidades médicas, no GES³⁶, alcanzando al año 2018 la cifra de 120.711 pacientes, que incluyen plazos superiores a 3 años³⁷ en algunos casos. En tercer lugar, unas elevadas tasas de ausentismo laboral, que en el caso del HDS en los estamentos no profesionales (técnicos paramédicos, administrativos y personal auxiliar) supera el 20%. De lo anterior surge la necesidad de tratar estos problemas por medio del diseño de Políticas y Estrategias efectivas de Gestión de Personas o Capital Humano, con orientación a la Diversidad e Inclusión, que favorezcan la articulación de estos factores y su incidencia en los rendimientos laborales, tomando como indicadores de estos, algunos de los siguientes: productividad laboral, como intervenciones quirúrgicas mayores y menores realizadas; dotaciones efectivas por estamento de trabajadores; tasas de ausentismo; rotación; reclamos por desempeño laboral; listas de espera (accesibilidad), calidad/seguridad en las atenciones e inclusión, entre otros aspectos.

Uno de los principales desafíos de la transformación de las sociedades actuales, para las organizaciones públicas y privadas, es el incremento de la diversidad en los grupos de trabajo y su necesaria inclusión social, entendiendo diversidad como el grado en el que los atributos demográficos y sociográficos, entre otros, de los individuos que conforman una organización, se encuentran heterogéneamente distribuidos en una población (Pelled, Eisenhardt y Xin, 1999, Nishii, 2013, Lauring & Klitmoller, 2017).

Ningún país escapa de esta tendencia que abre a las organizaciones una nueva vía de

³⁴ Expresado en pesos chilenos.

³⁵ Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales, Minsal, 2019.

³⁶ GES: Las garantías explícitas en salud constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para personas afiliadas a Fonasa y a las Isapres.

³⁷ Fuente: Subsecretaría de redes asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Marzo 2019.

oportunidades. La diversidad social y cultural puede convertirse en una ventaja competitiva para aquellas organizaciones, como los hospitales, que buscan desarrollar una cultura creativa e innovadora, de crecimiento y competitividad, debiendo para ello respetar las individualidades y fomentar políticas de formación de recursos humanos y de liderazgo efectivo para aprovechar los potenciales beneficios de la heterogeneidad de su fuerza laboral (Martiniello, 2003; Geddes, 2006).

El uso estratégico de la Diversidad de los individuos y equipos de trabajo cobra cada día mayor importancia por contar con culturas innovadoras para la solución de problemas atingentes como, por ejemplo, en el caso de los hospitales públicos, para reducir las prolongadas listas de espera y hacer frente a las elevadas tasas de ausentismo de personal. Las organizaciones con altos niveles de desarrollo en esta capacidad, disponen de políticas de gestión de recursos humanos que contratan a personas de orígenes sociales y culturales distintos, con *backgrounds* y *mindsets* variados, lo que les permite generar aproximaciones multidisciplinarias a sus desafíos cotidianos, y con ello, construir soluciones robustas y diferenciadoras.

Por citar dos fuentes de diversidad, a título de ejemplo, podemos citar la inmigración o las diferencias por sexo. En Chile tenemos un fuerte incremento de inmigrantes en los últimos cuatro años, pasando del 2,3% de la población en 2014, al 6,1% en 2018³⁸. Población que demanda servicios básicos de salud, educación y vivienda. Y que además aporta trabajo profesional, como se observa en el sistema público de salud chileno, en donde se han incorporado trabajadores a cubrir puestos laborales que no toman los chilenos, como son los cupos médicos en atención primaria y en hospitales de regiones y del Área Metropolitana, en donde los profesionales médicos inmigrantes llegan al 15% de la dotación (Casen 2017, Minsal 2018)³⁹.

Otro de los problemas observados en Chile, es la aún baja tasa de participación de la mujer en el mercado laboral, existiendo una importante brecha entre la participación laboral femenina versus la masculina. Chile se encuentra en la posición 63 de 144 países analizados

³⁸ Departamento de extranjería y migración del ministerio del interior de Chile, 2018.

³⁹ Casen: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, realizada por el Ministerio de Desarrollo Social. Minsal: Ministerio de Salud de Chile.

del ranking asociado al Índice Global de Brechas de Género 2017 (World Economic Forum, 2017). Según el INE⁴⁰ (2018), esta posición ha mejorado en los últimos años, observándose una creciente incorporación laboral de la mujer, sobre todo en áreas de servicios como lo es el servicio sanitario. En el año 2018, la tasa de participación laboral femenina alcanzaba sólo el 49,5% versus el 71,5% la de los hombres.

En este contexto, parece prudente preguntarse acerca de la existencia de políticas y prácticas de recursos humanos en las organizaciones chilenas, y en particular de las organizaciones públicas, que favorezcan la inclusión de personas socio demográficamente diversas, y que afecten la productividad laboral. Tal pregunta cobra relevancia para el sector público de salud chileno, en tanto que la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, por citar un ejemplo, cuya entrada en vigencia data del 1 de Enero del año 2005 (expuesta en el capítulo 1 de esta tesis), introdujo significativos cambios al sistema sanitario en Chile respecto a la manera de gestionar la salud, entre los que pueden mencionarse la constitución de redes asistenciales y la separación entre la provisión del servicio sanitario y la regulación de éste.

En la normativa referida se reconoce al personal sanitario como el principal activo propiciador del éxito de toda la gestión y, por ende, de la puesta en marcha de las modificaciones legales, razón por la cual deben necesariamente diseñarse estrategias, políticas y prácticas de gestión de recursos humanos que asuman la heterogeneidad de las personas que colaboran en cada organización de salud. En consecuencia, entre los retos que se han de afrontar con la creciente diversidad, se destacan los siguientes:

- Creciente inserción de las mujeres al mercado laboral, quienes progresivamente exigen el mismo trato laboral recibido por los hombres. Demandan, además, equidad de posibilidades de desarrollo profesional, mejores remuneraciones, beneficios como salas de cunas, jardines infantiles para sus hijos, además de la posibilidad de optar por jornadas laborales flexibles.
- Envejecimiento paulatino de la población. Esto constituye un desafío y una oportunidad para las organizaciones de salud, pues las personas mayores denotan un gran compromiso con sus tareas, y poseen conocimientos y experiencias que

⁴⁰ INE: Instituto Nacional de Estadística de Chile.

enriquecen el quehacer laboral, aportando cultura a las nuevas generaciones. Sin embargo, a su vez existen desventajas como son la mayor tasa de ausentismo por enfermedad, y posible resistencia a cambios e innovaciones.

- Incorporación o sustento de empleados discapacitados (con diversidad funcional). Dentro de sus objetivos de responsabilidad social, muchas organizaciones están aprovechando las competencias de personas con diferentes capacidades físicas o mentales. Así mismo, han adaptado los puestos de trabajo del personal que por cualquier motivo sufre alguna discapacidad.
- Atención y reivindicaciones de minorías étnicas y grupos religiosos. Las reivindicaciones de los pueblos originarios constituyen hoy un aspecto que está presente en muchas empresas y organizaciones sociales, por cuanto cada grupo presenta en su ámbito laboral sus propios valores y creencias y demandan reconocimiento de estas diferencias. Un ejemplo claro de esto dice relación con el festejo de fiestas mapuches⁴¹ en el caso chileno.
- Progresiva incorporación de inmigrantes. Chile en los últimos años ha experimentado un fuerte incremento de su número de inmigrantes, principalmente latinoamericanos, los que traen consigo sus costumbres y valores diferentes que las organizaciones deben saber gestionar.

En este contexto, en este capítulo se analizará el Hospital Del Salvador de Santiago de Chile mediante la metodología de caso (case study), teniendo presente que se trata de un hospital de alta complejidad, uno de los más antiguos del país y que forma parte del sistema público de salud de Chile, caracterizado por ser ícono de la salud pública, que nace con la consolidación de la República en el siglo XVIII. Institución vanguardista en el desarrollo tecnológico en importantes especialidades médicas como oftalmología, trasplantes renales y hepáticos, siendo un hospital de referencia a nivel nacional y formador de especialistas médicos en estas áreas, además de servir de campo clínico formador de otras profesiones del campo de la salud, y estar muy ligado a la Universidad de Chile desde su fundación. Este hospital está ubicado en la Región Metropolitana, pertenece al servicio de Salud Metropolitano Oriente, y atiende a una población de 507.024 personas mayores de 15 años,

⁴¹ Pueblo originario de Chile.

provenientes de las comunas de Providencia, Las Condes, Ñuñoa, Peñalolén, Lo Barnechea, Vitacura, Macul y La Reina. En el ámbito de la administración, destaca su preocupación y desarrollo por la gestión de Recursos Humanos, recibiendo un reconocimiento, “Premio Healthcare - 2015”, de parte de la sociedad de clínicas y hospitales chilenos, además del reconocimiento del Ministerio de Justicia Chileno por sus políticas de inclusión laboral.

5.1. OBJETIVOS

- Describir el Hospital Del Salvador, como una organización social, identificando su estrategia, estructuras y principales productos clínicos.
- Describir la dimensión demográfica de la diversidad presentes en el personal del Hospital, como: dotaciones por estamento, distribución etaria y de género, antigüedad, calidad jurídica de los contratos.
- Reconocer en las prácticas de la Gestión de Recursos Humanos del Hospital Del Salvador, la presencia de los factores de las tres (3) dimensiones del modelo de Diversidad definido para este caso de estudio y adaptado de Carmichael y Rijamampianina.
- Analizar los factores de la dimensión Demográfica, Funcional y Sociocultural que tienen mayor impacto en los rendimientos del hospital a juicio de informantes claves.
- Analizar las principales dimensiones de la Gestión de Diversidad (D.M.), implementadas en el Hospital Del Salvador.

La metodología elegida para la realización de este estudio es de carácter cualitativo, mediante un estudio de caso, en que se utiliza la técnica de la entrevista en profundidad a actores claves del proceso, complementada con información cuantitativa obtenida de documentación pública oficial del hospital, como son las cuentas públicas anuales y datos obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Unidad de Gestión de la Información de la División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud, Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, el Hospital Del Salvador (anuarios estadísticos).

El presente capítulo (5), está estructurado en los siguientes apartados: Una breve introducción y fundamentos del estudio de caso, luego se definen los objetivos, a continuación se presentan los fundamentos teóricos; en la sección (3) se detalla la metodología de estudios, atendiendo al enfoque, unidad de análisis y la técnica de recopilación de datos; en la sección (4) se presenta una descripción del caso “Hospital Del Salvador” en cuanto a su historia, variables demográficas y principales factores de rendimiento, lo que se complementa con datos de producción relevantes. En la sección (5) se presenta el análisis y resultados de las entrevistas a los actores claves. En la sección (6) se

efectúa la discusión de los resultados y finalmente en la sección (7) se presentan las conclusiones y recomendaciones de este caso de estudio.

5.2. FUNDAMENTOS

Como se ha desarrollado en el capítulo 3 de esta tesis, “Los recursos humanos y la gestión de la diversidad: modelos y perspectivas teóricas”, los hospitales son organizaciones diversas en cuanto a la composición de personas que la conforman. El concepto de *Diversidad* incorpora un amplio espectro de diferencias individuales y grupales (Sánchez – Apellániz, 2008). Así, desde el punto de vista individual, cada persona es diversa cuando se compara con otras. Las personas son resultado de una multiplicidad de rasgos. Un individuo puede ser extrovertido o introvertido, flexible o rígido, pasivo o agresivo. De la misma forma, los grupos de individuos comparten características que los distinguen de otros grupos. Algunas de estas características, como el género, la raza, la edad u orientación sexual, no pueden ser controladas por los individuos involucrados. Mientras que otras, como la formación, ocupación, afiliación a un partido político o religión, pueden llegar a modificarse a través de elecciones conscientes y esfuerzos deliberados. En este sentido, adquiere relevancia gestionar conscientemente la diversidad en las organizaciones insertas en entornos de alta exigencia y complejidad, como lo son los hospitales públicos, los cuales deben su misión a la satisfacción de necesidades de sus múltiples grupos asociados. Reconocer en las prácticas de la Gestión de Recursos Humanos del Hospital Del Salvador, y la presencia de los factores de las tres (3) dimensiones del modelo de Diversidad adoptado para el desarrollo de este trabajo, constituye como uno de los objetivos a lograr en este capítulo. Surge también la necesidad de gestionar la diversidad como estrategia de dirección de personas, y por ello, debe entenderse como un compromiso sistemático y planeado por parte de la organización hospitalaria para reclutar, retener y desarrollar empleados con diferentes habilidades y backgrounds (Chinchilla y Cruz, 2011); (Bassett-Jones, 2005); (Ng y Burke, 2005), ello también es uno de los objetivos definidos para este capítulo.

La Gestión de la Diversidad o Diversity Management (D.M.), expuestas en el capítulo 3 de esta tesis, para efectos de este trabajo se ha definido como “la Estrategia de Dirección de Personas, que comprende objetivos y acciones tendientes a vincular, retener y desarrollar empleados con competencias diferentes, las que provienen de las dimensiones demográficas,

funcionales y socioculturales, con el objetivo de desarrollar ventajas competitivas y alcanzar competitividad y eficacia organizativa”.

Como una estrategia corporativa, D.M. se caracteriza por ser de carácter voluntario para afrontar la diversidad demográfica que se experimenta en el lugar de trabajo (Cascio, 2006), a fin de aprovechar tal diversidad como ventaja competitiva de la empresa. Lo importante de esta definición es que se refiere a la gestión de la diversidad como una estrategia de carácter voluntario y no sólo como reacción ante un determinado marco legal.

Cabe destacar que dentro de las perspectivas teóricas que explican la D.M., se encuentran los paradigmas de Atracción-Similitud (Byrne, 1971) y de Identidad Social (Akerlof & Kranton, 2000). Ambas teorías parten del supuesto de que los sujetos prefieren las relaciones con otros sujetos similares a ellos. En esa línea, la similitud es garante de comunicación e integración social entre los miembros del grupo, y la teoría de la Identidad Social pone énfasis en los procesos psicosociales que subyacen a esta similitud. El principal argumento de esta teoría dice que parte importante de la autoconcepción del sujeto proviene de su ser social.

1. Actuaciones en una de las vertientes de la diversidad

En cuanto al diseño de políticas y prácticas de gestión de personas con orientación a la diversidad, Ely y Thomas (2001) sostienen que, en el diseño de estas políticas y prácticas al interior de las organizaciones, hay tres perspectivas que deben ser consideradas, teniendo presente que para los autores referidos, el concepto de diversidad cultural es integral, incluye las tres dimensiones de diversidad definidos para este trabajo, es decir los aspectos, demográficos, funcionales y socioculturales:

Discriminación y justicia. Desde esta perspectiva, que tiene como supuesto la creencia en una mano de obra multicultural como un imperativo moral, la diversidad cultural se presenta como un mecanismo orientado a la equidad en las oportunidades. Se establece el tratamiento justo a todas las personas, bajo la máxima de la supresión de los prejuicios y la no discriminación, pero que no se articula como una forma de ligar la diversidad con el trabajo del grupo. En esa línea, desde esta perspectiva, se complica el aporte de experiencias y habilidades por parte de los individuos.

Acceso y legitimidad. Bajo esta perspectiva, asociada a prácticas de reclutamiento y selección de personal, la diversidad cultural emerge como un recurso valioso, aunque marginal, pues está orientado fundamentalmente a la consecución de acceso y legitimación organizacional en un mercado culturalmente diverso. Para esto, se busca la coincidencia cultural entre algunas partes de la fuerza de trabajo y el mercado. Es relevante tener en cuenta que, como resultado de esta perspectiva en tanto práctica, pueden surgir conflictos y tensiones tanto a nivel interracial como interfuncional, capaces de inhibir los aprendizajes y las habilidades necesarias para la eficacia de las personas.

Integración y aprendizaje. A partir de esta perspectiva, la diversidad cultural es un recurso potencialmente valioso que puede permitir a las organizaciones la reconfiguración de sus tareas primarias, y la redefinición de sus mercados, productos, prácticas y estrategias. En esta línea, la diversidad le permitirá a la organización acceder a mercados antes inaccesibles. La Integración y aprendizaje, descrita por Ely y Thomas (2001), supone que los conflictos y diferencias culturales dan pie a diferentes experiencias, conocimientos y habilidades, que pueden levantar información acerca de nuevas alternativas para una mejor realización del trabajo. Se favorece la discusión abierta de los diversos puntos de vista, pues las diferencias son valoradas como oportunidades para el aprendizaje organizacional y la adaptabilidad.

2. Datos del caso chileno

Por otro lado, y como se explica en el capítulo 1 de esta tesis, la política sanitaria chilena vigente introduce significativos cambios al sistema, respecto a la manera de gestionar la salud y que tienen impactos en las Gestión de Personas. Se puede mencionar la constitución de redes asistenciales para asegurar: el acceso, exigencias de rendimientos, calidad, transparencia y seguridad del paciente. Con ello, implícitamente se está propiciando la gestión de la diversidad de los equipos de trabajo en los diferentes niveles de atención sanitaria, pero desde la perspectiva de acceso y legitimidad en la propuesta de Ely y Thomas (2001).

Sin embargo, parece prudente preguntarse acerca de la existencia de políticas de desarrollo del capital humano en el sistema de salud público chileno, con orientación a la

gestión de la diversidad y la inclusión, que articulen los criterios que la definen y a la vez acojan la normativa de inclusión de acuerdo a la Ley 21.015 de Inclusión Laboral del 1 de abril de 2018, que establece que los organismos públicos y privados con más de 100 empleados deben destinar un 1% de su dotación para acoger personas con alguna discapacidad. En cuanto a la enorme cantidad de profesionales inmigrantes latinoamericanos que trabajan en los diferentes niveles de atención de salud en Chile, que alcanza a 7.537 habilitados en el sector público chileno (2018), debiera existir una política que responda a sus expectativas profesionales y personales. Tal pregunta se vuelve relevante en tanto se reconoce que la modernización legal de la gestión de los recursos humanos en el sector salud aún forma parte de la agenda pendiente.

Y es que en la normativa referida se reconoce a los colaboradores del sector salud como el principal activo propiciador del éxito de toda la gestión y, por ende, de la puesta en marcha de las modificaciones legales. Por esta razón deben, necesariamente, diseñarse estrategias, políticas y prácticas de gestión del capital humano, que asuman la heterogeneidad de las personas que colaboran en cada establecimiento de salud.

Es relevante, además, señalar la carencia de médicos especialistas, para atender las necesidades del sector público de salud y que ha sido un problema que no se ha podido resolver, pese a que desde 2010 se ha puesto especial énfasis en la formación de nuevos facultativos, abriendo cada vez más cupos y becas financiadas por el Estado.

Durante el último gobierno de Michelle Bachelet (2014-2018), el plan consistió en aumentar cada año en 370 la cantidad de plazas para médicos generales de zona en consultorios y entregar mil becas anuales para formar especialistas, siendo el Hospital del Salvador, uno de los principales centros formadores de especialistas debido a su conexión con la Universidad de Chile.

Pero los esfuerzos hechos hasta ahora podrían no ser suficientes, ya que un estudio encargado por el Ministerio de Salud detectó que la falta de médicos es tan compleja, que en 12 años más, en el sistema público podrían faltar hasta 7.200 profesionales trabajando a tiempo completo. De ellos, 4.772 corresponderían a médicos generales que se requerirían en los consultorios y 2.428 a especialistas que se desempeñarían en hospitales. Las razones que

explican este déficit, aparte de los cupos en formación, son los bajos incentivos y beneficios que otorga el sector público a estos profesionales en comparación al sector privado, con un fuerte éxodo a dicho sector. En este contexto los profesionales inmigrantes han venido a suplir, en parte, esta grave carencia de médicos.

Los movimientos migratorios son parte inherente de la globalización y llegan a incrementar las tasas de diversidad a las distintas organizaciones sociales. De acuerdo con el Departamento de Estudios de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de Chile (2017), el 44% de los médicos de la atención primaria en salud son extranjeros, y en la atención secundaria y terciaria, esta tasa alcanza el 15%, especialmente en hospitales de regiones o en zonas apartadas de la Región Metropolitana. Así, el número de médicos extranjeros que trabajan en el sistema público del país asciende a 1.817, representando tan sólo el 24,1% del total de médicos extranjeros inscritos en el registro del Ministerio de Salud [MINSAL], para desempeñarse tanto en el sector público como privado. Esta realidad se constituye como una fuerte preocupación para el MINSAL, para asegurar calidad y seguridad homogénea a los pacientes. En ese sentido, el MINSAL ha exigido desde 2009 a todos los médicos inmigrantes, la rendición del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina [EUNACOM], que también es aplicado a los médicos chilenos recién egresados, constituyéndose como una forma objetiva de comparar los conocimientos de los médicos que inician el ejercicio de la profesión, y al mismo tiempo informar a las escuelas de medicina respecto a falencias en distintas áreas.

El EUNACOM, en palabras de María Eliana Gutiérrez (2010), jefa del Departamento de Recursos Humanos del MINSAL, “actúa como filtro... que además, va a frenar a los médicos extranjeros”. Esta expresión es relevante dado que el índice de reprobación del EUNACOM en 2017, fue de un 72% para extranjeros versus el 3% de chilenos, manteniéndose estable los resultados desde 2014. Cabe recordar que esto los habilita para ejercer la profesión en el sistema público de salud del país. El segundo, Izkia Siches, presidenta del Colegio Médico (2018), afirmó que esta cifra no sorprende, ya que hay un aumento sistemático de extranjeros que llegan al país a ejercer la profesión con formaciones muy heterogéneas. Se reconoce una importante brecha de médicos en el sector público de

salud, especialmente de especialistas, lo cual explica que haya pacientes que pasan meses esperando por una atención en el sector público.

Como dato complementario, cabe señalar que en el sector público se registran 1,44 consultas por habitante al año (incluyendo atenciones con médicos generales y especialistas). Mucho menos que las 3,4 consultas por habitante al año, si se consideran las atenciones del sector privado, y lejos de las 6,6 consultas por habitante al año, que tienen en promedio los países de la OCDE (Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, 2018).

3.- Consideraciones teóricas

Las organizaciones son constructos sociales que reflejan la estructura que tienen los mercados laborales y las competencias del personal con la que cuentan. Los hospitales están fuertemente afectados por cuatro cambios sociales fundamentales, que a su vez, impactan a la diversidad organizacional. Primero, la globalización que promueve el cruce entre personas de diversas culturas, tanto por la internacionalización de organizaciones variadas, como por los movimientos migratorios que trae consigo (Fernández-Alles & Cameló – Ordaz, 2014). Segundo, se han producido cambios en la composición demográfica de los mercados del trabajo, entre los que puede identificarse la incorporación progresiva de la mujer al mundo laboral (Martiniello, 2003; Geddes, 2006). Tercero, es posible observar la emergencia de nuevas formas de organización, como las redes y las alianzas estratégicas, lo que supone la superación de las estructuras organizacionales más tradicionales (Huggins, R & Izushi, H, 2013), viéndose fomentada la interacción entre personas de distintas localidades y culturas (Fernández-Alles & Cameló – Ordaz, 2014). Por último, un cuarto cambio está definido por el incremento de las actividades terciarias. El sector servicios requiere de equipos de trabajo diversos y empáticos con los públicos objetivos (Huggins, R & Izushi, H, 2013).

En el contexto de la economía del conocimiento, y de un mundo interdependiente reinado por la permanente incertidumbre, la diversidad social y cultural puede convertirse en una ventaja competitiva para aquellas organizaciones que buscan innovación, crecimiento y adaptabilidad, debiendo para ello respetar las individualidades fomentando políticas de formación de recursos humanos y de liderazgo efectivo en favor del aprovechamiento de los potenciales beneficios de la heterogeneidad de su fuerza laboral (Geddes, 2006; Martiniello, 2003). No obstante, debe considerarse que esta tendencia puede también convertirse en

fuente de amenaza para las organizaciones, si éstas no son capaces de gestionarla estratégicamente.

5.3. METODOLOGÍA

5.3.1. Enfoque y unidad de análisis

La investigación se realiza con un enfoque cualitativo, un estudio de caso de alcance descriptivo, diseño no experimental y transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2010; Mertens, 2010; Creswell, 2012). La estrategia de investigación es el estudio de caso (Yin, 2009). La razón de elegir el Hospital Del Salvador (HDS), como objeto de estudio del presente caso (Anexo 5.4), obedece a que constituye un ejemplo en el desarrollo de la gestión del área de Recursos Humanos, particularmente en la implementación de políticas y prácticas innovadoras, que han merecido el reconocimiento tanto interno como externo al hospital. Además de ser un establecimiento de tercer nivel de atención, o de alta complejidad, que cuenta con todas las especialidades médicas y administrativas de un centro asistencial de alta complejidad, poseer una dotación efectiva de 2.284 funcionarios, muy diverso en composición etaria, de género, formación y procedencia socioculturales y nacionalidad. En este hospital son 1.446 mujeres y 838 hombres (63% y 37% respectivamente). EL HDS, se ha caracterizado siempre por ser una institución vanguardista en el desarrollo tecnológico, tanto en el ámbito clínico como de gestión hospitalaria. Es un centro de referencia a nivel nacional y formador de especialistas médicos, y está muy ligado a la Universidad de Chile desde su fundación.

En el ámbito de la gestión administrativa, en la última década ha destacado por ser un centro pionero en el desarrollo de automatización de importantes procesos de gestión, como son el centro logístico de abastecimientos de insumos y materiales, la bodega de farmacia, la ficha electrónica, telemedicina, receta electrónica, entre otros; lo que le ha permitido mayores estándares de control y una mayor agilidad en la gestión de recursos. En el ámbito de la gestión de Personas, destaca la continua y creciente formación de RR.HH. que ha realizado en materias de Gestión, estrategia desarrollado en un lapso de 5 años, período en que formó a todos sus directivos y supervisores en materias de gestión hospitalaria, contratando a la Universidad Diego Portales, para tal cometido (se dictó el Diplomado en Gerencia

Estratégica en Salud). Atendida la estrategia de RR.HH y la estructura adoptada, obtuvo reconocimientos por su mayor profesionalización y servicios a las unidades clínicas y administrativas del hospital, aportando valor desde la visión de ser un socio estratégico en el quehacer institucional; sobresalen en este ámbito, la creación de la unidad de relaciones laborales, del “generalista” de RR.HH, profesional inserto en la base de las operaciones organizacionales, servicio médico del personal, comités de licencias médicas, además de la formalización e implementación de políticas de reclutamiento, selección, capacitación y demás procesos de una administración moderna de RR.HH., con orientación a la diversidad e inclusión, prácticas que se vienen realizando desde antes de la implementación de la ley 21.015 de inclusión laboral del 2018. Como se menciona precedentemente, el HDS, se ha hecho acreedor de varios reconocimientos por su preocupación y desarrollo por la gestión de los Recursos Humanos, entre los que destaca el “Premio Healthcare - 2015”, de parte de la sociedad de clínicas y hospitales chilenos, además del reconocimiento del Ministerio de Justicia Chileno por sus políticas de inclusión laboral. Siendo un modelo para otras instituciones hospitalarias chilenas reconociéndosele como pionero y centro formador en algunos ámbitos de la gestión, otorgando pasantías y capacitaciones a profesionales provenientes de otros hospitales de los distintos servicios de salud de la región metropolitana, y de otras regiones del país.

El Hospital Del Salvador, está ubicado en la Región Metropolitana, pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Es un hospital autogestionado, que desde hace 5 años tiene implementado su sistema de gestión de calidad y cuenta con la certificación de sus procesos por estándares definidos por la Superintendencia de Salud Chilena. En la ardua labor por llevar a cabo el cumplimiento de sus objetivos estratégicos en materia de calidad y seguridad al paciente, dicha unidad hospitalaria tiene importantes reconocimientos a nivel nacional por su liderazgo en imagen y trayectoria al desarrollo de la salud publica chilena. Este hospital atiende a pacientes remitidos de otras instituciones de salud del Estado, así como de las diferentes regiones del país, siendo un referente a nivel nacional y, reconocido como pionero en trasplantes renales (en 1968 se convirtió en el primer centro asistencial público en realizarlos), y más recientemente en trasplantes hepáticos, cardiovasculares y cirugía oftalmológica.

5.3.2. Técnica de Recolección de Datos

Debido a la opción metodológica en el diseño de esta investigación, que es de carácter cualitativo, mediante un estudio de caso, se decide utilizar la técnica de la entrevista en profundidad (Anexo 5.5) a actores claves del proceso, complementada con información secundaria obtenida de documentación pública oficial del hospital, como son las cuentas públicas anuales que deben realizar los directivos superiores, y datos obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Unidad de Gestión de la Información de la División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud, Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, el Hospital Del Salvador (anuarios estadísticos) y Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. Estos datos fueron complementados con las entrevistas hechas, cara a cara, a Directivos del hospital, Profesionales de diferentes estamentos y unidades de trabajo, a Técnicos Paramédicos de Nivel Superior (TENS), Administrativos, Médicos Nacionales y Extranjeros, y a Usuarios Voluntarios que están presentes en el hospital realizando algún trámite o servicio, con mayoría de edad y que accedieron a responder la entrevista estructurada.

Los entrevistados fueron elegidos mediante muestreo teórico (Vallés, 2009), con un total de 25 individuos (Anexo 5.6). Esto significa que las personas que se entrevistaron son consideradas como aquellos que, en forma suficiente, pueden contribuir al desarrollo del caso en estudio, aplicándose para determinar el total de los individuos entrevistados, la estrategia de la saturación teórica, que consistió en incrementar el tamaño muestral hasta lograr el nivel de saturación. Así, el muestreo teórico no presenta tamaño definido por cálculos probabilísticos, sino por criterios teóricos de saturación de las categorías investigadas, vale decir, hasta cuando el dato adicional que se recolecta no agrega información significativa a lo que ya se tiene (Bertaux, 1988; Osses, et al, 2006).

Los individuos entrevistados fueron contactados en forma personal por el investigador. Todos los contactados aceptaron participar en el estudio. La composición y cantidad de personas entrevistadas se presenta en la Tabla 5.1.

Tabla 5.1. Tipo de actores entrevistados según rol desempeñado

| Tipo de actor o estamento | Nº |
|--|-----------|
| Directivos | 4 |
| Profesionales Universitarios ⁴² | 8 |
| Médicos cirujanos. | 6 |
| Técnicos Paramédicos (TENS) ⁴³ | 3 |
| Administrativos | 2 |
| Usuarios | 2 |
| Total | 25 |

Fuente: Elaboración propia.

El trabajo de campo se lleva a cabo entre el 12 de diciembre de 2018 y el 15 de febrero de 2019. Actividad complementada entre el 15 de julio y el 20 de agosto de 2019. Para la recopilación de la información se utiliza la técnica cualitativa de entrevista individual estructurada y en profundidad, a través de la cual se abordan los diferentes tópicos del estudio. Las entrevistas duraron entre 30 minutos y 1 hora y se realizaron en dependencias del Hospital Del Salvador de Santiago de Chile. Las entrevistas fueron administradas solamente por el investigador con el fin de obtener mayor consistencia y reducir la variación en el enfoque de los temas presentados a los sujetos. Las entrevistas fueron grabadas, previa suscripción de un consentimiento informado y transcritas en forma literal. Posteriormente, y como criterio de rigor científico, fueron enviadas a los entrevistados para darles la oportunidad de hacer comentarios o correcciones. Las transcripciones fueron leídas por el investigador y codificadas de acuerdo a la técnica de análisis de contenido en su aproximación inductiva. No se influye en los entrevistados para responder a las preguntas formuladas. Mediante las entrevistas, y la recopilación de datos de fuentes secundarias, se obtiene una caracterización del ambiente de trabajo en el hospital y se indaga acerca de la existencia de políticas para la gestión del capital humano en el hospital objeto de estudio, y se analiza la relación del constructo de diversidad y su relación con los rendimientos en esta

⁴² Profesionales universitarios: Enfermeros, Tecnólogos médicos, nutricionistas, kinesiólogos etc.

⁴³ TENS: Técnicos paramédicos de nivel superior. Según el código sanitario chileno corresponde a un técnico de nivel superior capacitado para integrar equipos de salud, colaborando con los profesionales del área, en la ejecución de procedimientos básicos de enfermería y en la atención humanitaria del individuo, la familia y la comunidad.

organización social. La medición del constructo diversidad/rendimiento de la gestión de Personas del Hospital Del Salvador, se fundamenta en la adaptación propia hecha a partir del modelo de diversidad de Carmichael, T & Rijamanpianina, R (2005), y que se ha propuesto en el capítulo 3 de esta tesis, referida a “Los recursos humanos y la gestión de la diversidad: modelos y perspectivas teóricas, y a la definición de variables de rendimiento asociada al constructo de gestión de la Diversidad” y que se expone en la Tabla 5.2.

Tabla 5.2. Definición conceptual de dimensiones de Desempeño o rendimiento organizacional en Hospitales.

| Nombre de la Dimensión | Descripción | Fuente de dato (conceptos) |
|-------------------------|---|--|
| - Productividad | Evalúa el rendimiento del trabajador o equipos de trabajo en su cometido. Se expresa en el cumplimiento de metas, en el número de atenciones realizadas, o procedimientos, exámenes u otra expresión de cumplimiento por jornada laboral. | Pitts, (2009). Andersen, S. & Moynihan, D. (2016). Torres y Lastra (2008). |
| - Ausentismo | Evalúa número de días que un trabajador se ausenta de su posición laboral, debido a causas diversas, como pueden ser los permisos con o sin goce de remuneraciones, licencias médicas por enfermedad común, feriados, etc. | Bohlander, (2009). Cox y Blake, (1991) Chiavento, (2007). |
| - Rotación | Evalúa el movimiento interno o externo de trabajadores en una organización, referido a entradas y salidas a una posición laboral. | Bohlander, (2009); Jackson et al. (2003); Cox y Blake, (1991). |
| - Egresos Hospitalarios | Se considera egreso hospitalario al procedimiento técnico-administrativo que se efectúa cuando el paciente abandona el hospital. De acuerdo al tipo de egreso, este puede ser por mejoría, por traslado a otra institución de salud, por voluntad propia, fuga o defunción. | Cuenta Pública Hospital del Salvador 2018. |

| | | |
|--|--|--|
| - Días de estada | Evalúa la permanencia de un paciente hospitalizado. | Minsal/2017. Depto. de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. |
| - Satisfacción en el trabajo | Evalúa el nivel de agrado experimentado por un trabajador en su posición laboral. | Cox & Blake, (1991); Ely, (2004). |
| - Accesibilidad | Evalúa las posibilidades de acceso que los usuarios tienen sobre los servicios médicos en general. | Torres y Lastra, (2008). |
| - Capacidad de respuesta/ Oportunidad (Lista de esperas en hospitales) | Evalúa si la cantidad de empleados es suficiente para la atención, así como la oportunidad de la atención. Tiempos de espera razonables, para poder recibir el servicio médico solicitado. | Torres y Lastra (2008); Regaira et al., (2010); Casalino, (2008). |
| - Calidad-Seguridad. | Refiere a la competencia del personal, la confianza en las revisiones y diagnósticos médicos realizados, así como en los resultados de exámenes que se brinda a los pacientes. Seguridad que el paciente tiene de recibir el servicio que le fue prometido. Es decir, prestar el servicio en el momento preciso, cuando es requerido y de manera correcta. | Torres y Lastra (2008); Casalino (2008); Regaira et al., (2010); Jélvez et al., (2010); Castellano y González, (2010). |
| - Empatía | Medición del trato, atención e interés que el personal de la institución hospitalaria manifiesta hacia los usuarios de la misma y el cuidado que se da de manera individualizada. Para que se dé la empatía es necesaria una buena comunicación entre la organización y el usuario. | Torres y Lastra (2008); Casalino (2008); Regaira et al., (2010); Jélvez et al., (2010). |
| - Responsabilidad | Expresa la disposición que tiene el personal para ayudar a los pacientes. | Jélvez et al. (2010). |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| - Innovación | Evalúa la capacidad del personal de modificar las formas de hacer el trabajo con mayor eficacia, de tal manera que resulte de mejor calidad y atienda a la seguridad del paciente. | Simon Calmar Andersen & Donald P. Moynihan, (2016) |
| - Calidad de decisiones. | Evalúa el grado de aciertos y efectividad de las decisiones que toma el personal directivo y de supervisión del hospital. | Simon Calmar Andersen & Donald P. Moynihan, (2016) |
| - Inclusión | Evalúa la disposición de la organización de contratar personas con alguna discapacidad física o psicológica. Y es la clave de los esfuerzos de diversidad actuales. | Broadnax, (2010) |

Fuente: Elaboración propia, basada en literatura consultada.

5.3.3. Técnicas de análisis de datos

La calidad de la investigación se cautela a través de los criterios de rigor científico de validez de contenido, que en el paradigma cualitativo se representa por el Criterio de *Credibilidad*, que se reconoce por hallazgos considerados reales o verdaderos por las personas que participan en el estudio. Confiabilidad que en paradigma cualitativo es análogo al criterio de *Dependabilidad*, que significa que se trabajó en un proceso sistemático y serio, y la *Transferibilidad* que es la posibilidad de trasladar los resultados a otros contextos (Lincoln & Guba, 1986; Arias & Giraldo, 2011). En este estudio de caso, la credibilidad se obtiene mediante la triangulación de datos de los sujetos entrevistados, y el envío de las transcripciones a estos sujetos. La dependabilidad, en base a la descripción sistemática de la metodología utilizada. La *Reflexividad* en la conducción del análisis, significa la construcción de un proceso analítico inductivo, en que el investigador se vuelve sobre sí mismo, para examinar críticamente el efecto que tiene sobre el estudio y el impacto de las interacciones con los participantes. La reflexividad, expresa la conciencia del investigador, habla de su conexión con la situación de la investigación (De la Cuesta-Benjumea, 2011). La transferibilidad se consigue sustentándola en la homogeneidad estructural y organizacional del sistema de salud chileno, que permite transferir parte de los hallazgos a otros hospitales de alta complejidad que respondan a características similares a las del caso analizado.

Después de identificar los factores determinantes, que explican la relación entre las variables de diversidad y los rendimientos de los servicios de salud, se procede al tratamiento de los datos con estadística descriptiva para exponer las características sociodemográficas de los entrevistados, así como para indagar acerca de los factores de diversidad que presentan mayor impacto en los rendimientos a juicio de los actores entrevistados (Tabla 5.3).

Tabla 5.3. Características de la muestra (N=25).

| Variable | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|-------------------------------|------------|----------------|
| Género | | |
| Femenino | 12 | 48 |
| Masculino | 13 | 52 |
| Estado Civil | | |
| Soltero | 8 | 32 |
| Casado | 17 | 68 |
| Separado | - | - |
| Viudo | - | - |
| Edad | | |
| 18-29 | 5 | 20 |
| 30-49 | 13 | 52 |
| 50-64 | 5 | 20 |
| 65 y más | 2 | 8 |
| Antigüedad Laboral | | |
| Menor a 5 años | 10 | 40 |
| Entre 5 y 9 años | 8 | 32 |
| Entre 10 y 19 años | 3 | 12 |
| Mayor o igual a 20 años | 3 | 12 |
| Desempleado (Usuario) | 1 | 4 |
| Nivel Máximo Educacional | | |
| E. Básica | 1 | 4 |
| E. Media | 1 | 4 |
| Técnico | 5 | 20 |
| Universitaria (Profesionales) | 18 | 72 |

Cargo/Estamento⁴⁴

| | | |
|-----------------------|----|----|
| Directivo | 4 | 16 |
| Profesional | 8 | 32 |
| Médicos | 6 | 24 |
| Técnicos Paramédicos | 3 | 12 |
| Administrativos | 2 | 8 |
| Usuarios | 2 | 8 |
| Calidad Jurídica | | |
| Planta | 6 | 24 |
| Contrata | 5 | 20 |
| Honorario | 13 | 52 |
| Desempleado (Usuario) | 1 | 4 |

Fuente: Elaboración propia.

Es importante destacar que las entrevistas se conducen como conversaciones abiertas en las que se abordan tópicos como factores determinantes de los rendimientos, los estilos de liderazgo, compensaciones, factores sociodemográficos del personal, aportes de personal extranjero, entre otros, y complementado en algunos casos, con un cuestionario semiestructurado (Anexo 5.7). Se pretende también reconocer las estrategias desarrolladas por el hospital objeto de estudio para gestionar la diversidad e inclusión del personal. En las entrevistas no se abordan ni se hacen referencias a éxitos o fracasos, con el explícito propósito que pudieran describir objetivamente el proceso en que participan y evitar juicios evaluativos. Para identificar la importancia relativa de los diferentes factores de diversidad, la información se organiza por medio de unidades de análisis y se presta atención a la recurrencia con que los entrevistados se refieren a situaciones que identifican a algunos de los factores investigados (Wengraf, 2012).

Para Olavarría- Gambi (2017), el principal supuesto detrás de esta estrategia de investigación es el siguiente: si un(a) entrevistado(a) a menudo se refiere a situaciones o circunstancias que identifican un factor de diversidad y su impacto en los rendimientos es interpretado como que ese factor es importante en esos rendimientos y existe una política explícita o implícita en que él o ella participan. Para operacionalizar esta estrategia analítica,

⁴⁴ Según la ley 18.834, estatuto administrativo, artículo 5, las categorías o plantas del Personal del Estado de Chile son: directivos, profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares. La categoría profesional está referida a las personas con título profesional universitario. Los médicos cirujanos, cirujanos dentistas y químicos farmacéuticos se rigen por un estatuto independiente, regidos por la ley 15.076.

se identifican oraciones que aludan a alguno de los factores de diversidad, se contabilizan y se agrupan según el rol desempeñado por el entrevistado. Dado que los entrevistados pueden referirse más de una vez a cada uno de los factores de diversidad, el número de oraciones contabilizadas es mucho mayor que el número de entrevistados(as). De este modo, la identificación de la importancia relativa de los factores de la gestión de la diversidad se basa en cuán recurrentemente los(as) entrevistados(as) se refieren a ellas durante las entrevistas. Complementariamente, el análisis también pone atención a la relación que se da entre estos factores y cómo los(as) entrevistados(as) las perciben (Hernández –Carrera, 2014). Para la presentación de los resultados del análisis, los(as) entrevistados(as) son agrupados según el rol que cumplen en el proceso de implementación, información que es desarrollada en el acápite 5.5 del presente documento. El análisis de datos proveniente de información secundaria, como documentos oficiales, se orienta a identificar los objetivos, énfasis, expectativas y enfoques de los Directivos del hospital respecto de las políticas de diversidad e inclusión y otros actores de la política pública, y responsabilidades asignadas a diferentes estamentos del caso estudiado. Particular atención se da a las cuentas públicas presentadas por el hospital. Por medio de la revisión de literatura académica, los informes de gestión y el análisis de expertos, se busca identificar las situaciones y circunstancias que afectan a los rendimientos del hospital objeto del caso de estudio, los que luego son incluidos como tópicos en las conversaciones con los entrevistados.

5.4. HISTORIA Y DESCRIPCIÓN DEL CASO “HOSPITAL DEL SALVADOR” (HDS)

5.4.1. Historia

El Hospital Del Salvador de Santiago de Chile es un recinto hospitalario, de carácter público, que forma parte de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Ubicado en la comuna de Providencia, fue fundado el 7 de diciembre de 1871, siendo su construcción consecuencia de la preocupación del Estado por la excesiva mortalidad infantil y las epidemias de viruela y cólera que afectaban por esa época al país⁴⁵.

⁴⁵ “Hospital del Salvador (2018)”. Disponible en: <http://www.hsalvador.cl>.

La superficie elegida, fue un solar de propiedad del Convento de la Merced adquirido en 1870. El dinero empleado provino principalmente de la donación de los habitantes de Santiago. Sin embargo, el inicio de la Guerra del Pacífico en 1879 y otros problemas económicos, postergaron su construcción. Sólo en 1888 se pudo diseñar un nuevo proyecto y cuatro años más tarde se autorizó la construcción, la que fue dirigida por el Arquitecto Carlos Barrolet.

Avances

Durante la última década, el establecimiento ha tenido importantes avances en el área clínica y de gestión, con la incorporación de equipamiento tecnológico, en la mayoría de las especialidades clínicas, como en oftalmología, cirugía, cardiología, unidad de trasplantes, entre otras. Destacan los trasplantes de riñón, del cual es referente nacional. Cabe reseñar que el hospital es un importante centro de atención para enfermos renales crónicos. Unido a ello se ha avanzado en la automatización de procedimientos clínicos y administrativos, incorporando la ficha clínica electrónica en estos procesos, además de la remodelación del servicio de urgencia, y la licitación para la construcción de un nuevo edificio para el hospital, que actualmente se encuentra en etapa de construcción.

En el terreno de la humanización de la atención, dos hechos relevantes destacan a este establecimiento: la creación de la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos y la programación de visitas diarias de familiares a pacientes hospitalizados. En el servicio de urgencia, se instauraron las audiencias programadas con el jefe de turno para mantener informados a los familiares sobre el estado de salud de los pacientes.

En 2015, se instala el Hospital Modular Transitorio, obra complementaria previa a la construcción del nuevo Hospital Del Salvador e Instituto de Geriatría en la zona norte del actual establecimiento. En este proceso se trasladan más de 450 funcionarios al Hospital Modular Transitorio, que recibe a todas las áreas clínicas, administrativas e industriales que se ubican en el sector norte del Hospital⁴⁶.

⁴⁶ “Hospital del Salvador (2018)”. Disponible en: <http://www.hsalvador.cl>.

5.4.2. Descripción de la organización y declaraciones estratégicas

El Hospital Del Salvador pertenece a la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), constituido como su establecimiento base. Se caracteriza por ser un prestador institucional de salud de atención cerrada, de alta complejidad, en atención secundaria y terciaria de adultos. Asimismo, tiene el carácter de establecimiento asistencial docente y campo de formación profesional y técnica. Su dotación efectiva es de 2.284 empleados a la fecha de este estudio (diciembre, 2018)⁴⁷.

Declaraciones Estratégicas

Misión:

*“Buscar satisfacer, de acuerdo a nuestros recursos y capacidades, al paciente y a todos los grupos de interés relacionados a nuestra institución. La atención cálida, basada en la empatía, así como la eficiencia y resolución aplicada en la gestión diaria, que unida a nuestra calidad Asistencial-Docente serán las directrices de nuestro actuar.”*⁴⁸

Visión:

*“Ser un referente nacional en la resolución de aquellas patologías complejas a nuestro alcance, de acuerdo a las políticas del MINSAL y basando siempre nuestro accionar en el mejoramiento continuo, la investigación e innovación aplicada y la dirección estratégica, convirtiendo de esta manera a nuestra institución en un polo de desarrollo asistencial, docente y de innovación hospitalaria destacado a nivel nacional.”*⁴⁹

Valores:

- Solidaridad
- Empatía
- Compromiso
- Calidad
- Ética
- Respeto

⁴⁷ “Hospital del Salvador (2018)”. Disponible en: <http://www.hsalvador.cl>.

⁴⁸ “Hospital del Salvador (2018)”. Disponible en: <http://www.hsalvador.cl>.

⁴⁹ “Hospital del Salvador (2018)”. Disponible en: <http://www.hsalvador.cl>.

El hospital cuenta con las siguientes especialidades médicas:

Tabla 5.4. Especialidades del Hospital del Salvador.

| Especialidades |
|----------------------------|
| Cirugía |
| Medicina Interna |
| Hematología |
| Trasplante Hepático |
| Odontología |
| Unidad de Trasplantes |
| Oftalmología |
| Otorrinolaringología |
| Urología |
| Traumatología |
| Infectología |
| Psiquiatría |
| Endocrinología |
| Cardiología |
| Nefrología |
| Dermatología |
| Neurología |
| Unidad Trauma Ocular (UTO) |

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos por Ley de Transparencia.

5.4.3. Variables Demográficas o Primarias de Diversidad y Factores de Rendimiento

A diciembre de 2018, el Hospital del Salvador posee una dotación efectiva de 2.284 funcionarios, siendo 1.446 mujeres y 838 hombres. De acuerdo a la Tabla 5.5, y en la misma fecha anterior mencionada, podemos notar que la cantidad de funcionarias mujeres es superior a la de hombres, siendo un 63% y 37%, respectivamente. Las mayores diferencias se muestran en los estamentos de Médicos, siendo liderado por dotación masculina que se mantiene en los 6 años, mientras que, en Profesionales Universitarios, Técnicos y Administrativos son liderados por dotación femenina, en el mismo lapso de tiempo.

En relación a lo anterior, cabe señalar que en Chile la tasa de participación laboral femenina alcanza sólo el 49,5%, mientras que la de los hombres llega al 71,5% (INE, 2018). Pese a esto, tenemos que en el HDS, desde 2013, la participación femenina no baja del 60% con respecto al total de funcionarios, siendo su valor mínimo un 62% en 2013. Ello muestra que la variable de diversidad género es notoria en este hospital, con una tendencia a crecer en el tiempo.⁵⁰

Tabla 5.5. Dotación Efectiva por Estamento y Género

| Estamento | 2013 | | | 2014 | | | 2015 | | | 2016 | | | 2017 | | | 2018 | | |
|-----------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| | F | M | Total |
| Directivos | 4 | 11 | 15 | 1 | 4 | 5 | 1 | 4 | 5 | 1 | 4 | 5 | 1 | 4 | 5 | 1 | 4 | 5 |
| Médicos | 99 | 210 | 309 | 89 | 223 | 312 | 132 | 243 | 375 | 154 | 258 | 412 | 185 | 330 | 515 | 193 | 374 | 567 |
| Profesionales | 279 | 143 | 422 | 310 | 155 | 465 | 322 | 160 | 482 | 358 | 168 | 526 | 366 | 175 | 541 | 374 | 134 | 503 |
| Técnicos | 445 | 110 | 555 | 475 | 105 | 580 | 487 | 105 | 592 | 513 | 102 | 615 | 543 | 105 | 648 | 578 | 119 | 696 |
| Administrativos | 160 | 51 | 211 | 181 | 37 | 218 | 187 | 38 | 225 | 193 | 38 | 231 | 205 | 33 | 238 | 214 | 36 | 250 |
| Auxiliar | 107 | 153 | 260 | 107 | 153 | 260 | 101 | 157 | 258 | 88 | 162 | 250 | 84 | 164 | 248 | 91 | 171 | 263 |
| TOTAL | 1.094 | 678 | 1.772 | 1.163 | 677 | 1.840 | 1.230 | 707 | 1.937 | 1.307 | 732 | 2.039 | 1.384 | 811 | 2.195 | 1.446 | 838 | 2.284 |
| % | 62% | 38% | 100% | 63% | 37% | 100% | 64% | 36% | 100% | 64% | 36% | 100% | 63% | 37% | 100% | 63% | 37% | 100% |

Fuente: Fuente: Elaboración Propia. Datos obtenidos de la Subdirección de Personas HDS.

- F: Sexo Femenino
- M: Sexo Masculino

Tabla 5.6. Dotación de Personal por Estamento

| Estamento | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Directivos | 21 | 18 | 15 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Médicos | 273 | 301 | 309 | 312 | 375 | 412 | 515 | 567 |
| Profesionales | 352 | 386 | 422 | 465 | 482 | 526 | 541 | 503 |
| Técnicos | 528 | 541 | 555 | 580 | 592 | 615 | 648 | 696 |
| Administrativos | 211 | 214 | 211 | 218 | 225 | 231 | 238 | 250 |
| Auxiliares | 259 | 263 | 260 | 260 | 258 | 250 | 248 | 263 |
| Total | 1.644 | 1.723 | 1.772 | 1.840 | 1.937 | 2.039 | 2.195 | 2.284 |

Fuente: Elaboración Propia. Datos obtenidos de la Subdirección de Personas HDS.

⁵⁰ “Hospital del Salvador (2018)”. Disponible en: <http://www.hsalvador.cl>.

Analizando la Tabla 5.6 observamos que, durante los últimos ocho años, los tres estamentos con mayor cantidad de personal son Médicos, Profesionales y Técnicos, fundamentales en establecimientos de salud. En este mismo rango de tiempo (2011 -2018), podemos notar que estos tres grupos han tenido un notorio aumento de su fuerza laboral, en un 108%, 43% y 32% respectivamente. Por otra parte, también es notoria la disminución de personal Directivo a contar del 2014, en donde sólo se mantuvo a 5 posiciones laborales de esta categoría. Ello se debe a que, a contar del 2014, hubo una restructuración de las plantas físicas y recategorización de los puestos directivos, sacando de la planta directiva a varias posiciones de jefatura y de supervisión, siendo traspasados a la planta profesional. Esto es coherente con la restructuración total del HDS ya que, a contar del 2015, se inicia la instalación del Hospital Modular Transitorio, obra complementaria previa a la Construcción del Nuevo Hospital del Salvador e instituto Nacional de Geriatría.

Es importante destacar que el significativo aumento de los cargos de médicos, en más del 100% entre 2011 y 2018, se debe a que hasta 2014 la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile aportaba con cerca del 50% de estas posiciones laborales, lo que era suficiente para atender a la población beneficiaria de entonces. La actual dotación de estos profesionales aún es insuficiente para la demanda que se observa en este hospital, provocando listas de espera. Ello obedece a que este establecimiento atiende a una población que envejece, mayoritariamente femenina, que demanda un mayor número de atenciones de salud.

La Tabla 5.7 muestra la población beneficiaria del HDS, en los últimos 4 años. Cabe hacer presente que, hasta la cuenta pública del año 2016, la población beneficiaria considera al 100% de los habitantes de las comunas de Lo Barnechea, Las Condes, La Reina, Peñalolen, Macul, Nuñoa, Providencia y Vitacura. A partir de la cuenta pública 2017 en adelante, la población beneficiaria sólo considera a las personas mayores de 15 años de las comunas referidas. Ello se explica por la decisión ministerial de concentrar la atención pediátrica en otros centros hospitalarios de la Región Metropolitana.⁵¹

⁵¹ Fuente: Cuenta pública 2017, Departamento de Gestión de la Información, HDS.

Tabla 5.7. Población beneficiaria inscrita en el HDS en los últimos 4 años.

| 2015 | | | 2016 | | | 2017 | | | 2018 | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| F | M | Total |
| 347.714 | 262.311 | 610.025 | 352.846 | 256.025 | 608.871 | 353.145 | 153.879 | 507.024 | 303.123 | 204.622 | 507.745 |

Fuente: Cuenta Pública del HDS 2015-2018.

- F: Sexo Femenino
- M: Sexo Masculino

Tabla 5.8. Dotación de Personal Extranjero en el HDS en los últimos 4 años.

| Estamento | 2015 | | | 2016 | | | 2017 | | | 2018 | | |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | F | M | Total |
| Directivos | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Médicos | 9 | 17 | 26 | 11 | 15 | 26 | 10 | 18 | 28 | 7 | 18 | 25 |
| Profesionales | 5 | 9 | 14 | 6 | 8 | 14 | 7 | 6 | 13 | 8 | 7 | 15 |
| Técnicos | 4 | 2 | 6 | 3 | 2 | 5 | 2 | 4 | 6 | 2 | 4 | 6 |
| Administrativos | 1 | 3 | 4 | - | 3 | 3 | - | 4 | 4 | 1 | 4 | 5 |
| Auxiliar | 4 | 5 | 9 | 4 | 4 | 8 | 4 | 4 | 8 | 4 | 5 | 9 |
| TOTAL | 23 | 36 | 59 | 24 | 32 | 56 | 23 | 36 | 59 | 22 | 38 | 60 |
| % | 39 | 61 | 100% | 43 | 57 | 100% | 39 | 61 | 100% | 37 | 63 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia. Datos obtenidos de la Subdirección de Personas HDS.

- F: Sexo Femenino
- M: Sexo Masculino

La Tabla 5.8 nos muestra la evolución en los últimos 4 años de personal extranjero contratado en el HDS, en los diferentes estamentos; representando el 2,6% de la dotación total del hospital. También podemos dividir la dotación efectiva de personal del HDS según la calidad o categoría jurídica de contratos de trabajos. Ello se define como las distintas categorías que adoptan los puestos de trabajo, atendiendo a su permanencia o transitoriedad en la organización. Se distinguen tres categorías de puestos o cargos: Planta, caracterizada por su permanencia y estabilidad; Contrata, son cargos permanentes y que se renuevan año a año; y Honorarios, que son cargos transitorios, asociados a proyectos (Anexo 5.8). La calidad

o categoría jurídica que prevalece en las contrataciones del personal extranjero es mayoritariamente a honorarios, y en el caso de los médicos tienen la calidad de contratado.

En 2018, la lista de médicos extranjeros alcanza a 25 individuos (18 hombres y 7 mujeres), en su mayoría, en etapa de formación en alguna especialidad o subespecialidad médica. La lista está encabezada por médicos venezolanos, seguida de ecuatorianos y colombianos. Es importante mencionar que los médicos extranjeros siguen un proceso de inserción laboral en el sector público, el cual se inicia en la atención primaria (Consultorios y Centros de Salud Familiar, en la Región Metropolitana o regiones), para continuar su proceso formativo de especialización y trabajo en el sector terciario o de alta complejidad, desempeñándose mayoritariamente en los servicios de urgencia, como es la situación de los médicos entrevistados para este caso de estudio. Cabe hacer presente que, a nivel nacional, la lista de médicos extranjeros que trabajan en los diferentes niveles de atención en salud, tanto pública como privada, se encuentra encabezada por ecuatorianos (2.253), seguidos por colombianos (1.861) y venezolanos (1.366). El repunte, en tanto, está impulsado fuertemente por estos últimos, que pasaron de 70 profesionales en 2014 a 1.030 en 2017. Hay que mencionar que, en el caso de Venezuela, a diferencia de los otros países mencionados, estos poseen una destacada presencia de especialistas. De hecho, en la rendición del EUNACOM en 2017, el índice de aprobación del médico venezolano está por encima del 54%, que se distancia muchísimo del que le sigue, que es un 12%.⁵²

Según la Tabla 5.8, en todos los estamentos se ha ido contratando personal extranjero en el HDS a contar del 2015. En el caso de profesionales, se han seleccionado a enfermeros, tecnólogos médicos y terapeutas ocupacionales. En los estamentos de técnicos y administrativos se aprecia una baja proporción de contratos. En el caso de los técnicos (que son los técnicos paramédicos de nivel superior, TENS), existe alta oferta en el mercado nacional, además de no existir equivalente curricular en los demás países latinoamericanos. En el caso de los administrativos, existe una muy baja rotación de este estamento de personal. Cabe hacer presente que las labores de aseo, seguridad y otros que realizan los auxiliares,

⁵² Leiva, L. (2018). “Médicos extranjeros con registro al día crecieron 63,6% entre 2015 y 2017”. Subsecretaría de redes asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Marzo 2019.

son servidos por empresas externas que tienen un alto porcentaje de personal de origen extranjero, principalmente haitianos.

La Tabla 5.9 presenta una división por sexo y calidad o categoría jurídica de los trabajadores. A simple vista podemos notar que, durante 2018, el personal femenino domina las tres calidades jurídicas, siendo una amplia mayoría en el personal de Planta y Contrata. La división es bastante prominente en las dos calidades jurídicas mencionadas anteriormente, abarcando un 45% y 51% respectivamente del total, dejando en último lugar al personal a Honorarios, con un 4%.

Tabla 5.9. Dotación Efectiva por Estamento, Calidad Jurídica y Sexo. 2018.

| Estamento | Calidad Jurídica | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|
| | Planta | | | Contrata | | | Honorarios | | |
| | F | M | Total | F | M | Total | F | M | Total |
| Directivos | 1 | 3 | 4 | - | - | - | - | - | - |
| Directivo no Profesional | - | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - |
| Médicos | 36 | 137 | 173 | 106 | 205 | 311 | 7 | 6 | 13 |
| Odontólogos | 10 | 6 | 16 | 9 | 7 | 16 | - | - | - |
| Químicos | 4 | 2 | 6 | 12 | 5 | 17 | 3 | | 3 |
| Bioquímicos | 1 | 1 | 2 | 5 | 5 | 10 | - | - | - |
| Profesional | 90 | 32 | 122 | 268 | 95 | 363 | 11 | 7 | 18 |
| Técnico | 321 | 74 | 395 | 231 | 38 | 269 | 26 | 6 | 32 |
| Administrativos | 120 | 16 | 136 | 86 | 16 | 102 | 8 | 4 | 12 |
| Auxiliar | 67 | 104 | 171 | 23 | 55 | 78 | 2 | 12 | 14 |
| TOTAL | 650 | 376 | 1026 | 740 | 426 | 1166 | 57 | 35 | 92 |

Fuente: Elaboración Propia. Datos obtenidos de la Subdirección de Personas HDS.

- F: Sexo Femenino
- M: Sexo Masculino

En cuanto a los años de servicio de los funcionarios de planta, tenemos que el trabajador con mayor antigüedad inició su contrato en enero de 1970. El panorama general se puede apreciar en la Tabla 5.10. Como resultado, podemos notar que el 39% de los

trabajadores posee entre 10 y 20 años de servicio, seguido de un 32% con 5 a 10 años, 16% con 20 a 30 años, 8% menor a 5 años y, finalmente, un 5% con más de 30 años de servicio.

Es importante mencionar que, según frecuencia acumulada, la mayor cantidad de profesionales poseen más de 10 años de servicio en el Hospital Del Salvador. Cifra no menor, que podría ser asociada a acumulación de experiencia no sólo en el área de estudio, sino que en el trato y relación con sus pares con antigüedad similar.

Tabla 5.10. Años de servicio personal de Planta por Estamento (2018)

| Estamento | Años de Servicio | | | | |
|--------------------------|------------------|-------------|--------------|--------------|-----------|
| | < 5 años | 5 a 10 años | 10 a 20 años | 20 a 30 años | > 30 años |
| Directivos | 2 | - | 1 | 1 | - |
| Directivo no Profesional | - | - | - | 1 | - |
| Médicos | 6 | 119 | 10 | 29 | 9 |
| Odontólogos | 1 | 13 | 2 | - | - |
| Químicos | - | 6 | - | - | - |
| Bioquímicos | - | 2 | - | - | - |
| Profesional | 13 | 55 | 29 | 15 | 10 |
| Técnico | 31 | 75 | 178 | 79 | 32 |
| Administrativos | 11 | 27 | 72 | 23 | 3 |
| Auxiliar | 13 | 35 | 107 | 14 | 2 |
| TOTAL | 77 | 332 | 399 | 162 | 56 |

Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadísticas, HDS.

Otros datos importantes a saber de los empleados del HDS, para un mejor análisis del caso, son su rango etario y de discapacidad. Estas dos variables son fundamentales en el estudio de la gestión de la diversidad geográfica, ya que podemos ver, más adelante, si son causantes de algún tipo de discriminación o problemas a nivel de clima organizacional.

Observando la Tabla 5.11, podemos notar que el mayor porcentaje de funcionarios o empleados de planta se encuentra entre los 35 a 44 años, seguido por el rango de 45 a 54 años, pero con una notoria diferencia. Como contraste, tenemos que los funcionarios pertenecientes a los extremos, menores de 24 y mayores de 60 años, son minoría. Ello es

explicable, ya que en un hospital de alta complejidad se privilegia en los procesos de selección a personas con experiencia laboral comprobada y a profesionales que ya hayan concluido su ciclo formativo en alguna especialidad.

Tabla 5.11. Rango Etario por Estamento de empleados

| Rango Etario | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|
| ≤ 24 años | 22 | 22 | 23 | 25 |
| 25 a 34 años | 452 | 353 | 355 | 360 |
| 35 a 44 años | 1.142 | 1.107 | 1.130 | 1.106 |
| 45 a 54 años | 381 | 489 | 526 | 615 |
| 55 a 59 años | 66 | 105 | 130 | 144 |
| 60 a 64 años | 24 | 23 | 23 | 25 |
| ≥ 65 años | 7 | 7 | 8 | 9 |
| TOTAL | 2.094 | 2.106 | 2.195 | 2.284 |

Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadísticas, HDS.

Tabla 5.12. Cantidad de Funcionarios Capacitados⁵³ en el HDS.

| Estamento | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| Directivos | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| Médicos | 250 | 255 | 220 | 313 | 467 | 331 |
| Profesionales | 311 | 315 | 346 | 414 | 515 | 467 |
| Técnicos | 255 | 274 | 445 | 309 | 546 | 525 |
| Administrativos | 44 | 52 | 142 | 73 | 56 | 94 |
| Auxiliares | 74 | 131 | 161 | 113 | 167 | 182 |
| Total | 939 | 1030 | 1.317 | 1.225 | 1.754 | 1.601 |
| % | 53% | 56% | 68% | 60,1% | 79,9% | 70,1% |

Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadísticas, HDS.

⁵³ **Capacitación:** Cualquier esfuerzo que inicia una organización con el fin de fomentar el aprendizaje entre sus miembros, con un énfasis en las tareas de corto y mediano plazo. (Fuente: Bohlander et al, 2017).

De acuerdo a la Ley 18.834, en Chile la Capacitación se define como el conjunto de actividades permanentes, organizadas y sistemáticas destinadas a que los funcionarios desarrollen, complementen, perfeccionen o actualicen los conocimientos y destrezas necesarios para el eficiente desempeño de sus cargos o aptitudes funcionarias.

En cuanto a la capacitación empleada por el Hospital Del Salvador, según los datos provistos por la Tabla 5.12, tenemos que el porcentaje de beneficiados ha ido aumentando con los años (a excepción de una leve caída entre 2015 y 2016), llegando a una cobertura del 70,1% del total de trabajadores para el año 2018. Cifra bastante positiva, considerando que no sólo es el porcentaje de capacitación el que aumenta con los años, sino que también el total de funcionarios que se deben capacitar. Cabe hacer presente que el incremento experimentado a partir del 2015 es una respuesta a las exigencias del proceso de Acreditación de Calidad al que se ha sometido el HDS, a partir de esa fecha.

Tabla 5.13. Días, índice de ausentismo y gasto reemplazo por estamento, S.N.S.S.⁵⁴ (2017).

| Estamento | Días | Índice de Ausentismo | Monto valorizado en pesos |
|------------------------|------------------|----------------------|---------------------------|
| Profesionales | 597.932 | 16,5% | \$ 31.471.595.857 |
| Técnicos | 1.349.756 | 31,8% | \$ 30.637.549.557 |
| Personal Leyes Médicas | 265.161 | 8,7% | \$ 21.214.827.869 |
| Auxiliares | 424.055 | 21,9% | \$ 8.075.344.533 |
| Administrativos | 324.167 | 17,4% | \$ 6.296.181.849 |
| Directivos | 5.892 | 3,1% | \$ 530.019.999 |
| Otras plantas | 571 | 3,1% | \$ 13.211.495 |
| Sin Información | 16 | - | \$ 405.584 |
| TOTAL | 2.967.550 | 23,7% | \$98.239.136.743 |

Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadísticas, Ministerio de Salud.

Si nos enfocamos en los gastos en reemplazos en instituciones públicas de salud, a nivel nacional, que nos muestra la Tabla 5.13, tenemos que en 2017 el ausentismo laboral tuvo un costo para el Estado de \$98 mil millones.⁵⁵ Ello se debe según expertos del sector (Leiva, 2018), a que trabajar en salud pública, con todas sus precariedades, es uno de los trabajos más agobiantes y estresantes del mundo laboral, lo que sumado a la brecha de recursos humanos que hay en el sistema público, genera sobrecarga laboral y trae consigo enfermedades laborales y profesionales y las consecuentes licencia o permisos médicos para

⁵⁴ S.N.S.S. Sistema Nacional de Servicios de Salud.

⁵⁵ Leiva, L. (2018). “Costo del ausentismo laboral en salud de 2017 equivale a seis hospitales de alta complejidad”. Subsecretaría de redes asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Marzo 2019.

ausentarse temporalmente de su actividad laboral las que sólo pueden ser emitidas por cualquier médico habilitado por el estado, ya sea de la red pública o privada de salud.

Tabla 5.14. Ausentismo (%) anual del Personal del Hospital Del Salvador.

| Estamento | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Directivos | 7,7 | 6,1 | 8,2 | 7,2 | 6,7 | 7,2 | 6,0 | 5,7 |
| Profesionales | 13,8 | 14,4 | 14,2 | 14,4 | 14,7 | 14,7 | 14,1 | 13,7 |
| Técnicos | 25,7 | 28,8 | 30,6 | 26,8 | 30,7 | 23,7 | 23,6 | 23,2 |
| Administrativos | 16,8 | 16,5 | 21,3 | 17,6 | 15,2 | 16,3 | 15,3 | 16,1 |
| Auxiliares | 28,2 | 28,5 | 30,1 | 30,0 | 27,8 | 30,0 | 28,0 | 25,4 |
| TOTAL | 18,41 | 18,86 | 20,85 | 19,15 | 19,01 | 18,35 | 17,40 | 16,80 |

Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadísticas, HDS.

Pese a no existir grandes variaciones durante el periodo 2011-2018, el índice de ausentismo del HDS ha ido a la baja durante los últimos 4 años, alcanzando un mínimo de 16,8% en 2018. Si lo comparamos con las cifras de las instituciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud Pública, a nivel país, S.N.S.S. (Tabla 5.13), el HDS, por lo menos durante el 2017, posee un total de 6,3 puntos porcentuales menos que el índice nacional. Este es un aspecto bastante positivo, ya que implica menores gastos en reemplazos y afecta el rendimiento y factores de producción. Es importante señalar que el hospital está realizando significativos esfuerzos por reducir esta tasa, aplicando una estrategia que considera el acompañamiento y búsqueda de soluciones para aquellos funcionarios que presentan los mayores indicadores de ausentismo en un año.

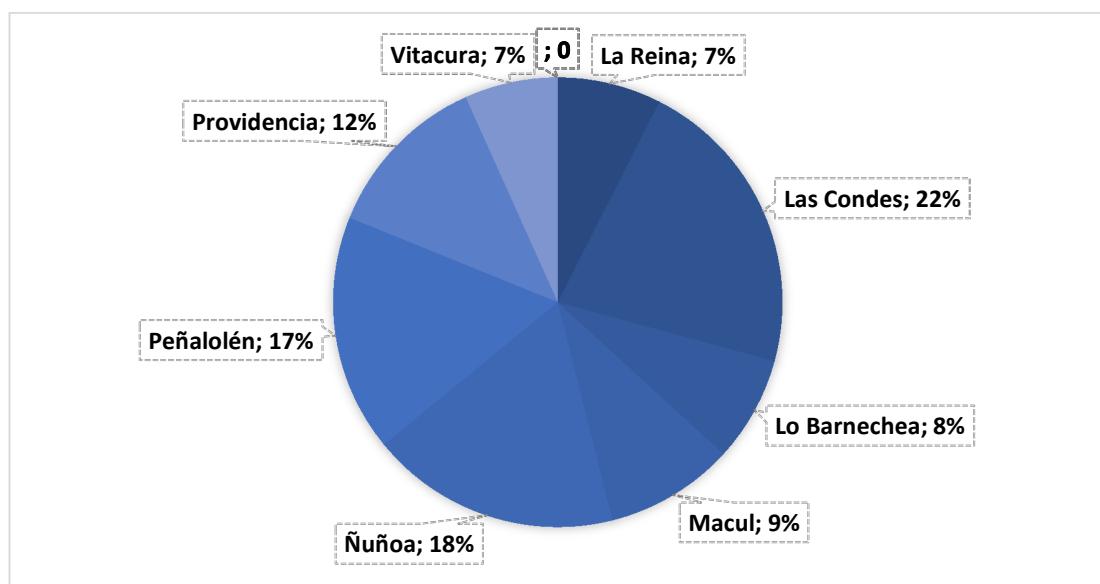
No obstante, podemos notar que el promedio anual de ausentismo es mucho mayor en los estamentos de auxiliares y técnicos, como lo señala la Tabla 5.14, mostrando una tendencia a la disminución en los últimos 3 años, pero no baja del 20% en ambos estamentos. Para los directivos del hospital este tema es estratégico, ya que incide directamente en los rendimientos y productividad, como suspensión de cirugías por ausencias de personal, lo que conlleva un incremento de listas de espera quirúrgica y de consultas de especialidades, entre otros. Por lo anterior, se han emprendido acciones como es la creación de la unidad de calidad de vida y del comité de ausentismo que analiza las causas del ausentismo y se interviene a

los trabajadores recurrentes. Es así que recientemente, toda licencia o permiso médico debe ser visada por el servicio médico del personal. Cabe destacar que, en el caso de los técnicos, la tasa del 23,2% en 2018 significa una ausencia de 161 TENS en el año, y para los auxiliares representan una ausencia 67 personas⁵⁶. Para el cálculo de las tasas de ausentismo se incluyen las siguientes causales: licencias médicas comunes y parentales, días administrativos, permisos parentales, feriados legales, por matrimonio, duelo y sin goce de remuneraciones, datos que son ratificados por las entrevistas hechas a diferentes actores del hospital.

Usuarios Hospital del Salvador

Antes de entregar datos específicos de producción, es importante conocer algunas cifras importantes asociadas a los usuarios del Hospital Del Salvador, para poder ver el alcance real y posicionamiento del establecimiento.

Figura 5.1. Población Beneficiaria Inscrita (mayor de 15 años). Año 2018.



Fuente: Elaboración Propia. Datos obtenidos de la Cuenta Pública HDS 2018.

La población beneficiaria del hospital, inscrita al 2018, (Tabla 5.7), corresponde a un total de 507.745 personas mayores de 15 años. Atendiendo las comunas de Peñalolén, Ñuñoa, Macul, Las Condes, Providencia, La Reina, Lo Barnechea y Vitacura, con un 17%, 18%, 9%, 22%, 12%, 7%, 8% y 7%, respectivamente (Figura 5.1.).

⁵⁶ El significado y fórmula de cálculo del ausentismo se explica en el Anexo 5.8, conceptos claves.

Cabe destacar también que, del total de personas inscritas al año 2018, tenemos que un 40% son hombres y un 60% son mujeres.

En cuanto a satisfacción ciudadana, tenemos los datos de las solicitudes ciudadanas realizadas durante el período 2015-2018, correspondiendo en su mayoría a reclamos, seguido por solicitudes, felicitaciones y consultas, como lo muestra la tabla siguiente:

Tabla 5.15. Solicitudes Ciudadanas Hospital Del Salvador.

| Solicitudes Ciudadanas | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Reclamos | 1.180 | 1.259 | 1.581 | 2.081 |
| Procedimientos Administrativos. | 340 | 360 | 757 | 888 |
| Tiempo de Espera | 410 | 336 | 295 | 580 |
| Trato | 208 | 223 | 241 | 303 |
| Competencia Técnica | 115 | 123 | 200 | 150 |
| Probidad | 45 | 60 | 43 | 62 |
| Infraestructura | 28 | 33 | 27 | 56 |
| Información | 34 | 46 | 18 | 42 |
| Solicitudes | 1.180 | 1.202 | 1.206 | 904 |
| Felicitaciones | 550 | 633 | 697 | 830 |
| Consultas, sugerencias y ley de derechos y deberes | 180 | 160 | 210 | 213 |
| TOTAL | 3.090 | 3.254 | 3.604 | 4.028 |

Fuente: Cuenta Pública Hospital Del Salvador 2015- 2018.

Del total de solicitudes ciudadanas, el 51,7% corresponden a reclamos de aquellos pacientes atendidos durante el 2018, mostrando un aumento significativo en relación a los años anteriores. Se incrementa en un 76% en relación a 2015, ello corresponde específicamente a reclamos por el no cumplimiento o poca claridad de procedimientos administrativos. Esta situación se explica por el diseño y formalización de nuevos procedimientos administrativos que fue necesario diseñar e implementar por exigencias del sistema de acreditación institucional. Esta cifra parece elevada en un escenario de búsqueda de atención de calidad, más aún si observamos que sólo el 20,6% de estas solicitudes corresponden a felicitaciones, que refleja satisfacción por el servicio recibido. Lo anterior

obliga al desafío de optimizar la gestión clínica y administrativa en el HDS. Para asumir este desafío, el hospital ha implementado una serie de actividades para el mejoramiento del trato al usuario, que incluye:

- Capacitación del personal de atención directa al paciente en la gestión del trato y satisfacción usuaria.
- Capacitación y difusión de nuevos procedimientos administrativos en relación a trato a usuarios y familiares.
- Supervisión en infecciones intrahospitalarias.
- Diseño e implementación de protocolos de gestión del trato al usuario.
- Diseño e implementación de protocolos para la elaboración del duelo.
- Programación de jornadas para el estamento de auxiliares en atención hospitalaria.
- Cursos de lenguaje de señas.
- Implementación de talleres de humanización del trato.
- Curso de manejo del stress y técnicas de auto cuidado.

Finalmente, en cuanto a la atención a migrantes, se han atendido de forma oportuna a 211 pacientes extranjeros entre 2016 y 2017, mientras que sólo en 2018 la cifra aumentó a 436 personas. De este último año, el 46% corresponde a hombres y el 54% a mujeres. Su promedio de edad es de 36.2 años. Provienen principalmente de Venezuela, Perú, Haití y Colombia. (Cuenta pública del HDS, 2018).

5.5. DATOS DE PRODUCCIÓN

Para tener una visión general del panorama en el que está inserto el Hospital Del Salvador (HDS), la Tabla 5.16 presenta un resumen de estadísticas; desde sus egresos, hasta la dotación de camas y otros indicadores de actividad asociados, durante el periodo de 2011-2018.

Cabe precisar que, en las camas del Servicio de Medicina, se incluyen las camas de las subespecialidades de hematología, infectología, endocrinología, cardiología, nefrología y

dermatología. Y las camas del servicio de cirugía incluyen 3 camas destinadas a la unidad de trasplantes.

Tabla 5.16. Estadísticas Generales del Hospital Del Salvador.

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Egresos | 18.325 | 18.367 | 19.097 | 16.796 | 18.986 | 9.153 | 9.498 | 10.415 |
| Dotación de camas | 404 | 404 | 404 | 404 | 391 | 391 | 388 | 391 |
| Prom. Camas disponibles | 402 | 402 | 400 | 375 | 389 | 364 | 371 | 391 |
| Días camas disponibles | 146.730 | 146.730 | 146.722 | 136.818 | 142.569 | 133.388 | 135.998 | 142.688 |
| Días camas ocupadas | 143.795 | 144.260 | 141.185 | 131.202 | 137.172 | 118.583 | 124.331 | 128.289 |
| Índice Ocupacional | 0,98 | 0,983 | 0,96 | 0,959 | 0,962 | 0,89 | 0,914 | 0,89 |
| Prom. Días estadía | 7,8 | 7,6 | 7,4 | 7,7 | 7,2 | 13,0 | 13,1 | 12,3 |

Fuente: Departamento de Estadística e Información en Salud, (DEIS) Minsal 2018.

Al analizar la Tabla 5.16 se aprecian dos etapas en la tendencia de este indicador, la primera entre el 2011 y el 2015, período en que el HDS trabaja a plena capacidad en todos sus servicios, y la segunda etapa entre el 2016 y 2018, en donde se observa una brusca caída de los egresos en un 45% en relación al 2015. Buena parte de esta evolución en las principales causas de egresos viene explicado por el caso de las enfermedades del ojo y sus anexos con egresos promedio anual de 4.000 hasta 2015 y en su reducción posterior pasando de 4.899 en 2015 a 186 en 2018 (DEIS, Minsal 2018). Esta situación es explicable por tres razones: la primera, es la disminución del volumen de actividad del hospital por la Instalación del Hospital Modular Transitorio, obra complementaria previa a la Construcción del Nuevo Hospital Del Salvador e instituto Nacional de Geriatría a contar del 2015, lo que obligó a reducir y desocupar dependencias, trasladando pacientes con residencia en la comuna de Peñalolén al hospital Luis Tisné de esa comuna. La segunda, por la derivación de pacientes de esta especialidad al hospital clínico de la Universidad de Chile, en el marco de un convenio firmado el 2016, mientras se construye el nuevo HDS. Esta derivación implica el uso de recursos médicos del HDS en la U de Chile. La tercera razón, se refiere a la estrategia de focalizar la mayor cantidad de procedimientos y actividades de manera ambulatoria y urgencia, como es el caso de la UTO y a promover la hospitalización domiciliaria,

reservándose las hospitalizaciones en el hospital, para los casos más complejos, por ello es que el promedio de días de estada pasa, de 7,8 días en 2011 a 12,3 días en 2018.

La dotación de camas también se vio afectada a contar de esa fecha, sufriendo una disminución del 3% entre 2011 y 2018. La mayor proporción de egresos proviene de causas como traumatismos, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema genitourinario y tumores (neoplasias).

Si analizamos los egresos por grupo etario, según la Tabla 5.17, tenemos que el 76% de los egresos son personas mayores a 45 años. El 46% de los egresos sobrepasa los 65 años y la edad media de atención es de 60 años. Ello es explicable por el grupo etario de la población beneficiaria que atiende el HDS, disponible en la Tabla 5.18.

Tabla 5.17. Egresos por Grupo Etario. (Año 2018)

| | < 15 años | 15 a 44 años | 45 a 64 años | 65 a 74 años | > 75 años |
|----------------|-----------|--------------|--------------|--------------|-----------|
| Egresos | 1 % | 23% | 30% | 19% | 27% |
| Nº de Personas | 105 | 2.395 | 3.124 | 1.979 | 2.812 |

Fuente: Cuenta Pública Hospital del Salvador 2018

Tabla 5.18. Población Beneficiaria del HDS por Grupo Etario y Comuna. (Año 2018)

| | 15 a 44 años | 45 a 64 años | 65 a 74 años | > 75 años | TOTAL | % |
|--------------|----------------|----------------|---------------|---------------|----------------|-------------|
| La Reina | 19.050 | 12.829 | 3.469 | 2.583 | 45.732 | 7% |
| Las Condes | 53.990 | 36.635 | 11.372 | 8.428 | 129.259 | 22% |
| Lo Barnechea | 23.729 | 11.784 | 1.865 | 1.061 | 49.834 | 8% |
| Macul | 23.571 | 15.686 | 4.860 | 3.074 | 56.373 | 9% |
| Ñuñoa | 41.888 | 28.467 | 11.426 | 9.584 | 105.183 | 18% |
| Peñalolén | 50.759 | 26.945 | 5.972 | 2.898 | 110.529 | 17% |
| Providencia | 28.584 | 18.010 | 7.107 | 7.972 | 68.521 | 12% |
| Vitacura | 16.070 | 12.247 | 3.408 | 2.426 | 40.001 | 7% |
| TOTAL | 257.640 | 162.603 | 49.478 | 38.025 | 507.746 | 100% |
| % | 51% | 32% | 10% | 7% | 100% | |

Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadística del Ministerio de Salud (DEIS 2018).

Servicios Clínicos

Los principales servicios clínicos del Hospital Del Salvador reciben pacientes a través de consultas médicas directas de usuarios inscritos e interconsultas de otros centros de salud. Cabe destacar que el nivel de inasistencia de los pacientes, a sus consultas programadas, es considerable. Esta situación provoca ineficiencia en el servicio, ya que impide que aumenten las cifras de atención, quitándoles la posibilidad a otros pacientes de tomar esa consulta y asistir.

Tabla 5.19. Producción de los principales Servicios Clínicos HDS: Consultas médicas e Interconsultas.

| Servicio Clínico | 2015 | | | 2016 | | | 2017 | | | 2018 | | |
|------------------------|-------------------|----------------|---------------|-------------------|----------------|---------------|-------------------|----------------|---------------|-------------------|----------------|---------------|
| | Consultas Médicas | Interconsultas | Inasistencias |
| Cirugía | 20.199 | 1.092 | 5.476 | 21.432 | 1.055 | 6.189 | 24.341 | 1.746 | 8.036 | 27.510 | 1.762 | 6.306 |
| Medicina ⁵⁷ | 59.512 | 6.435 | 8.375 | 55.913 | 7.994 | 9.192 | 59.151 | 13.519 | 10.618 | 60.012 | 14.356 | 8.456 |
| Neurología | 10.805 | 686 | 3.947 | 9.011 | 768 | 3.484 | 8.313 | 708 | 3.159 | 27.689 | 87 | 9.345 |
| Dermatología | 8.318 | - | 3.588 | 7.735 | - | 3.796 | 8.434 | 306 | 3.654 | 8.760 | 1.213 | 3.553 |
| Urología | 9.694 | 439 | 2.053 | 9.398 | 478 | 2.815 | 10.972 | 685 | 4.448 | 8.576 | 870 | 3.848 |
| Psiquiatría | 13.611 | - | 3.093 | 11.240 | - | 2.478 | 10.255 | 819 | 2.679 | 10.485 | 715 | 4.312 |
| Traumatología | 14.925 | 162 | 4.726 | 13.620 | 213 | 4.486 | 11.340 | 209 | 4.094 | 11.395 | 1.213 | 3.025 |
| Oftalmología | 27.525 | - | 5.622 | 24.321 | 36 | 7.585 | 26.641 | - | 10.017 | 11.550 | 416 | 3.718 |
| UTO | 28.720 | - | - | 28.916 | - | - | 28.455 | - | - | 30.120 | - | - |
| Otorrino | 11.230 | 509 | 3.099 | 12.303 | 306 | 4.591 | 13.972 | 251 | 5.185 | 14.756 | 630 | 4.327 |
| TOTAL | 204.539 | 9.323 | 39.979 | 193.889 | 10.850 | 44.616 | 201.874 | 18.243 | 51.890 | 210.853 | 21.262 | 46.890 |

Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadísticas, HDS.

Observando la Tabla 5.19 podemos notar que el servicio de Medicina se mantiene por los últimos 3 años como el más solicitado, teniendo también las cifras más altas en inasistencia de los pacientes a los controles concertados, mostrando una tendencia al alza entre el 2015 y el 2017.

⁵⁷ El servicio de medicina, incluye las siguientes unidades: Cardiología, endocrinología, gastroenterología, hematología, infecciones de transmisión sexual, medicina física y rehabilitación, medicina interna, nefrología, oncología y reumatología.

A nivel total, las inasistencias a las citaciones de consultas médicas aumentan año tras año, con excepción de las últimas cifras oficiales de 2018, en donde se presenta una baja de un 11% por la mejora en la coordinación y comunicación entre el hospital y los pacientes citados. Las interconsultas también aumentaron, lo que podría deberse a una mayor capacidad de apoyo que presta el Hospital Del Salvador a otras instituciones de Salud.

En cuanto a las consultas médicas, estas presentaron una disminución del 5,2% y 1,3% en los años 2016 y 2017 respectivamente, en relación con las atenciones realizadas en 2015. Enfocándonos en el año 2018, tenemos que el servicio con menor movimiento de consultas médicas es el de Dermatología y Urología.

En relación a la Unidad de Traumatismo Ocular (UTO), que es una unidad de ambulatoria, que atiende a pacientes con accidentes oculares derivados del Servicio de Urgencia del Hospital Del Salvador, o bien derivados de otros servicios internos, es la única unidad altamente especializada en esta materia y a donde acuden todas las personas que sufren algún daño ocular en la Región Metropolitana; ha mantenido constante el número de atenciones entre 2015 y 2017, registrando un incremento del 5% en 2018.

Servicios de Apoyo

Los principales servicios de Apoyo del Hospital Del Salvador son los siguientes:

Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos: Se preocupa de cuidar, aliviar el sufrimiento y lograr el mayor confort posible del paciente, tanto físico como emocional. De esta forma se garantiza la continuidad de la atención y se contribuye a una mejor calidad de vida, tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario. Se considera además la asistencia en el tramo final de vida.

Laboratorios: El Servicio realiza exámenes de Bioquímica Clínica, Uroanálisis, Hematología e Inmunoquímica para los servicios del Hospital Del Salvador y otros centros de salud del SSMO.

Imagenología: Este servicio busca brindar apoyo imagenológico en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes del hospital. Al mismo tiempo entrega apoyo de imágenes para la atención primaria en estrategias preventivas y curativas.

Exámenes y Procedimientos: Asociados a distintas especialidades y niveles de complejidad. Incluye Eco Doppler, Holter, Angioplastias, Endoscopías, Colonoscopías largas, Aortografías, entre otros.

Tabla 5.20. Principales Servicios de Apoyo Hospital Del Salvador: Consultas, Exámenes y procedimientos.

| Servicio de Apoyo | Consultas, Exámenes y Procedimientos | | | | |
|---------------------------------------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos | 2.393 | 3.597 | 3.324 | 3.568 | 3.876 |
| Laboratorios | 1.974.321 | 1.658.388 | 1.652.665 | 1.713.174 | 1.856.418 |
| Imagenología | 80.019 | 71.258 | 91.193 | 92.249 | 93.127 |
| Exámenes y Procedimientos | 23.101 | 26.757 | 23.840 | 23.262 | 23.518 |
| TOTAL | 2.079.834 | 1.760.000 | 1.771.022 | 1.832.253 | 1.976.939 |

Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadísticas, HDS.

Observando la Tabla 5.20 podemos notar que hubo una caída del 15% de la producción de los servicios de apoyo, entre el año 2014 y 2015, ello es explicable por el menor volumen de actividad del hospital a contar de 2015. En este año, también se observa un incremento de la producción de estos servicios, alcanzando el 12% entre el año 2015 y 2018. El Laboratorio Central del Hospital Del Salvador es el que representa un mayor volumen de producción, alcanzando un 94% del total de actividades de los servicios de apoyo en 2018. En cuanto a la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos, esta sólo representó un 0,20% del total del volumen de actividades, siendo el menor porcentaje de todos los Sistemas de Apoyo.

Cirugías

El Hospital Del Salvador cuenta con una amplia gama de especialidades quirúrgicas, específicamente 10, en donde se utilizan medios invasivos para tratar, modificar o extirpar

físicamente una estructura patológica. Se practican dos tipos de cirugías: Mayores, que hacen referencia a los procedimientos quirúrgicos más complejos, con mayor riesgo y frecuentemente localizados con anestesia general; y Menores, en donde los procedimientos realizados sólo requieren de anestesia local o troncular, no utilizando sedación, no es necesario ayuno ni exámenes o estudios preoperatorios y son procedimientos ambulatorios.

A continuación, en la Tablas 5.21 y 5.22, se especifican las cifras de producción del pabellón del Hospital Del Salvador, en cuanto a cirugías mayores y menores.

Tabla 5.21. Intervenciones quirúrgicas mayores por especialidad.

| Especialidad | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Oftalmología | 5.352 | 4.730 | 5.444 | 4.770 | 5.410 | 4.529 | 2.405 | 4.474 |
| Cirugía | 4.322 | 4.512 | 4.922 | 4.644 | 4.801 | 3.913 | 4.474 | 4.605 |
| Traumatología | 2.054 | 1.999 | 2.095 | 2.143 | 2.626 | 2.274 | 2.284 | 1.364 |
| Urología | 1.084 | 1.080 | 1.443 | 1.240 | 1.268 | 1.251 | 1.760 | 894 |
| Otorrino | 383 | 386 | 366 | 335 | 349 | 287 | 315 | 424 |
| Maxilofacial | 63 | 37 | 45 | 41 | 38 | 23 | 75 | 99 |
| Otros | 1.193 | 2.133 | 1.621 | 1.436 | 1.398 | 905 | 1.687 | 374 |
| Total | 14.451 | 14.877 | 15.936 | 14.609 | 15.890 | 13.182 | 13.000 | 12.234 |

Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadísticas, HDS.

La Tabla 5.21 nos muestra la evolución de las intervenciones quirúrgicas mayores en el HDS, que son aquellas que demandan hospitalizaciones mayores a un día y por ende inciden en el indicador de días/camas ocupadas, y egresos hospitalarios, siendo las de mayor ocurrencia las intervenciones oftalmológicas, especificando que la mayoría de la actividad oftalmológica del HDS se encuentra derivada al Hospital Clínico de la Universidad de Chile por convenio, desde el año 2016. Pero dado a que se emplean médicos de la dotación del HDS, las intervenciones quirúrgicas de esta especialidad aparecen en las estadísticas del hospital, y de cirugía general, que incluye traumatismos, tumores, cirugía adulto abdominal o del sistema digestivo, tórax y vascular periférica, renales y tumores. Desde el año 2015, se ha presentado una constante disminución del volumen total de producción del hospital, debido principalmente a la reducción de parte importante de la infraestructura del hospital y

de la instalación del Hospital Modular Transitorio, y que no absorbe la capacidad instalada antes de esa fecha y a la política de fomento de las intervenciones ambulatorias. Se debe tener presente también que ello obedece a la necesidad de manejar la cuantiosa deuda hospitalaria acumulada a 2015, atendiendo a que el Hospital Del Salvador se encuentra dentro de la lista de hospitales auto gestionados con mayor índice de criticidad, con un índice máximo en 2015 de aproximadamente 1,8 y un promedio anual máximo de deuda de 2,5. Situación que poco ha mejorado a 2018, ubicándolo en el lugar número trece de la lista de hospitales con mayor deuda del país (Anexos 5.2 y 5.3).

Tabla 5.22. Intervenciones quirúrgicas Mayores y Menores Ambulatorias

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Intervenciones quirúrgicas Mayores | 6.527 | 6.550 | 7.723 | 6.670 | 7.180 | 5.281 | 6.691 | 7.049 |
| Intervenciones quirúrgicas Menores | - | - | 2.106 | 1.571 | 2.592 | 3.433 | 3.974 | 4.325 |

Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadísticas, HDS.

La cantidad de cirugías mayores y menores ambulatorias se va incrementando en los seis últimos años. Ello obedece a la estrategia del hospital de reducir el número de pacientes hospitalizados por los costos que ello significa, directos en días/camas y riesgo de infecciones intrahospitalarias, y a la adopción de nuevas técnicas quirúrgicas que permiten reducir los días necesarios de hospitalización. Las intervenciones quirúrgicas mayores, de carácter ambulatorio, corresponden principalmente a oftalmología (traumas oculares), urgencias, traumatología y otorrino. Las intervenciones quirúrgicas menores ambulatorias corresponden principalmente a intervenciones dentales, de dermatología, urgencias y otorrino.

Tabla 5.23. Pacientes en espera de consultas especialistas, Hospital Del Salvador.

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Pacientes en espera de consultas especialistas | 55.306 | 51.305 | 40.039 | 34.376 |

Fuente: Cuenta Pública Hospital Del Salvador 2015 – 2018.

La Tabla 5.23 nos muestra los registros de las listas de espera para consultas de especialistas desde 2015, notándose una tendencia a la reducción en un 38% a contar de esa fecha, por un esfuerzo constante hecho por los directivos del hospital en ese sentido, por

medio de la contratación de sociedades de profesionales, con compra de servicios en el ámbito privado y también por la incorporación de 25 médicos y otros profesionales y funcionarios inmigrantes.

Tabla 5.24. Pacientes en espera quirúrgica, Hospital Del Salvador

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Pacientes en espera quirúrgica. | 6.661 | 7.048 | 7.648 | 7.730 |

Fuente: Cuenta Pública Hospital Del Salvador 2016 – 2018.

La Tabla 5.24 muestra los pacientes en espera quirúrgica. Entre el año 2015 y el año 2018, se registró un aumento de un 16%, incluyendo las cirugías cubiertas por el GES⁵⁸ y no garantizadas por el GES. Cabe destacar que los pacientes en espera quirúrgica en las cirugías cubiertas por el GES representan el 9% del total en 2015, y el 11% del total en 2016 (Anexo 5.9). Es importante hacer notar que el número de pacientes en espera de estos servicios ha ido en aumento, ello se debe a la mayor demanda experimentada en ese período y a la insuficiencia de médicos especialistas y a la suspensión de intervenciones programadas, producto del ausentismo del personal técnico comprometido, situación que se ha venido revirtiendo, a contar de 2017, dada la exigencia legal. Para solucionarlo, el HDS ha recurrido a la compra de servicios a sociedades médicas o a clínicas u hospitalares privados, incrementando así, la deuda hospitalaria (Anexos 5.2 y 5.3).

Tabla 5.25. Consultas de Emergencia (Urgencias) del HDS. (2011- 2018).

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Nº de consultas | 99.865 | 100.822 | 95.637 | 87.654 | 64.855 | 58.791 | 54.664 | 56.398 |

Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadística, HDS.

La Tabla 5.25 nos muestra la evolución de las consultas de urgencia del HDS, entre el año 2011 y el año 2018, apreciándose una caída sostenida en ese período del 43% en el número de atenciones, y entre el año 2015 y el año 2018, la caída es del 13%. Esta situación obedece a la caída general en el nivel de actividad del hospital a contar del año 2015 y a la política de incentivo de consultas de atención de urgencia de menor complejidad en los

⁵⁸ GES: Garantías explícitas en salud. Son cirugías garantizadas por ley.

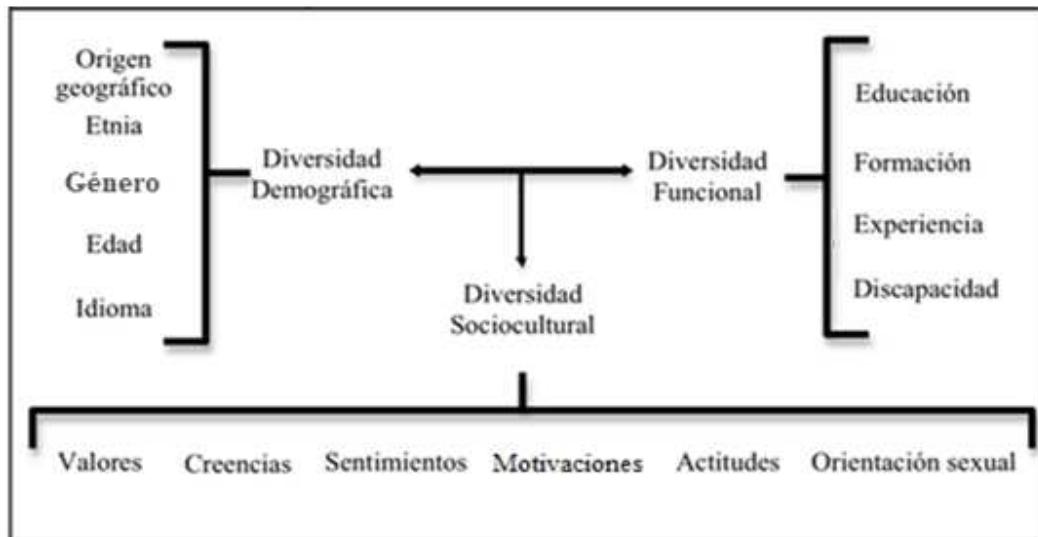
servicios de atención primaria de urgencias comunales (SAPUS), cuyo fortalecimiento se inicia a contar del año 2014 en la Región Metropolitana y con horarios de funcionamiento, en algunos casos, de 24 horas.

5.6. ANÁLISIS Y RESULTADOS DE ENTREVISTAS

Los datos de producción y rendimiento expuestos precedentemente, se complementan con entrevista hechas a actores protagonistas del proceso, que se presentan en el Anexo 5.10, y que recogen las opiniones recabadas de los sujetos entrevistados en este estudio, de acuerdo a su estamento o posición laboral en el hospital, y la percepción de la relación entre los factores del modelo de Diversidad y Gestión de la Diversidad (D.M) y, su relación con las dimensiones de rendimiento hospitalario utilizado en este estudio de caso.

Tomando como referencia el modelo de Diversidad propuesto en el Capítulo 3 de esta tesis y que define las siguientes fuentes o factores de diversidad:

Figura 5.2. Factores de Diversidad



Fuente: Elaboración propia.

Se analizarán, en las tablas siguientes, cada una de las dimensiones propuestas para la construcción del concepto de Diversidad y de la Gestión de la Diversidad (D.M), tomando como referencia las entrevistas al personal de los diferentes estamentos y usuarios del Hospital Del Salvador de Santiago, con la finalidad de reconocer la percepción que tienen

los actores entrevistados acerca de la influencia de los factores de diversidad en la determinación de los rendimientos del hospital. Se consideran como factores de rendimiento los señalados en la Tabla 5.2 de este capítulo. A la vez, se indaga acerca del reconocimiento de políticas en esta materia.

Los elementos de cada una de las dimensiones de la diversidad se entrelazan, produciendo una fusión de las diferencias y similitudes de las personas al interior de la organización, cuya interacción produce efectos sinérgicos que la organización debe reconocer mediante políticas y estrategias efectivas para su apropiada gestión, orientándose al logro de objetivos y una mayor competitividad.

La *Diversidad Demográfica* alude a aquellos factores de la diversidad que observamos en las actividades laborales y que están referidas a aquellos factores inmodificables e innatos del ser humano, como lo es lugar geográfico de nacimiento, etnia, sexo, entre otros.

Tabla 5.26. Importancia relativa de los factores de Diversidad Demográfica que impactan a los rendimientos.

| | Diversidad Demográfica | | | | | Total |
|----------------------|------------------------|-------|------|------|--------|-------|
| | Geográfico | Etnia | Sexo | Edad | Idioma | |
| Directivos | | | | | | |
| Nº Oraciones | 2 | - | 4 | 5 | - | 11 |
| Proporción | 18 | - | 36 | 46 | - | 100 |
| Profesionales | | | | | | |
| Nº Oraciones | 6 | 2 | 6 | 5 | - | 19 |
| Proporción | 32 | 10 | 32 | 26 | - | 100 |
| Técnicos Paramédicos | | | | | | |
| Nº Oraciones | 3 | - | 2 | 3 | 2 | 10 |
| Proporción | 30 | - | 20 | 30 | 20 | 100 |
| Médicos | | | | | | |
| Nº Oraciones | 10 | - | 4 | 5 | - | 19 |
| Proporción | 53 | - | 21 | 26 | - | 100 |

| | | | | | | |
|-----------------|----|---|----|----|---|-----|
| Administrativos | | | | | | |
| Nº Oraciones | 1 | - | 2 | 4 | - | 7 |
| Proporción | 14 | - | 29 | 57 | - | 100 |
| Usuarios | | | | | | |
| Nº Oraciones | 4 | - | 2 | 4 | - | 10 |
| Proporción | 40 | - | 20 | 40 | - | 100 |

Fuente: Elaboración propia, tomada de las entrevistas.

La Tabla 5.26 nos muestra la percepción de los distintos actores entrevistados, acerca de su mirada de aquellos factores de diversidad demográfica que más impactan los rendimientos, siendo los factores como la edad del trabajador, el sexo y su origen geográfico, los de mayor frecuencia y con mayores menciones en los distintos estamentos entrevistados.

Para el estamento Directivo, la edad y el sexo del trabajador constituyen los factores de mayor impacto en los rendimientos. A juicio de los entrevistados, las mujeres, que constituyen aproximadamente el 60% del total de empleados del hospital, están presente en todos los estamentos de atención, son las que presentan mayores tasas de compromiso y cercanía a los pacientes, pero también son las que manifiestan los mayores índices de ausentismo, derivadas de su condición de madres, principalmente, y en tener mayor conciencia de su situación de salud. También dicen haber observado que el personal de mayor edad, atendida su experiencia y conocimientos, presentan mayor rendimiento en todos los factores analizados, como responsabilidad, compromiso, menores niveles de ausentismos y de rotación.

Para los Profesionales, el origen geográfico y el sexo del personal son los factores de mayor impacto en los rendimientos, aluden a que el personal extranjero en los distintos estamentos presenta mayor compromiso y rendimiento en su trabajo y que las mujeres son más acuciosas y esmeradas en sacar adelante sus tareas. El personal extranjero asume sus roles con responsabilidad y compromiso, son colaboradores y presentan las menores tasas de ausentismo y de rotación, pese a sentirse discriminados en muchas ocasiones en su ámbito laboral. Atendiendo el déficit de especialistas en la salud pública chilena, los profesionales extranjeros, principalmente médicos, han venido a reducir en parte las listas de espera en

consultas y el tiempo de atención, especialmente en policlínicos y en las unidades de emergencia o urgencias.

Para el estamento de Técnicos Paramédicos, los factores edad y origen geográfico son los de mayor impacto en los rendimientos. La edad proporciona experiencia (práctica), asienta los conocimientos, genera mayor compromiso con la institución y eso redunda en mayor efectividad en los procedimientos y prácticas sanitarias. El origen geográfico es otro factor que ha tenido alto impacto en los rendimientos, producto de la incorporación de personal extranjero en todos los estamentos, contribuyendo a agilizar la atención y cubrir posiciones laborales en que no existen profesionales chilenos con la formación necesaria para satisfacer la demanda de la población beneficiaria.

Para los Médicos entrevistados, (tres chilenos, tres extranjeros y una directiva médica⁵⁹, son los factores como el origen geográfico, la edad y el género los que tienen mayor impacto en los rendimientos, expresado en cantidad de consultas de especialistas, intervenciones quirúrgicas mayores y ambulatorias, egresos hospitalarios, índice ocupacional de camas, reducción de listas de espera de consultas de especialistas, entre otros. Los médicos extranjeros declaran que han venido a Chile en busca de mejores oportunidades laborales, formación y capacitación, y que el EUNACOM es una barrera alta y condiciona para trabajar en el sector público chileno. Denuncian que en muchos casos han sufrido acoso y discriminación de parte de médicos chilenos por el hecho de ser extranjeros, por sentirse amenazados económica y laboralmente y por el miedo de perder poder. No obstante, sus rendimientos e inserción son del nivel de los profesionales chilenos, asumiendo comprometidamente sus labores y aceptando la cultura del hospital. Para ellos, la edad es un factor que incide, debido a que los profesionales jóvenes presentan mayor productividad y rendimientos, por su actualización médica y mayor acercamiento con la tecnología. El género también es un factor que incide en los rendimientos por la mayor tasa de ausentismo que suele presentar el estamento femenino.

⁵⁹ Cabe hacer presente que la directiva médica entrevistada, cumple un doble rol en la institución: Parte de su jornada asume funciones de jefa de servicio de neurología y a la vez es médico tratante.

Según la opinión de los Administrativos entrevistados, el factor edad y sexo son los de mayor incidencia en los rendimientos, principalmente por el elevado porcentaje de ausentismo del personal femenino, especialmente por licencias médicas por causales como enfermedad, hijos enfermos y por licencias de pre y postnatal, lo que obliga a contratar reemplazantes, a quienes se debe capacitar en normativas, procedimientos y funcionamientos de los puestos de trabajo, afectando con ello los rendimientos y metas programadas.

Para los Usuarios entrevistados, el factor edad y origen geográfico del personal, son los de mayor incidencia en los rendimientos, aludiendo a que los profesionales extranjeros presentan mayor disposición y cercanía con el paciente, informan bien acerca de tratamientos, son empáticos, siempre están en sus puestos de trabajo y se toman todo el tiempo necesario para resolver los problemas de los pacientes. Aluden también a que el personal de mayor edad les genera mayor confianza y cercanía en las atenciones, y que siempre están en sus puestos de trabajo.

A modo de conclusión, se puede decir que las variables asociadas a Diversidad Demográfica que, a juicio de los entrevistados, son más influyentes en los rendimientos son: el **origen geográfico, la edad y el sexo** de los trabajadores. Su impacto se aprecia en **la productividad laboral, como: cumplimiento de metas; niveles de ausentismos, en sus diferentes causales; satisfacción laboral y compromiso; y empatía con los usuarios o pacientes.**

La *Diversidad Funcional* alude a aquellos factores de la diversidad que son adquiridos por los trabajadores a lo largo de su vida y trayectoria laboral, no son innatos a cada persona, más bien son adquiridos y socializados.

La Tabla 5.27 nos muestra la percepción de los actores entrevistados, en relación a la influencia de estos factores en los rendimientos laborales, como son aquellos definidos en la Tabla 5.2 de este capítulo.

Tabla 5.27. Importancia relativa de los factores de Diversidad Funcional que Impactan a los Rendimientos.

| | Diversidad Funcional | | | | Total |
|-----------------------------|----------------------|------------------|--------------------|---------------------|--------------|
| | Educación | Formación | Experiencia | Discapacidad | |
| Directivos | | | | | |
| Nº Oraciones | - | 10 | 5 | 1 | 16 |
| Proporción | - | 63 | 31 | 6 | 100 |
| Profesionales | | | | | |
| Nº Oraciones | 2 | 8 | 7 | 3 | 20 |
| Proporción | 10 | 40 | 35 | 15 | 100 |
| Técnicos Paramédicos | | | | | |
| Nº Oraciones | 2 | 2 | 3 | 3 | 10 |
| Proporción | 20 | 20 | 30 | 30 | 100 |
| Médicos | | | | | |
| Nº Oraciones | - | 10 | 3 | 2 | 15 |
| Proporción | - | 67 | 20 | 13 | 100 |
| Administrativos | | | | | |
| Nº Oraciones | 1 | 3 | 1 | 1 | 6 |
| Proporción | 17 | 50 | 17 | 16 | 100 |
| Usuarios | | | | | |
| Nº Oraciones | 1 | 3 | 4 | 4 | 12 |
| Proporción | 9 | 25 | 33 | 33 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, tomada de las entrevistas.

Para los Directivos entrevistados, son los factores como formación, experiencia y discapacidad, los de mayor incidencia en los rendimientos laborales. Refieren los directivos entrevistados que los estamentos profesionales y técnicos, por su rigurosa formación académica en el área sanitaria, presentan mayor rendimiento y compromiso con su trabajo, dado que realizan una labor vocacional y son formados para el servicio público y el cumplimiento de protocolos y normas. Conforme el personal adquiere mayor experiencia son más productivos, existen menores tasas de errores en la aplicación de normas y procedimientos y mayor preocupación por brindar una atención de calidad a los pacientes. En el caso de la inclusión de personal discapacitado en el hospital, como personal no vidente,

sordos o minusválidos, ello se aprecia de forma positiva, atendiendo a que este personal es muy responsable, colaborador e incentivan la participación y trabajo de equipo en las unidades en las que participan.

Para los Profesionales entrevistados, los factores más importantes de esta dimensión de la diversidad que influyen en los rendimientos son la formación y la experiencia. Ellos señalan que la formación es el factor más influyente en las dimensiones de rendimiento como cumplimiento de metas, atención oportuna y de calidad, menores ausentismos, reducción de listas de espera, entre otros, dado que en la formación profesional se incentiva el trabajo efectivo y de calidad, colocando al paciente como centro del quehacer profesional. Además, aluden que las carreras profesionales del área de la salud son esencialmente vocacionales. La experiencia es otro factor que determina rendimientos, atendido a que las actividades de salud son actividades eminentemente prácticas. Con la experiencia se perfeccionan las técnicas procedimentales, disminuyendo así las tasas de errores e incrementando la calidad y seguridad de las atenciones de salud. Con respecto a la discapacidad, señalan que también es un factor importante en los rendimientos, específicamente que inciden en variables como empatía, responsabilidad e inclusión.

Para el estamento de Técnicos Paramédicos, la experiencia y la discapacidad son los que identifican como los factores de mayor incidencia en los rendimientos del hospital en estudio. La experiencia es decisiva para la efectividad de la práctica clínica y la adecuada interpretación y aplicación de las normas y procedimientos clínicos. Ello se debe, según opinan, a que el trabajo en salud es eminentemente práctico y requiere el desarrollo de habilidades que se adquieren y perfeccionan con el ejercicio profesional y/o técnico. Se requiere “*oficio*” para lograr los objetivos y efectividad en la práctica clínica. El otro factor, según la opinión de este estamento, que incide en los rendimientos es la inclusión de personas con alguna discapacidad, ya que ello permite incrementar la empatía de pacientes y empleados. Los funcionarios que tienen alguna discapacidad presentan las menores tasas de ausentismo y de rotación, tienden a ser más responsables y más empáticos con pacientes y compañeros de trabajo.

Para el estamento Médico entrevistado, los factores de esta dimensión de diversidad de mayor impacto en los rendimientos son la formación y la experiencia. Opinan que a mayor

nivel de formación y de experiencia del personal profesional o no profesional mayor es el compromiso con el hospital, lo que produce impacto en los factores de productividad, calidad y seguridad de los usuarios, y capacidad de respuesta a los usuarios o pacientes.

Para los Administrativos entrevistados, el factor de formación de esta dimensión de la diversidad es el que presenta mayor impacto en los rendimientos, siendo las dimensiones de educación y experiencia las que en similar proporción tienen impacto en las dimensiones de rendimiento, definidas, como la productividad laboral o cumplimiento de metas, ausentismos y rotación laboral, calidad y seguridad del paciente, entre otros.

Para los Usuarios, los factores de experiencia, inclusión/discapacidad son los factores que aprecian que tienen mayor incidencia en las métricas de rendimiento, como es la oportunidad de atención, accesibilidad, calidad y seguridad de la atención, atendiendo con mayor compromiso y responsabilidad.

Como conclusión, se puede decir que la **formación y experiencia**, son los factores del capital humano, como dimensión de la diversidad que más influyen en los rendimientos de los hospitales a juicio de las personas entrevistadas.

Los factores de rendimiento señalados por los entrevistados son **oportunidad de atención, reducción de listas de espera, accesibilidad, calidad y seguridad de atención, ausentismos y rotación**.

La tercera dimensión del modelo de diversidad en estudio es la *Diversidad Sociocultural*, que está compuesta por factores generados socialmente y compartidos por los miembros de los equipos de trabajo, como son valores y creencias, sentimientos, motivaciones y actitudes hacia el trabajo, entre otros. Estos factores generan cohesión social entre los empleados y equipos de trabajo.

Tabla 5.28. Importancia relativa de los factores de Diversidad Socio cultural que Impactan a los Rendimientos.

| | Diversidad Sociocultural | | | | | | | Total |
|-----------------|--------------------------|-----------|--------------|--------------|-----------|--------------|--|-------|
| | Valores | Creencias | Sentimientos | Motivaciones | Actitudes | O. Sexual | | |
| Directivos | | | | | | | | |
| Nº Oraciones | 5 | 2 | - | 7 | 2 | - | | 16 |
| Proporción | 31 | 12 | - | 45 | 12 | - | | 100 |
| Profesionales | | | | | | | | |
| Nº Oraciones | 10 | - | - | 6 | 3 | - | | 19 |
| Proporción | 53 | - | - | 32 | 15 | - | | 100 |
| Técnicos | | | | | | | | |
| Paramédicos | | | | | | | | |
| Nº Oraciones | 5 | 3 | - | 2 | 3 | - | | 13 |
| Proporción | 38 | 23 | - | 16 | 23 | - | | 100 |
| Médicos | | | | | | | | |
| Nº Oraciones | 6 | 2 | - | 10 | 4 | - | | 22 |
| Proporción | 27 | 9 | - | 46 | 18 | - | | 100 |
| Administrativos | | | | | | | | |
| Nº Oraciones | 1 | 1 | - | 3 | 3 | - | | 8 |
| Proporción | 13 | 13 | - | 37 | 37 | - | | 100 |
| Usuarios | | | | | | | | |
| Nº Oraciones | 3 | 3 | 1 | 4 | 4 | 1 | | 16 |
| Proporción | 19 | 19 | 6 | 25 | 25 | 6 | | 100 |

Fuente: Elaboración propia, tomada de las entrevistas.

Los Directivos entrevistados opinan que son los factores motivacionales y valóricos del personal, analizados en esta dimensión del constructo de Diversidad, aquellos que producen mayor compromiso y rendimientos laborales. Señalan que el trabajo en salud, y particularmente en salud pública, es inminentemente vocacional, en donde prima el concepto de “orientación al servicio público”, lo cual se refleja en que el personal cumple con las metas y tareas encomendadas. Aunque deban trabajar fuera de su jornada laboral, sin retribuciones económicas, siempre están dispuestos a cumplir normas y las metas que se les proponen. Esta situación se ha visto reflejada en diferentes oportunidades, como en el

terremoto del año 2010 y, más recientemente, en el traslado de pacientes hospitalizados y enseres de un sector a otro al interior del hospital, ocasionados por la instalación del hospital modular transitorio y de trabajos de remodelación y construcción de nuevas dependencias.

En opinión de los Profesionales entrevistados, son igualmente, los factores valóricos y motivacionales del personal, aquellos que tienen mayor impacto en indicadores de rendimiento como el número de atenciones de especialistas y de urgencia, cirugías mayores y ambulatorias, ausentismos, satisfacción laboral, oportunidad de atención, reducción de listas de espera, calidad y seguridad del paciente. Los factores de la cultura organizacional, como los valores y creencias, son transferidos de una generación a otra entre los funcionarios del hospital, cualquiera sea su estamento.

A juicio de los Técnicos Paramédicos entrevistados, los factores de mayor incidencia en los rendimientos laborales son los valores, creencias y actitudes. Opinan que en el hospital se promueven los valores de colaboración, trabajo en equipo, servicio público, amor al trabajo bien hecho y liderazgos participativos y horizontales. Los valores y creencias, particularmente, se van transmitiendo a las diferentes generaciones y priman los liderazgos informales entre los técnicos paramédicos de los diferentes servicios. Es así que al personal más antiguo se les respeta y sigue, atendiendo a los conocimientos de la organización que demuestran en los ámbitos formal e informal. Suele ocurrir que, en ocasiones, el grupo de paramédicos entra en conflicto o no acepta a una jefatura directa, y se le confronta o bien toman actitudes de “*brazos caídos*” afectando la productividad y la calidad de los servicios brindados, llegando incluso a paralizar actividades hasta ver cambiada a la jefatura que les ha parecido que tiene pocas competencias técnicas, o ejerce un liderazgo autoritario.

Los Médicos entrevistados opinan que las motivaciones, valores y actitudes son aquellos factores de la dimensión sociocultural que más impactan en los aspectos de rendimiento, como satisfacción en el trabajo, calidad y seguridad en la atención de los usuarios. El factor motivacional no sólo se obtiene por las compensaciones económicas, que sin duda les importa, sino que también el contar con los insumos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Señalan que una de las razones de la fuga de especialistas al sector privado se debe a la sobrecarga de trabajo y no contar con todos los insumos requeridos para diagnosticar y tratar a un paciente. Sin embargo, para muchos,

priman los valores de servicio público y trabajo en equipo que se consigue en los hospitales públicos. Los médicos extranjeros relatan que se han sentido discriminados y con desconfianza en su trabajo, ya que existe la creencia que tienen menores conocimientos y competencias que los médicos chilenos.

Para los Administrativos entrevistados, los factores motivacionales y las actitudes constituyen los factores de mayor impacto en los rendimientos, como empatía en la atención, trabajo de calidad y oportuna atención centrada en el paciente, oportunidad y seguridad en las prácticas y procedimientos clínicos y administrativos.

Los Usuarios entrevistados hacen referencia a los factores motivacionales y actitudinales como los de mayor impacto en los rendimientos expresados en el trabajo de calidad, empatía hacia los pacientes, oportunidad de la atención, cumplimiento de horarios de atención a los pacientes y ausentismos del personal. Aluden que, en ocasiones, se ve afectada la atención por falta de personal, por ausentismos por licencias médicas o no cumplimiento de turnos, lo que afecta la oportunidad de atención y el servicio, como en la unidad de emergencia o urgencia donde se aprecian retrasos y demoras excesivas en las atenciones y donde es común esperar más de seis horas para una atención.

Como conclusión del análisis de esta dimensión del constructo de Diversidad, se puede decir que son los factores de **motivación, valóricos y actitudinales** los que generan mayor impacto en los rendimientos a juicio de las personas entrevistadas.

Las medidas de rendimiento señalados por los sujetos entrevistados son: **productividad, expresados en N° de consultas por especialidad, intervenciones quirúrgicas mayores y ambulatorias, N° de exámenes de laboratorio e imagenología, N° de exámenes y procedimientos, índice ocupacional, ausentismos, satisfacción laboral, oportunidad de atención, reducción de listas de espera, calidad y seguridad del paciente.**

Gestión de la Diversidad (D.M.).

En el Capítulo 3, y para efectos de este trabajo, se ha definido a la *Gestión de la Diversidad (D.M.)*, como la *estrategia de Dirección de Personas, que comprende objetivos y acciones tendientes a vincular, retener y desarrollar empleados con competencias*

diferentes, las que provienen de las dimensiones demográficas, funcionales y socioculturales, modelo de diversidad asumida en esta tesis, con el objetivo de desarrollar ventajas competitivas y alcanzar competitividad y eficacia organizativa.

En la tabla siguiente se presentan los factores de la Gestión de la Diversidad que impactan a los rendimientos para un hospital público en Chile.

Tabla 5.29. Importancia relativa de los factores de Gestión de la Diversidad (D.M.) que impactan a los Rendimientos.

| | Gestión de la Diversidad (D.M.) | | | | | | Inclusión Total |
|-----------------|---------------------------------|------------|-------------------------------|--------------|------------|----|-----------------|
| | Liderazgo | Compromiso | Compensaciones / Motivaciones | Capacitación | Res. Prob. | | |
| Directivos | | | | | | | |
| Nº Oraciones | 12 | 8 | 5 | 6 | 8 | 8 | 47 |
| Proporción | 26 | 17 | 11 | 12 | 17 | 17 | 100 |
| Profesionales | | | | | | | |
| Nº Oraciones | 10 | 8 | 12 | 7 | 5 | 5 | 47 |
| Proporción | 21 | 16 | 26 | 15 | 11 | 11 | 100 |
| Técnicos | | | | | | | |
| Paramédicos | | | | | | | |
| Nº Oraciones | 5 | 7 | 5 | 3 | 4 | 2 | 26 |
| Proporción | 19 | 27 | 19 | 12 | 15 | 8 | 100 |
| Médicos | | | | | | | |
| Nº Oraciones | 8 | 7 | 10 | 10 | 8 | 10 | 53 |
| Proporción | 15 | 13 | 19 | 19 | 15 | 19 | 100 |
| Administrativos | | | | | | | |
| Nº Oraciones | 2 | 2 | 2 | 2 | - | 1 | 9 |
| Proporción | 22 | 22 | 22 | 22 | - | 12 | 100 |
| Usuarios | | | | | | | |
| Nº Oraciones | 4 | 10 | 8 | 8 | 5 | 8 | 43 |
| Proporción | 9 | 23 | 19 | 19 | 11 | 19 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, tomada de las entrevistas.

En la elaboración de este caso, se indagó en la percepción de las personas entrevistadas respecto de la incidencia de los principales factores de la Gestión de Diversidad como liderazgo, compromiso, compensaciones, capacitación, efectividad en la solución de

problemas e inclusión en los rendimientos del hospital objeto de estudio. Estos factores se tomaron del concepto de Gestión de Diversidad asumido por Chinchilla y Cruz (2011).

En este contexto, los Directivos entrevistados opinan que el liderazgo, la efectividad en la resolución de problemas, el compromiso y la inclusión son los factores más significativos de la gestión de la diversidad y que inciden de manera directa en los rendimientos del hospital expresados en el cumplimiento de metas en el número de atenciones, intervenciones quirúrgicas, el número de exámenes y procedimientos, cumplimiento de protocolos, compromiso, ausentismos, calidad y oportunidad en las prestaciones y reducción de listas de espera. Señalan que tradicionalmente los directores del hospital han sido médicos. El estilo de liderazgo del director del hospital es determinante en este aspecto y que la especialidad del médico director incide en la calidad del liderazgo, compromiso y en la efectividad en la solución de problemas. A juicio de algunos de los entrevistados, los cirujanos han sido los directores más comprometidos y con liderazgos más efectivos, ya que se orientan a la acción y son rápidos en la solución de problemas, son “*hacedores de cosas*”. Ello por su cultura de trabajo, ya que la cirugía es acción, rapidez y adrenalina.

Para el estamento de Profesionales entrevistados, el sistema de compensaciones, los estilos de liderazgo y el compromiso, son los factores del D.M. señalados como los más influyentes en la determinación de rendimientos. En particular, los liderazgos participativos y con orientación a las personas, generan compromiso y mística en el personal, incidiendo ello en el cumplimiento de metas, calidad de atención y menores tasas de ausentismos.

Para el estamento de Técnicos Paramédicos entrevistados, los factores más influyentes en los rendimientos de la D.M. son el compromiso, estilo de liderazgo y las compensaciones/motivaciones, que son capaces de trasmitir los directivos del hospital. Señalan que los directivos en cualquier nivel, que generan mayor compromiso y liderazgos aceptados, son aquellos que provienen del medio interno de la organización y conocedores de la cultura organizacional, no así aquellos que vienen impuestos de instancias externas, que generalmente son rechazados y provocan desmotivación y caída en todas las dimensiones de los rendimientos del hospital. Señalan que cuando el personal está descontento con un estilo de liderazgo de un supervisor, aumentan los ausentismos, se trabaja más lentamente, se

confronta a la jefatura, generándose en muchos casos, conflictos y huelgas. Otro aspecto señalado por este estamento es la observancia de una mala práctica en muchos servicios, referida al reparto de compensaciones por *reemplazos* de los funcionarios de una misma unidad cuando se ausentan por licencias médicas. Esto es rotativo, se van *turnando*, y así van incrementado las remuneraciones. Esto es sabido y tolerado por las jefaturas. Cabe hacer presente que, dado la cercanía con el estamento médico, las licencias médicas son conseguidas con mucha facilidad. Ello explica que las tasas de ausentismo del hospital en los estamentos de técnicos y auxiliares se encuentran sobre el 20%, y de manera sostenida en el tiempo, lo que representaría para el caso de los técnicos, con una tasa del 23,2% en 2018, una ausencia de 161 TENS en el año, y para los auxiliares con una tasa 25,4 en el mismo período, representan una ausencia 67 personas. Para solucionar este problema, el hospital constituyó un Comité de Ausentismo y otras medidas con el propósito de averiguar las causas de este hecho, y adoptar las medidas correctivas.

Para el estamento Médico entrevistado, los factores de la D.M. más influyentes en la determinación de los rendimientos son las compensaciones, motivación del personal, la capacitación y la inclusión existente. Al respecto señalan que no existen políticas explícitas de inclusión, pero que, al ser un hospital de alto nivel de complejidad, y con alta tasa de demanda por la cantidad de población beneficiaria, mucha de ella con patologías crónicas asociadas a grupos etarios de mayor edad, han contratado médicos especialistas extranjeros y otros profesionales, como enfermeros y técnicos, para atender la alta demanda particularmente en el Servicio de Urgencias, cuyo promedio de espera de los pacientes es superior a cuatro horas. Además, al ser un hospital docente asistencial, sede de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, existe la posibilidad de capacitación y de perfeccionamiento constante en las distintas especialidades médicas ofrecidas, existiendo además la compensación de estar integrado a un equipo médico de vanguardia en la medicina chilena y latinoamericana, siendo esta una de las razones de la inmigración a este país.

Al momento de preguntarles a los tres médicos extranjeros, y a la directiva médica entrevistada acerca de los aspectos positivos y negativos del sector público de la salud en Chile, desde su visión como extranjeros, éstos señalaron lo siguiente:

Tabla 5.30. Aspectos Positivos y Negativos del Sector Público de la Salud en Chile.

| Aspectos Positivos | Aspectos Negativos |
|---|---|
| Buena organización en general. | Listas de espera prolongadas. |
| Existencia de cursos de capacitación (formación continua). | Enormes diferencias entre el sistema de salud público y privado. |
| Buen sistema de rescate SAMU (Sistema de Atención Médica de Urgencia) | Dificultad de atención en el sector público. |
| Oportunidades de trabajo. | Escasez de especialistas. |
| Oportunidades de superación. | Limitados exámenes complementarios. |
| Se fomenta la salud familiar. | Discriminación del médico chileno a los médicos extranjeros. En algunos casos malos tratos. |
| Existe un buen trabajo en equipo. | Los hospitales públicos recién se están modernizando. |
| El sistema G.E.S. (Garantías Explicitas en Salud). | Baja remuneración en el sector público. |
| El acceso a la salud. | Volumen de pacientes por médico. |
| El nivel de la infraestructura. | Mucha burocracia. |
| Opciones a Puestos de trabajo. | Carencia de Política de RR.HH. inclusiva. |

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas a Médicos Extranjeros.

Para los Administrativos entrevistados, los factores de la D.M. de mayor incidencia en los rendimientos del hospital, son el estilo de liderazgo de los directivos superiores, expresado en la cercanía con los funcionarios y el compromiso con la calidad de la atención y la capacidad de motivar y compensar adecuada y equitativamente a todos los estamentos del hospital, además de las posibilidades de capacitación continua. Señalan que una de las compensaciones que genera mayor motivación y compromiso de los empleados son las actividades sociales que se promueven en ocasiones especiales, como las celebraciones de los días de los estamentos, día del hospital, navidad o fiestas patrias entre otros, además de la posibilidad de participar de las actividades de capacitación en los diversos temas abordados por el establecimiento.

Para los Usuarios entrevistados, los factores de la D.M. de mayor incidencia en los rendimientos del hospital son el compromiso de todo el personal del hospital, lo que está determinado por las compensaciones de carácter económico y no económico que reciban, además de la posibilidad de estar permanentemente capacitándose, ya que ello les permite

adquirir nuevos conocimientos que aplican a la solución de los problemas de los pacientes. El otro factor señalado por los usuarios, es la inclusión en el último tiempo de personal extranjero, no sólo a nivel profesional, sino que también en los servicios de apoyo como aseo y labores administrativas, además de la incorporación de personas con algunas discapacidades físicas, en distintas áreas de atención directa de pacientes y en labores administrativas.

Como conclusión de este punto, se puede señalar que los factores de la Gestión de la Diversidad de mayor impacto en los rendimientos en el establecimiento estudiado a juicio de los sujetos entrevistados son el **liderazgo, el sistema de compensaciones, el compromiso y la capacitación**, y en menor medida la inclusión y la capacidad de resolver problemas.

Y los factores de rendimiento aludidos son **el cumplimiento de metas de atenciones, en exámenes y procedimientos, protocolos, compromiso, ausentismos, calidad y oportunidad en las prestaciones.**

5.7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los principales resultados del estudio provienen del análisis de las entrevistas, de los datos cuantitativos recopilados y de la literatura consultada, y son:

- Por la información de datos recopilada del hospital y por el estudio cualitativo realizado por medio de las entrevistas a los 25 informantes claves utilizados en este trabajo, se observa que en el Hospital Del Salvador de Santiago de Chile, existen prácticas de Gestión de RR.HH., las que atendiendo a la literatura revisada, pueden asimilarse a prácticas de gestión de personas con orientación a la Diversidad e Inclusión en la etapa de “*acceso y legitimidad*” en el modelo de Ely y Thomas (2001), no existiendo políticas expresas que orienten la gestión de Personas en este hospital por medio de la Diversidad, ni alcanzando la etapa superior de “*integración y aprendizaje*”, según lo sugerido por Ely y Thomas.

En la práctica se reconocen la presencia en la Gestión de Personas en el HDS, los factores de las tres dimensiones de Diversidad definidos en el modelo utilizado: Diversidad Demográfica, Funcional y Sociocultural; que influencian a su vez, en

diferente medida los rendimiento del hospital, como: productividad (expresados en N° de consultas por especialidad), intervenciones quirúrgicas mayores, menores y ambulatorias, N° de exámenes de laboratorio e imagenología, N° de exámenes y procedimientos, índice ocupacional, ausentismo, listas de espera en diferentes especialidades, egresos hospitalarios, calidad y seguridad del paciente, costos, satisfacción laboral y compromiso, entre otros.

- En la primera dimensión del modelo de diversidad adoptado, que es la Demográfica, se puede decir que, en opinión de los sujetos entrevistados, para este hospital los factores de mayor impacto en los rendimientos son: el origen geográfico del trabajador (si es o no extranjero), el sexo o género y la edad. Ello atendiendo a que en la actualidad existe una gran carencia de médicos especialistas en los hospitales chilenos. En este sentido, los profesionales provenientes de otros países del continente han venido a suplir en parte este déficit. En este hospital existen 25 médicos extranjeros contratados o en proceso de formación en alguna especialidad médica, que representan el 4,4% de la dotación de médicos, 15 profesionales universitarios como enfermeros y tecnólogos médicos, que representan el 2,9% de esta dotación y 6 técnicos que representan sólo el 0,8% de esta dotación. Todos, estamentos que son de atención directa de pacientes. Estos profesionales declaran haber sentido discriminación y, en algunos casos, malos tratos en su proceso de inserción laboral, no siendo aceptados ni reconocidos del todo.

Las mujeres constituyen el 63% del total de empleados del hospital, y a juicio de los entrevistados, son las que aportan a la colaboración y empatía, siendo en general menos competitivas e individualistas que los hombres. Presentan, sin embargo, mayores tasas de ausentismo, derivadas de su condición de madres, y en tener mayor conciencia de su situación de salud y responsabilidad laboral.

La edad proporciona experiencia (práctica), asienta los conocimientos, genera mayor compromiso con la institución y eso redunda en mayor efectividad en los procedimientos y prácticas sanitarias, presentan mayor rendimiento en factores como compromiso, responsabilidad, menores niveles de ausentismos y de rotación, y mayor apego al cumplimiento de normas y preservación de la cultura.

Cabe hacer presente que el índice de ausentismo en este hospital al año 2018 es de

16,8%, el más bajo de los últimos cinco años, considerando que el indicador a nivel nacional en el sector es del 23,7%. Este indicador expresa los días laborales, medido en porcentaje, que el personal se ausenta a su jornada laboral (jornadas no trabajadas) por distintas causales, siendo la más frecuentes las licencias por enfermedades comunes, estrés por sobrecarga de trabajo y permisos varios.

- Atendido el déficit de especialistas en la salud pública chilena (que emigran al sector privado por mayores compensaciones económicas), los profesionales extranjeros, principalmente médicos, han venido a reducir en parte las listas de espera y el tiempo de atención, especialmente en las unidades de emergencia (urgencias), atención de consultas de especialidades y unidades médico-quirúrgicas. La lista de espera de consultas de especialistas entre el 2015 y el 2018 se redujo en un 38%. No obstante, los pacientes en espera quirúrgica se han incrementado en un 16% entre 2015 y 2018.
- En este contexto, el origen geográfico o nacionalidad del profesional, es un factor que es mencionado con un impacto positivo en los rendimientos. La incorporación de personal extranjero se da en varios estamentos y posiciones laborales de colaboración médica del hospital estudiado (enfermería, tecnología médica y administrativa), contribuyendo a agilizar la atención y cubrir puestos en que no existen profesionales chilenos, con la formación o experiencia necesaria, para satisfacer la demanda de la población beneficiaria. En este sentido se espera que el profesional extranjero adopte las formas de trabajo y se comporte de igual manera a cómo lo hacen los profesionales chilenos.
- A juicio del personal médico extranjero, existe la voluntad por parte de los directivos del hospital de brindar un trato igualitario a los profesionales chilenos y extranjeros. Sin embargo, declaran no sentirse del todo aceptados, considerados e integrados en sus unidades de trabajo, percibiendo actitudes xenófobas en muchas ocasiones. Estas dificultades se dieron en un comienzo, en que el trato fue abiertamente desigual; no obstante, con el transcurso del tiempo ello ha mejorado, pero aún falta mucho para ser equitativo.
- Cabe señalar que la mayoría de los profesionales inmigrantes provienen de países como Ecuador, Colombia y Venezuela, siendo sus motivaciones más importantes para venir a Chile el crecimiento profesional y la situación política, económica y

social que ofrece este país. Por tales motivos, los médicos inmigrantes entrevistados, recomendarían a sus colegas compatriotas venir a trabajar a Chile. No obstante, fue posible constatar que, en algunos casos, la realidad es distinta, pues sumado a lo lento y difícil que puede ser el establecimiento en un país distinto al de origen, emerge con mucha fuerza el sentimiento de discriminación. Lo anterior, desde los reconocimientos de títulos profesionales hasta las exigencias del examen de competencias EUNACOM, que constituye un fuerte impedimento para insertarse laboralmente en el ámbito público.

- Esto se condice con el hecho de que los médicos inmigrantes, que fueron nuestra fuente de información clave, señalan que es muy difícil hacerse parte del entrelazado social en Chile. Entonces, cabe cuestionarse acerca de la conformación de *ghettos*, situación que puede dar cuenta de la no integración, o muy débil integración de los extranjeros. Esto es importante, pues tolerancia no es sinónimo de integración.
- Por otra parte, pese a que los profesionales y los directivos entrevistados en el estudio señalen que la discriminación hacia los médicos y profesionales extranjeros es bastante baja al interior de los establecimientos hospitalarios, ello no necesariamente es así; y ello no significa la existencia explícita de políticas de recursos humanos orientadas a la diversidad e inclusión. De hecho, puede sostenerse a partir de las opiniones obtenidas, que los establecimientos de salud en que los profesionales inmigrantes se desempeñan carecen de políticas de recursos humanos con orientación a la diversidad en todos los niveles, especialmente respecto a la retención del talento sanitario y de incentivos para una mayor productividad, como por ejemplo mayor acceso a insumos, procedimientos de diagnóstico y tratamientos, que les facilite su trabajo clínico. Lo anterior se debe principalmente por el alto endeudamiento que tiene este hospital y todo el sistema de salud chileno, con sus proveedores (Anexos 5.2 y 5.3), y que, en el caso del Hospital Del Salvador, el índice de criticidad de la deuda alcanza a 2,5 veces, lo cual significa que por cada peso del presupuesto mensual en bienes y servicios de consumo se adeudan 2,5 pesos. Es importante señalar que el financiamiento del hospital proviene en un 90% del presupuesto del Estado, asignado a través de organismos como Fonasa⁶⁰, y

⁶⁰ Fonasa: Fondo Nacional de Salud. (asegurador de salud pública).

directamente del Ministerio de Salud. El 10% restante proviene de ingresos propios por venta de servicios, reembolsos de Isapres⁶¹ y gasto de bolsillo⁶² de los usuarios o pacientes (Departamento de Finanzas Hospital Del Salvador, 2019).

- Con respecto a la dimensión funcional del modelo de diversidad usado en este trabajo, que considera variables como: nivel educacional, formación, experiencia, discapacidad/inclusión; de las opiniones de los sujetos entrevistados se concluye que son los factores como formación, experiencia y discapacidad/inclusión, los de mayor incidencia en los rendimientos laborales. Lo anterior, ya que son los estamentos profesionales y técnicos de un hospital, por su rigurosa formación académica en el área sanitaria, los que presentan mayor rendimiento y compromiso con su trabajo, dado a que realizan una labor vocacional y son formados para el servicio público y el cumplimiento de metas, protocolos y normas. Mientras el personal adquiere mayor experiencia, son más productivos, existen menores tasas de errores en la aplicación de normas y procedimientos, y muestran mayor preocupación por brindar una atención de calidad a los pacientes. Respecto de la atención de pacientes de origen extranjero o con alguna discapacidad, si bien se reconoce que no existen políticas explícitas, han surgido iniciativas aisladas para mejorar su condición y atención. Aparece así, por ejemplo, la iniciativa de contratar orientadores y facilitadores interculturales para apoyar la atención de pacientes migrantes y su familia, además de facilitar el contacto con el equipo clínico del hospital. Además, se realizan cursos para el personal de idioma kreyòl para atender mejor a los pacientes inmigrantes haitianos.
- Se observa también que en el último tiempo se ha avanzado en la contratación de trabajadores con alguna discapacidad, cumpliendo con las normativas exigidas por la autoridad sanitaria. Unido a ello, y con el objetivo de dar cumplimiento a la Ley 21.015 de Inclusión Laboral de abril de 2018, se han incorporado al hospital en las áreas técnicas y administrativas, faltando aún mucho para cumplir con el requisito de la ley que exige que se debe reservar el 1% de las dotaciones para contratar personal

⁶¹ Isapres: Instituciones de Salud Previsional. (aseguradoras de salud privada)

⁶² Gasto de bolsillo: Se entiende por el pago directo que hace un paciente por una atención, procedimiento o medicamento que no está cubierto por la seguridad social o privada.

discapacitado. Ello es apreciado de forma positiva por parte de los sujetos entrevistados, atendiendo a que este personal es responsable, colaborador e incentivan el trabajo de equipo en las unidades en las que participan.

- Los sujetos entrevistados, coinciden en la necesidad de incrementar y mejorar los indicadores de producción del establecimiento, como es la reducción de las listas de espera, controlar y reducir costos, reducir el promedio de días de espera por camas de hospitalización, reducir los ausentismos, humanizar el trato al paciente, entre otros, que constituyen medidas de rendimiento de un establecimiento hospitalario.

Además, añaden que se deben atender a los cambios sociodemográficos que vienen aconteciendo en Chile, como es la paulatina tasa de envejecimiento de la población que demanda más acciones de salud, el incremento de población migrante, entre otros. En este sentido es útil mencionar algunos datos de producción y de gestión de personal del hospital:

- Las Consultas médicas se han incrementado en un 3% entre el 2015 y 2018.
- Las intervenciones quirúrgicas mayores han disminuido en un 23%, entre el 2015 y 2018, debido a la reducción de volumen de actividades del hospital por cambio de infraestructura.
- Las intervenciones quirúrgicas ambulatorias han crecido en un 67% entre el 2015 y el 2018.
- Los exámenes y procedimientos de servicios de apoyo se han incrementado en un 12% entre 2015 y el 2018.
- Los pacientes en espera quirúrgica de alta complejidad han incrementado en un 16% entre 2015 y 2018.
- Los egresos hospitalarios han experimentado una fuerte caída del 45% entre el 2016 y 2018, por la reducción de procedimientos complejos relacionados con las enfermedades del “ojo y sus anexos”, pasando de 4.899 atenciones en 2015 a sólo 186 en 2018 (DEIS, Ministerio de Salud, 2018). Ello porque las atenciones de mayor complejidad se realizan por convenio en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, prevaleciendo la atención ambulatoria y de urgencia.
- La dotación de camas se ha mantenido constante a contar del 2015 con un

número de 391.

- Los costos promedio por consultas de urgencia han aumentado en un 19%, nominal, entre 2017 y 2018 (El IPC 2018 en Chile fue del 2,6%).
- Los costos promedio de días de hospitalización han aumentado en un 11% nominal, entre el 2017 y 2018.
- El nivel de cumplimiento de las prestaciones GES⁶³, alcanza al 98,9% en el 2017.
- El promedio de días de espera por camas de hospitalización en 2017 alcanzó a 11 días (Anexo 5.11).
- El hospital también ha experimentado un incremento de atenciones a pacientes extranjeros en 106% entre el 2017 y 2018.
- Otra medida de desempeño, o rendimiento, son los reclamos por desempeño y las felicitaciones. Los reclamos alcanzaron un 43% en 2017 y las felicitaciones un 19%, sobre las solicitudes ciudadanas⁶⁴ gestionadas por la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), presentes en la estructura de cada hospital público.
- La tasa de ausentismo general del personal ha disminuido en 2,2% entre 2015 y 2018.
- La dotación de personal ha crecido en un 18% entre 2015 y 2018.
- La dotación de personal extranjero se ha mantenido constante entre 2015 y 2018 representando un 2,6% de la dotación total (aproximadamente 60 personas. 40% mujeres y 60% hombres).
- El personal que ha realizado alguna actividad de capacitación o formación en alguna área ha crecido en un 21,5% entre 2015 y 2018.
- En cuanto a la relación jurídica de los contratos de trabajo del personal del HDS, el 45% es personal de planta o titular en sus puestos, el 51% es personal a contrata y el 4% es honorarios.
- Un 39% del personal de planta registra un rango de antigüedad entre 10 y 20

⁶³ GES: Garantías Explícitas en Salud.

⁶⁴ *Solicitudes ciudadanas* es un documento escrito dirigido al director del establecimiento de salud, donde el usuario puede manifestar una consulta, solicitud, sugerencia, reclamo o felicitación al servicio.

años de servicio.

- El rango etario del personal del HDS, se concentra entre 35 a 44 años.
- La tercera dimensión del modelo usado es la diversidad sociocultural. Los factores más influyentes considerados por la mayoría de los sujetos entrevistados y que inciden positiva o negativamente en los rendimientos del establecimiento hospitalario analizado son: las motivaciones, las actitudes y los valores. En menor medida son citadas las creencias y la orientación sexual.
- El trabajo en salud y particularmente en salud pública es eminentemente vocacional, en donde prima el concepto de “*orientación al servicio público*”, lo cual se refleja en que el personal cumple con las metas y tareas encomendadas, aunque deban trabajar fuera de su jornada laboral sin exigir, en muchas ocasiones, retribuciones económicas compensatorias por ello.
- Los valores del personal dan cuenta de una cultura organizacional fuerte y que son transmitidos de una generación a otra. A juicio de los actores entrevistados, tienen alto impacto en indicadores de rendimiento como la productividad, ausentismos, satisfacción laboral, oportunidad de atención, reducción de listas de espera, calidad y seguridad del paciente.
- Con respecto a la Gestión de la Diversidad (D.M.), se puede señalar que son las dimensiones de liderazgo, sistema de compensaciones, compromiso y capacidad de resolver problemas los de mayor incidencia en los rendimientos del hospital estudiado, según la opinión de los sujetos entrevistados y que se expresan en el cumplimiento de metas, protocolos, compromisos, ausentismos, calidad y oportunidad en las prestaciones. En este hospital, tradicionalmente los directores han sido médicos, y el estilo de liderazgo del director y del equipo directivo superior es determinante en este aspecto. La profesión y especialidad del equipo directivo superior incide en el estilo y la calidad del liderazgo, compromiso y la efectividad en la solución de problemas. Los médicos cirujanos o de alguna especialidad quirúrgica, han sido los directores más comprometidos y con liderazgos más efectivos a juicio de algunos de los entrevistados, aunque ejercen estilos más bien autocráticos.
- En esa línea, los entrevistados opinan que priman los argumentos orientados al mantenimiento de un modelo monológico de gestión organizacional, en la cual se busca tratar

a todos por igual, y lograr efectividad organizacional. Si bien se reconocen las diferencias entre las variadas dimensiones de la diversidad, y particularmente de la gestión de la diversidad, las expresiones que se obtuvieron al aplicar las entrevistas permiten reconocer que se busca la homogenización sobre la diversificación y su promoción, en tanto ésta no se reconoce como una vía de innovación y creatividad, como factor de rendimiento organizacional. Esto por cierto queda reflejado en la declaración que, por ejemplo, a algunos médicos extranjeros se les revisan las recetas emitidas, lo que puede observarse como una forma de control y de “normalización”, más que de una forma de discriminación.

- No obstante, los informantes extranjeros dicen recibir un trato similar en las condiciones laborales formales, que la de los médicos y profesionales chilenos. Pero, declaran haber sufrido discriminación, desconfianza y malos tratos, de parte de los médicos y profesionales chilenos, reconociendo que ello constituye un elemento dañino para la integración y calidad de la atención del paciente. Así, el intento por equiparar es visto como una herramienta vital a favor de mantener un clima laboral sano.
- Dentro de las políticas de gestión de personas mencionadas por los sujetos entrevistados, destacan acciones tendientes a aminorar la insatisfacción y reclamos de pacientes, implementando a contar de 2017 lo siguiente: actividades de desarrollo personal en la gestión del trato, supervisión en infecciones intrahospitalaria, gestión del trato usuario, elaboración del duelo, jornadas de auxiliares en atención hospitalaria, lenguaje de señas, talleres de humanización del trato, cursos de manejo del estrés y técnicas de auto cuidado.
 - Se han desarrollado manuales en los siguientes ámbitos:
 - Normas de precauciones IAAS. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (2015).
 - Normas para los procesos de calidad y seguridad del paciente (2016).
 - Manual para el usuario (2017).
 - En 2017 se creó un comité de “licencias médicas”, que está presidido por el jefe de calidad de vida laboral, que tiene como finalidad indagar las causas de las licencias en cada uno de los trabajadores que presentan ausentismo en forma reiterada y que afecta la productividad, y prestar ayuda al trabajador según lo requiera cada caso.
 - Se ha detectado, lo que podría asimilarse a una política de compensaciones al personal, un beneficio entregado por el establecimiento, consistente en premios y

bonos en reconocimiento por el buen desempeño laboral y por las felicitaciones expresadas por los usuarios.

También se destaca en este punto la existencia del Servicio Médico del Personal y la Unidad de Calidad de Vida Laboral, que tienen como finalidad contribuir a la mejora de la salud de los trabajadores del establecimiento y la prevención de riesgos y enfermedades profesionales. Todas las licencias médicas del personal deben ser visadas por médicos pertenecientes al Servicio Médico del Personal.

- Se está en proceso de cambio formal del nombre a la subdirección de Recursos Humanos, pasando a llamarse a futuro Subdirección de Gestión de Personas.
- Existe una política de evaluación del desempeño o calificaciones del personal que, y de acuerdo al estatuto administrativo del sector público chileno, se debe realizar una vez al año. Este hospital ha implementado la práctica de hacer evaluaciones trimestrales que sirven de base a la calificación anual.
- También en el hospital se incentiva la capacitación de los empleados, pero con horarios compartidos, otorgando bonos por alcanzar determinadas horas de capacitación o entrenamiento funcionalia.
- Cabe destacar también la práctica de tener un “Generalista” de RR. HH., que es un empleado perteneciente a la Subdirección de Gestión de Personas del hospital y que es responsable de apoyar y asesorar a las jefaturas de servicios clínicos y de apoyo en materia de Dirección de Personas. Cada Generalista tiene a su cargo un servicio clínico, de apoyo o unidad administrativa. Ello es bien valorado por la línea jerárquica del hospital.
- Existe un Consejo Consultivo del Hospital Del Salvador que está conformado por representantes de la sociedad civil de las diferentes comunas de donde proviene su población beneficiaria. Su objetivo es velar por los derechos y deberes de pacientes y usuarios, se reúnen mensualmente con el Director del establecimiento dando a conocer inquietudes, fortalezas y debilidades del funcionamiento del hospital.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

Conclusiones

Las principales conclusiones y contribuciones del estudio del caso presentado, se pueden resumir en lo siguiente:

- El concepto de diversidad ha sido discutido ampliamente en la literatura especializada, no existiendo claro consenso acerca de su definición, estando constituido por variadas dimensiones y factores. Sin embargo, en lo que sí existe un consenso, es que la Gestión de la Diversidad (D.M.) y la definición clara de prácticas y políticas que fomenten la diversidad en organizaciones de variada naturaleza, pueden proporcionar una clara ventaja competitiva y ser influyentes en los rendimientos. Los resultados encontrados en el presente caso de estudio, a partir de la opinión transversal de los informantes claves y de los datos de producción del HDS confirman que factores de las tres (3) dimensiones de la diversidad definidos en el modelo de estudio, particularmente el liderazgo, formación, experiencia y compromiso, son claves en la determinación de rendimientos. A modo de ejemplo, entre otros posibles, se pueden mencionar: el incremento de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias en un 67%; los exámenes y procedimientos de servicios de apoyo se han incrementado en un 12% -ambos indicadores entre 2015 y el 2018-, y el hecho de que el hospital también ha experimentado un incremento de atenciones a pacientes extranjeros en 106% entre el 2017 y 2018.
- Al gestionar la diversidad, se gestiona la heterogeneidad de las personas y sus recursos, lo cual debiera constituirse como un factor fundamental en la promoción de la motivación y la creatividad y la innovación en los grupos de trabajo, aumentando la capacidad organizacional de resolver problemas y conflictos, y mejoría en la toma de decisiones, como se evidencia en la opinión de los sujetos entrevistados y corroborados con la literatura especializada, como Ely (2004); Foldy (2004); y Choi & Rainey, (2010), entre otros, quienes sugieren que la diversidad mejora los rendimientos, contribuyendo a decisiones de mayor calidad y aprovechando una gama más amplia de alternativas y nuevas ideas.

Estos y otros estudios han encontrado que los equipos de trabajo compuestos por grupos heterogéneos tienden a compartir más información, lo que lleva a un mejor rendimiento en comparación a los equipos homogéneos y puede mejorar la resolución de problemas (Choi & Rainey 2010).

- En el Capítulo 3, y para efectos de este trabajo, se ha definido a la *Gestión de la Diversidad (D.M.)*, como la *estrategia de Dirección de Personas que comprende objetivos y acciones tendientes a vincular, retener y desarrollar empleados con competencias diferentes, las que provienen de las dimensiones demográficas, funcionales y socioculturales*- modelo de diversidad asumida en esta tesis-, *con el objetivo de desarrollar ventajas competitivas y alcanzar competitividad y eficacia organizativa*. Es posible decir que los factores de la Gestión de la Diversidad de mayor impacto en los rendimientos en el establecimiento estudiado a juicio de los sujetos entrevistados son el liderazgo, el sistema de compensaciones, el compromiso y la formación y capacitación de los trabajadores.
- Las variables asociadas a *Diversidad Demográfica* que, a juicio de los entrevistados, tienen impacto positivo en los rendimientos son: el origen geográfico, la edad y el género de los trabajadores Estos resultados vienen a ratificar los estudios de McLeod, et al. (1996) y Lauring & Klitmoller (2017), que señalan que la diversidad de género y etaria contribuyen al incremento de los procesos constructivos y de rendimientos en el funcionamiento de los equipos, mientras que la diversidad en lo étnico tiende a inhibir estos procesos. Sin embargo, y según la opinión de los entrevistados, en el HDS, son las mujeres y extranjeros los que presentan mayores tasas de ausentismo y rotación. Ello es corroborado por estudios que demuestran que, en equipos diversos, las tasas de ausentismos y de rotación son más altas, y que la diversidad etaria dificulta la integración (Tsui, Egan y O'Reilly 1992; Pitts, 2006).
- La *Diversidad Funcional*, que alude a aquellos factores de la diversidad que son adquiridos por los trabajadores a lo largo de su vida y trayectoria laboral y, que no son innatos a cada persona, más bien son adquiridos y socializados, se puede decir que la formación y experiencia son los factores que más influyen en los rendimientos de los hospitales a juicio de las personas entrevistadas y ellos deben ser efectivamente gestionados. Nishii, L, H (2013), en un estudio demuestra que algunos factores de la

diversidad pueden tener efectos positivos al interior de los grupos de trabajo, específicamente en la interacción y rendimientos.

- La *Diversidad Sociocultural* está compuesta por factores generados socialmente y compartidos por los miembros de los equipos de trabajo, como son valores y creencias, sentimientos, motivaciones y actitudes hacia el trabajo, entre otros. Estos factores generan cohesión social entre los empleados y equipos de trabajo y mejoran la toma de decisiones. Tanto Cox (1994) y Herdman & McMilland-Capehart, (2010), aseguran que las diferentes opiniones proporcionadas por los individuos culturalmente diversos mejoran la gestión y la calidad de las decisiones.
- Lo relatado precedentemente adquiere relevancia a partir de un análisis crítico que demanda la mayor cantidad de perspectivas, para afrontar un desafío o conflicto. Ello es clave cuando se considera hoy que las organizaciones, como los hospitales públicos, se enfrentan a entornos complejos y altamente cambiantes y dinámicos, que demandan soluciones creativas e innovadoras a sus problemas, entre las que destacan las altas tasas de ausentismos del personal, el déficit presupuestario y la elevada deuda con proveedores o las prolongadas listas de espera, todos factores con alto impacto en las diferentes dimensiones del rendimiento organizacional. En el caso del HDS, se encontró que la tasa general de ausentismo del personal se sitúan en torno al 16,8% en 2018, cifra que ha venido decreciendo en los últimos 3 años, producto de efectivas medidas adoptadas por los directivos del hospital, pero manteniéndose aún alto en estamentos como de técnicos y auxiliares que se han mantenido en torno al 23% y 25% respectivamente. Las listas de espera quirúrgica de alta complejidad se han incrementado en un 16% entre 2015 y 2018 y la deuda hospitalaria acumulada es elevada, alcanzando al 2018, los \$801.000 millones CLP⁶⁵, cifra récord que implica un incremento del 27 % respecto de 2017⁶⁶.
- En definitiva, gestionar la diversidad al interior de un hospital público como lo es el HDS, permite a éstos reclutar talentos diversos y beneficiarse de su desarrollo, si las organizaciones adquieren la perspectiva adecuada al momento de diseñar y establecer políticas y prácticas de capital humano. Con orientación a la diversidad

⁶⁵ Expresado en pesos chilenos.

⁶⁶ Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales, Minsal, 2019.

podrán potenciar además el aprendizaje organizacional y la integración de las experiencias y habilidades de sus empleados, ampliando así sus posibilidades de desarrollo y las de los equipos, los cuales se verán beneficiosamente nutridos con el proceso.

- Sin embargo, como hemos visto en este caso, gestionar la diversidad en un hospital no es tarea fácil. Incluso, pareciera que se le gestiona, pero a través de *su negación*, según el *modelo Identidad – Ciego* (Johnson & Richard, 2001), desarrollado en el Capítulo 3 de esta tesis. La cultura organizacional y la cultura de la sociedad en que la organización está inserta suelen ser barreras muy altas, y el etnocentrismo, los sesgos, los prejuicios y los estereotipos dificultan la incorporación de prácticas que permitan aprovechar al máximo los beneficios que puede traer la heterogeneidad de las personas. A modo de ilustración, los médicos extranjeros entrevistados declaran que han venido a Chile en busca de mejores oportunidades laborales, formación y capacitación, y que el EUNACOM es una barrera alta y condiciona para trabajar en el sector público chileno. Declaran que, en muchos casos, han sufrido acoso y discriminación de parte de médicos chilenos por el hecho de ser extranjeros, y por la creencia de que tienen menores conocimientos y competencias que los médicos chilenos, ello explicado por el miedo de perder “*poder*” de parte del profesional chileno. No obstante, sus rendimientos e inserción son del nivel de calidad de los profesionales chilenos, asumiendo comprometidamente sus labores y asimilándose a la cultura del hospital.
- Además, se puede constatar que la forma de gestionar la diversidad en el hospital estudiado tiene más que ver con el modelo *identidad – ciego*, según el modelo de Johnson y Richard (2001), que se presenta en el capítulo 3 de esta tesis, que con el de *orientación a la diversidad*. Esto, pues como aluden algunos de los entrevistados, las políticas de RR.HH. del hospital y el comportamiento de los directivos tienden a tratar a todos por igual, a la homogenización, como si efectivamente fueran iguales. Pareciera que la diversidad no es mirada como un objetivo, sino como un problema a superar. Así, la *asimilación* es la práctica que emerge del discurso de nuestros informantes, ya que lo que se fomenta al interior de los establecimientos de salud en

que se desempeñan es la adaptación a las normas de la mayoría, las normas de la cultura predominante.

- En ese sentido y a partir de los resultados del estudio, pareciera que el paradigma *similitud – atracción* y la teoría de *la identidad social*, expuestos en el capítulo 3 de esta tesis, y que parten del supuesto de que los sujetos prefieren las relaciones con otros sujetos similares a ellos, fueran los predominantes en el hospital estudiado, dado que nuestros informantes señalan que la diversidad en el trabajo es vista como un desafío a superar, no retratándola como una oportunidad de desarrollo. En esa línea, la similitud es garante de comunicación e integración social entre los miembros del grupo. Esto, pues por lo general, cuando los individuos se diferencian etaria, sexual y culturalmente, también lo hacen respecto a sus hábitos de trabajo y estilos de comunicación, lo que puede eventualmente ser fuente de conflictos, tensión grupal y, con esto, impactar negativamente en algunos indicadores de rendimiento.
- Aludiendo a los planteamientos previamente comentados podemos afirmar que los factores de diversidad que tienen mayor impacto en los rendimientos del establecimiento hospitalario estudiado, a juicio de los sujetos entrevistados, no necesariamente se encuentran directamente ligadas con el aporte de las habilidades y conocimientos de cada uno de los grupos diversos identificados en el hospital. Esto, ciertamente, impide que el HDS pueda aprovechar los beneficios que ofrece la diversidad gestionada, mientras pareciera que lo que realmente importa es no obviar la diversidad, pero sí intentar que ésta afecte lo menos posible al desarrollo del trabajo y de la organización. Así, aunque trata de exponerse que la diversidad es gestionada, la identidad cultural de los grupos minoritarios, como discapacitados y personal inmigrante, es valorada de manera limitada y aún incipiente, siempre y cuando no afecte al *normal* desarrollo del trabajo, siendo esto esencial para la asimilación de la cultura dominante al interior del establecimiento de salud. Ello, a pesar de ser un establecimiento pionero en prácticas inclusivas y de diversidad de RR.HH., ha venido ocurriendo casi de manera intuitiva y poco sistematizada, como queda de manifiesto en las opiniones vertidas por los sujetos entrevistados.

Recomendaciones

- Al observar los resultados del presente estudio de caso desde lo expuesto por Ely y Thomas (2001), y presentado en el capítulo 3 de la presente tesis, quienes sostienen que en el diseño de políticas y prácticas de recursos humanos al interior de las organizaciones hay tres perspectivas que deben ser consideradas: (i) *Discriminación y justicia*, (ii) *Acceso y legitimidad* y (iii) *Integración y aprendizaje*; es posible advertir que las prácticas de RR.HH., observadas en el caso estudiado, HDS, difícilmente podrían ser situadas en la perspectiva de *integración y aprendizaje*, muy probablemente han de limitarse a las perspectivas de *discriminación y justicia* y de *acceso y legitimidad*. Esto queda demostrado a partir de que la principal estrategia de desarrollo de capital humano promovida, y que queda al descubierto en el discurso de los directivos y otros actores entrevistados, es el cumplimiento de las leyes vigentes y la equidad de oportunidades y tratamiento igualitario para todos los empleados del hospital, sin importar su origen demográfico, funcional o sociocultural diverso, orientando así las prácticas hacia la supresión de todos los juicios que podrían diferenciar el trato entre los diversos grupos del hospital, por diferencias etarias, de género, fe, formación o procedencia geográfica, entre otros aspectos.
- Se reconoce la orientación de las prácticas de la Gestión de RR.HH. hacia una cultura etnocentrista y homogénea, que impide reconocer el verdadero aporte de las habilidades y conocimientos de cada grupo de personas diversas y de su real aporte a los rendimientos del hospital. Esto, ciertamente, impide que el establecimiento de salud estudiado pueda aprovechar los beneficios que ofrece la diversidad gestionada, mientras pareciera que lo que realmente importa es no obviar la diversidad, pero sí intentar que ésta afecte lo menos posible al desarrollo del trabajo y de la organización.
- En ese sentido es relevante recordar que cuando la diversidad al interior de las organizaciones de salud es vista como negativa, por los problemas de integración que podrían suscitarse, es el grupo predominante culturalmente el encargado de definir las expectativas de las minorías respecto al trabajo y las normas de desempeño. Esto conducirá a no cambiar la forma de gestionar el capital humano

del sistema de salud pública en Chile y que se (re)produzcan la desconfianza y la competitividad entre las diversas identidades culturales, estableciéndose un clima laboral tenso y promotor del ausentismo y la rotación de los empleados culturalmente minoritarios.

- Por lo anterior, es importante que los directivos superiores de los establecimientos de salud pública, y los organismos gubernamentales encargados de dirigirlos estructuralmente, cuestionen la forma de gestionar la diversidad que actualmente promueven, y se preocupen de desarrollar políticas de dirección de personas que atiendan a la nueva realidad demográfica, funcional y sociocultural del sector, considerando, entre otros aspectos, la vigencia de la Ley 21.015 de Inclusión Laboral. Téngase en cuenta que el 44% de médicos inmigrantes ofrecen sus servicios en la atención primaria de salud en Chile y un 15% lo hace en establecimientos de mediana o alta complejidad, como el Hospital Del Salvador, que tiene en su planta una dotación de 25 médicos extranjeros de un total de 60 funcionarios de otros estamentos, también extranjeros.
- Es necesario que se oriente la labor institucional hacia la construcción de políticas de administración de personas bajo el prisma de la *integración* y *el aprendizaje*, según el modelo de Ely y Thomas referido precedentemente, pues sólo así, el sector salud podrá nutrirse de las experiencias y habilidades de la riqueza de personas diversas. No es posible ignorar las diferencias culturales que coexisten entre profesionales, técnicos y otros estamentos de diferentes nacionalidades que hoy trabajan en hospitales públicos chilenos, y en particular en el HDS estudiado en esta tesis, y que pueden llegar a generar un mayor desarrollo de la profesión y del sistema de salud público en Chile, ampliando las oportunidades de aprendizaje organizacional y la adaptabilidad a un escenario social y demográfico cada vez más diverso culturalmente.
- Kellough y Naff (2003) y Sabharwal (2014) estudiaron los elementos y consideraciones que comúnmente se incluyen en los programas de gestión de la diversidad asimilables con la perspectiva de *integración* y *aprendizaje*, identificando los componentes básicos que deben estar presentes en el diseño de un modelo de gestión de diversidad, siendo los siguientes los que se recomiendan para el caso

estudiado:

- a) Generar compromiso de la alta dirección con los programas y proyectos de diversidad cultural, incorporando indicadores que aseguren tal compromiso y la rendición de cuentas respecto de la gestión. En este contexto, en el plan de Desarrollo del HDS, para el período 2018-2023, se está impulsando este tipo de iniciativas.
- b) Rediseñar la estructura orgánica tanto a nivel macro (departamentos) como a nivel micro (puestos de trabajo) para apoyar en forma efectiva a la estrategia de gestión de la diversidad de RR.HH.
- c) Orientar la cultura organizacional y los sistemas de gestión a la estrategia de D.M. Los valores organizacionales deben promover el respeto y reconocimiento de la diversidad de las personas que trabajan en la organización, y éstos han de reflejarse en las actividades desarrolladas en las mismas.
- d) Impulsar estilos de dirección y liderazgo inclusivos, lo que fortalece las políticas y prácticas de la diversidad cultural en la organización. Uno de los factores esenciales que contribuyen a crear entornos inclusivos es el liderazgo comprometido que apoya las diferencias individuales y culturales entre los empleados (Shore et al, 2011). Tal liderazgo comprometido también utilizaría los talentos de todos los miembros sin importar su género, raza / etnia, edad, orientación sexual, etc. Los líderes de una organización deben idear estrategias para eliminar barreras sistémicas y crear instancias en las que todos los empleados puedan desarrollar al máximo su potencial.
- e) Capacitar a todo el personal, respecto de los valores y prácticas de la diversidad cultural. Cabe hacer presente que en el HDS, ya en 2018, se impartieron cursos de valoración de la Diversidad e Inclusión. Ello en respuesta de la ley 21.015 de Inclusión Laboral, promulgada y en vigencia a contar de ese año. Y están planificadas otras actividades en ese sentido en el plan de desarrollo del hospital.

REFERENCIAS

- Andersen, S. & Moynihan, D. (2016).** “*How Leaders Respond to Diversity: The Moderating Role of Organizational Culture on Performance Information Use*”. Journal of Public Administration Research and Theory, 26, 448–460.
- Arias, M. M; Giraldo CV. (2011).** “*El rigor científico en la investigación cualitativa.*” Investigación de educación en Enfermería. 29, (3). 500-514.
- Akerlof, G; Kranton, R. (2000):** “*Identity Economics, How our identities shape our work, wages and well-Being.*”
- Bassett-Jones, Nigel (2005).** “*The Paradox of Diversity Management, Creativity and Innovation*”. Creativity and Innovation Management, vol. 14, nº 2, pp. 169-175.
- Bertaux. D (1988).** “*El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades*”. En: Historia oral e historias de vida. Costa Rica. FLACSO, Cuadernos de Ciencias Sociales.
- Bohlander, G; Snell, S; Morris, S (2017):** “*Administración de Recursos Humanos.*” 17° edición. Cengage Learning, México.
- Byrne, D. (1971).** “*The attraction paradigm*”. New York: Academic Press.
- Broadnax, W. D. (2010).** “*Diversity in public organizations: A work in progress*”. Public Administration Review, 70(Suppl. 1), s177-s179.
- Carmichael T, y Rijamampianina R. (2005).** “*General issues in management: A Pragmatic and Holistic Approach to Managing Diversity* “. Chapter 3, Problems and Perspectives in Management, 1, pp 109 – 117.
- Casalino, G. (2008).** “*Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual*”. En: Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. Vol. 21, No. 4 (2008); p.143-152.
- Cascio, Wayne F. (2006).** “*Managing Human Resources*”. McGraw-Hill Irwin, Boston.

Castellano, S. y González, P. (2010). “*Calidad de servicio en farmacias tradicionales y de autoservicio: Estudio de caso*”. En: Revista Venezolana de Gerencia. Vol. 15, No.52 (2010), p. 570590.

Chiavenato, I. (2007). “*Administración de Recursos Humanos*”. *El capital humano de las organizaciones. Octava edición, Mc Graw Hill, México, D.F.*

Chinchilla, M. & Cruz, H. (2011). “*Diversidad y paradigmas de empresa: un nuevo enfoque*”. Revista empresa y humanismo, 14, 47-79. ISSN: 1139-7608.

Choi, S. & Rainey, H. (2010). “*Managing diversity in U.S. Federal Agencies: Effects of diversity and diversity management on employee perceptions of organizational performance*”. Public Administration Review 70:109–21.

Cox, T. y Blake S. (1991). “*Managing cultural diversity: implications for organizational competitiveness*”. Academy of management executive, 5(3): 45 -56.

Cox, T. H. (1994). “*Review of research on diversity and organizational performance*”. Cultural Diversity in organizations. Theory, research& practice”, Berrett-Koehler Publisher Inc.

Creswell, J. (2012). “*Eductional research, Planing, conducting and evaluating quantitative and quialitative Research*”. Boston: Pearson Education Inc.

De la Cuesta-Benjumea, C (2011). “*La reflexividad: In asunto crítico en la investigación cualitativa*”. Enfermería clínica, 21(3):163-167. Universidad de Alicante. Dpto Psicología de la Salud.

Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. (2016). “*Sobregasto Operacional y Deuda del Sistema Nacional de Servicios de Salud*”. Chile.

Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. (2018). “*Estadísticas de Recursos Humanos del Sector Público 2008-2017*”. Chile. Editorial Síntesis.

Ely R. y Thomas D. (2001). “*Cultural Diversity et Work: The effects of diversity*

perspectivas on work group processes and outcomes”. Administrative Science Quarterly – 2001 pp.229- 273.

Ely, R. J. (2004). “*A field study of group diversity, participation in diversity education programs, and performance*”. Journal of Organizational Behavior, 25, 755–780. DOI:10.1002/job.268.

Encuesta Casen (2017): Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Santiago de Chile. Recuperado de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen_2017.

Fernández-Alles, M; Camelo-Ordaz, C. (2014). “*La gestión de los equipos de dirección de las joint ventures desde un enfoque de recursos humanos*”. UNIVERSIA BUSINESS REVIEW | PRIMER trimestre 2014 | ISSN: 1698-5117.

Foldy, Erica Gabrielle. (2004). “*Learning from Diversity: A Theoretical Exploration*”. Public Administration Review 64(5): 529–38.

Geddes A, (2006). “*Migration and the study of polities*”. B, JP, I.R: Vol 8, pp. 611-620.

Gobierno de Chile. (2019). “*Gobierno Transparente Ley N° 20.285 - sobre Acceso a la Información Pública*”. Disponible en: http://transparencia.redsalud.gob.cl/transparencia/public/AO079/2017/12/per_planta.html.

Gómez Mejía, I. Balkin, D. y Cardy, R. (2007). “*Dirección de Recursos Humanos*”. Prentice Hall, 3era Edición.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). “*Metodología de la Investigación*”. México D.F.: Editorial McGraw Hill.

Hernández-Carrera, R. (2014). “*La investigación cualitativa a través de entrevistas: Su análisis mediante la teoría fundamentada*. Cuestiones Pedagógicas, 23, pp 187-210. Secretariado de Publicaciones, Universidad de Sevilla.

Herdman, A. O. & Mcmillan-Capehart, A. (2010). “*Establishing a diversity program is not enough: Exploring the determinants of diversity climate*”. Journal of Business and Psychology, 25: 39–53.

Hospital Del Salvador. (2014). “*Anuario Estadístico 2014*”. Ministerio de Salud. Chile.

Hospital Del Salvador. (2015). “*Anuario Estadístico 2015*”. Ministerio de Salud. Chile.

Hospital Del Salvador. (2016). “*Anuario Estadístico 2016*”. Ministerio de Salud. Chile.

Hospital Del Salvador. (2017). “*Anuario Estadístico 2017*”. Ministerio de Salud. Chile.

Hospital Del Salvador. (2017). “*Cuenta Pública Participativa 2017*”. Ministerio de Salud. Chile.

Hospital Del Salvador. (2019). “*Hospital Del Salvador*”. Disponible en: <http://www.hsalvador.cl>.

Huggins, R; Izushi, H. (2013). “*Knowledge-based Development in Leading Regions across the Globe: An Exploratory Analysis of the co-Evolution of Resources, Capabilities and Outputs*”. Urban Studies. 50(5):1030-1048; Sage Publications. Base de datos: JSTOR Journals.

Jackson, S; Joshi, A. y Erhardt, N. (2003). “*Recent Research on Team and Organizational Diversity: Swot Analysis and Implications*”. Journal of Management, vol. 29 No. 6, pp. 801-830.

Jélvez, A., Riquelme, Y, y Gómez, N. (2010). “*Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile*”. En: Horizontes empresariales. Vol. 9, No. 2; p. 51-72.

Johnson, N. y Richard, O. (2001). “*Understanding the Impact of Human Resource Diversity Practices on Firm Performance*”. Journal of Managerial Issues, vol.13.

Lauring, J. & Klitmøller, A. (2017). “*Inclusive Language Use in Multicultural Business Organizations: The Effect on Creativity and Performance*”. International Journal of Business Communication, 54, 306–324.

Leiva, L. (2018). “*Costo del ausentismo laboral en salud de 2017 equivale a seis hospitales de baja complejidad*”. Subsecretaría de redes asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Consultado en Marzo 2019.

Leiva, L. (2018). “*Médicos extranjeros con registro al día crecieron 63,6% entre 2015 y 2017*”. Subsecretaría de redes asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial.

Leiva, L. (2019). “*Minsal debe atender a 41 mil personas en 3 meses para cumplir meta de lista de espera*”. Subsecretaría de redes asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial.

Ley 18.834 (2005). “*Sobre Estatuto Administrativo para el Personal Civil del Estado de Chile*”. Publicado en el Diario Oficial de 16 de marzo de 2005 y actualizado al 19 de junio de 2009.

Lincoln YS, Guba, EG. (1986). “*But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation*”. New Dir Program Eva.[Eva](#)

Martiniello M, (2003). “*The State, the Market and Cultural Diversity*”. Inmigrants and Minorities, vol 22 pp.127 -140.

McLeod, P., Lobel, S. & Cox, T. (1996). “*Ethnic diversity and creativity in small groups*”. Small Group Research . Vol 27,pp.246-264.

Mertens, D. (2010). “*Research and evaluation in Education and Phsyiology: Integrating diversity with quantitative, qualitative and mixed methods*”. Thousand Oaks: Sage Publications.

Ministerio de Salud (2017). Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, www.deis.cl.

Ministerio de Salud (2018). Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, www.deis.cl.

Ministerio de Salud (2018). División de Presupuesto del Ministerios de Salud de Chile.

Ministerio de Salud (2019). Subsecretaria de Redes Asistenciales.

NG, Eddy S.W. y Burke, Ronald, J. (2005). “*Person-Organization fit and the War for Talent: does Diversity Management make a Difference?*”. International Journal of Human Resource Management, vol. 16, nº 7, pp. 1195- 1210.

Nishii, L.H. (2013). “*The benefits of climate for inclusion for gender-diverse groups*”. Academy of Management Journal, 56, 1754–1774.

Olavarriá-Gambi, M. (2017). “*Implementación de Políticas Públicas: lecciones para el diseño. Análisis de los casos de modernización de la gestión pública y de la reforma de salud en Chile.*” Revista del CLAD, Reforma y Democracia, N° 67, Feb. 2017, pp.95 – 124.

Osses, S; Sánchez, I; Ibañez, F. (2006). “*Investigación Cualitativa en Educación*”. Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. Estudios Pedagógicos XXXII, N° 1. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

Pelled,L; Eisenhardt,K; Xin, K. (1999). *Exploring the Black Box: An Analysis of Work Group Diversity, Conflict, and Performance*. Source: Administrative Science Quarterly, Vol. 44, No. 1 pp. 1-28.

Pitts, D. (2009). “*Diversity management, job satisfaction, and performance: Evidence from U.S. Federal Agencies*”. Public Administration Review 69:328–38.

Regaira, E., Sola, M., Goñi, R., Del Barrio, M., Margall, M. y Asiaín, M. (2010). “*La calidad asistencial en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala Servqual*”. En: Enfermería intensiva. Vol. 21, No.1 (2010); p.3-10.

Sánchez-Apellaniz, M. (2008). “*Políticas de Recursos Humanos orientadas a la gestión de la diversidad. Objetivos a perseguir y acciones a emprender.*”

Sánchez-Apellaniz, M. y Román, M. L. (2008). “*Gestionar la Diversidad*”. Sevilla, España. Edición Digital @ Tres. 2008. 178”

Torres, E. y Lastra, J. (2008). “*Propuesta de una escala para medir la calidad del*

servicio de los centros de atención secundaria de salud". En: Revista de Administración Pública. Vol. 42, No.4; p. 719-734.

Tsui, A; Egan, T y O'reilly, C. (1992). "Being different: Relational demography and organizational attachment." *Administrative Science Quarterly*, 37 (4): 549 – 579.

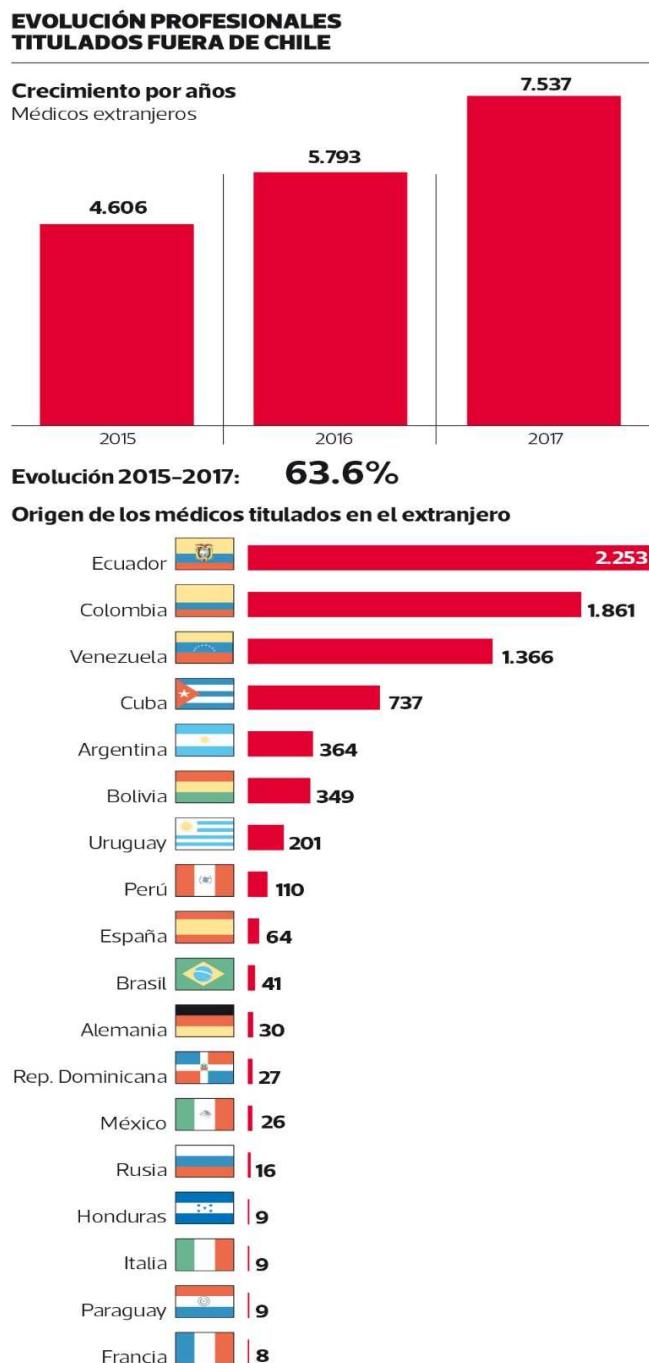
Valles, M.S. (2009). "Entrevistas Cualitativas. *Centro de Investigaciones Sociológicas*. Madrid.

Wengraf, T. (2012). "Qualitative Research Interviewing". London: SAGE.

Yin, R.K. (2009). "Case Study Research – Design and Methods, Applied Social Research Methods". (Vol. 5, 2nd ed.), Newbury Park, CA, Sage.

ANEXOS

Anexo 5.1. Médicos extranjeros con registro al día crecieron 63,6% entre 2015 y 2017.



Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadística del Ministerio de Salud (DEIS 2017).

Anexo 5.2. Déficit / Deuda Hospitalaria

El Sistema Nacional de Servicios de Salud, ha presentado permanentemente un mayor gasto respecto al asignado a través de la Ley de Presupuestos del Sector Público, en particular, en el gasto en personal y bienes y servicios de consumo.

El sobregasto (déficit), entendido como el diferencial entre el gasto devengado y el presupuesto vigente, ha tenido como reflejo la llamada “deuda hospitalaria”, correspondiente al gasto devengado, pero no pagado, el cual ha aumentado progresivamente año a año. Ésta se ha traducido en el no pago oportuno a proveedores, ya que se ha privilegiado el pago de los compromisos remuneracionales.

Por tanto, La deuda hospitalaria responde a un concepto financiero y es la diferencia acumulada entre el total del gasto devengado y el monto total pagado por los servicios de salud.

El problema del financiamiento del Sector Público de Salud tiene fuertes implicancias en los usuarios del sistema sanitario, en la gestión política y una fuerte resonancia en los medios de comunicación. En la práctica, la discusión se ha polarizado en dos posturas: 1) la insuficiencia de recursos sumada a una deficiente asignación de los mismos y 2) fallas en la gestión por parte de los directivos de salud.

Desde el 2008 hasta el 2015, según datos del último estudio realizado por el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado, la tendencia general de la deuda es al alza, pese a que se producen disminuciones considerables de la misma en el mes de diciembre de cada año lo que responde a la inyección de recursos extraordinarios por parte del Ministerio de Hacienda para el pago de la deuda crítica. En términos monetarios, tenemos los siguientes datos:

Tabla: Indicadores de Deuda 2008 – 2015 (MM\$ de 2015)

| Indicador | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------------------|--------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|
| Deuda Promedio Anual | 56.342 | 80.455 | 106.213 | 64.300 | 68.484 | 103.678 | 134.963 | 184.850 |
| Máx. nivel de Deuda | 81.388 | 133.717 | 144.555 | 95.559 | 105.698 | 129.150 | 191.718 | 255.131 |
| Min. Nivel de Deuda | 25.997 | 55.416 | 46.327 | 32.965 | 45.569 | 68.027 | 69.366 | 106.257 |

Fuente: Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda de Chile. (2016)

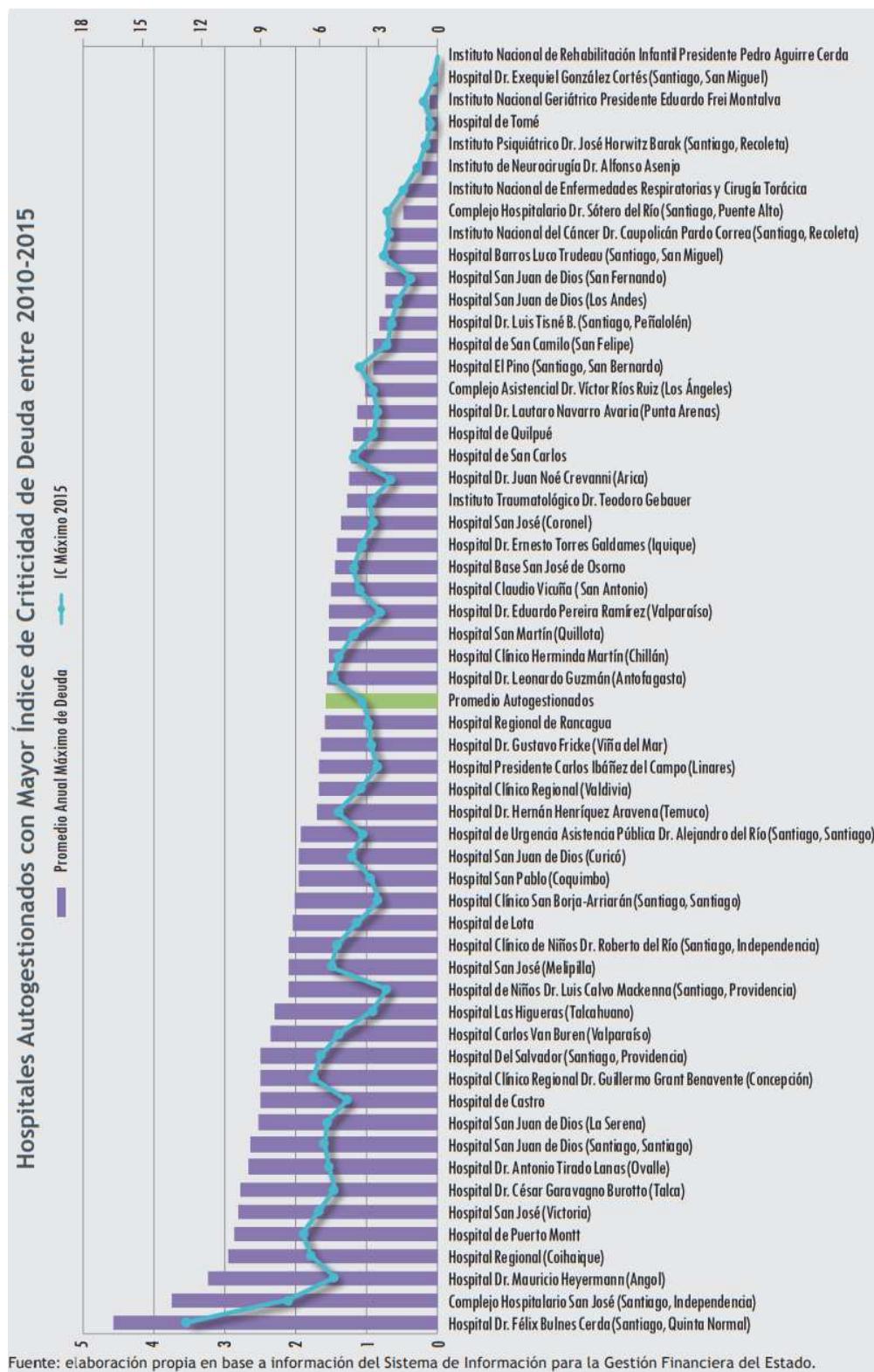
Dada las cifras de la Tabla, tenemos que la deuda promedio en 2015 ascendió a \$184.850 millones, dando cuenta de un incremento real anual de un 18% entre los años 2008-2015. Es preocupante el aumento de esta deuda año tras año. Esto puede afectar seriamente el funcionamiento de los Servicios de Salud Públicos, dependiendo de su índice de criticidad de deuda ($IC = Deuda Hospitalaria / ((Presupuesto Vigente Subt.22) / 12)$), que representa la relación entre el monto de la deuda hospitalaria y el duodécimo del presupuesto de gasto del subtítulo 22 (Bienes y Servicios de Consumo). El indicador representa el número de meses del gasto presupuestado que se encuentra comprometido a través de la deuda. Se ha convenido que un índice de 1,5 meses de gasto en deuda es manejable y es equivalente a 45 días de antigüedad de la deuda. Este índice es elaborado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Minsal y es validado por la Dipres.

El Hospital del Salvador se encuentra dentro de la lista de hospitales autogestionados con mayor índice de criticidad, con un índice máximo en 2015 de aproximadamente 1,8 y un promedio anual máximo de deuda de 2,5, ubicándolo en el lugar número trece de la lista⁶⁷. Cabe destacar que, de los 57 establecimientos autogestionados, 51 alcanzaron índices de criticidad máximos, por sobre el promedio del índice de los Servicios de Salud durante el año 2015 (promedio 2,5). Esto demuestra que son los establecimientos Autogestionados, en su mayoría, los de mayor complejidad de su respectiva red, en los que recae el mayor peso que genera la deuda hospitalaria

La situación de la deuda pareciese ser más bien estructural para los Hospitales San José (R.M., Independencia), San Juan de Dios (R.M., Santiago), Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción) y Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca), ya que en 5 de los 6 años estudiados se encuentran entre los hospitales más endeudados. Luego, le siguen los Hospitales Del Salvador (R.M., Providencia) y Carlos Van Buren (Valparaíso), con una reincidencia de 4 veces.

⁶⁷ Fuente: Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (2015).

Anexo 5.3. Hospitales autogestionados con mayor índice de criticidad de deuda entre 2010 – 2015.



Anexo 5.4. Ficha técnica del caso de estudio

| | |
|---|--|
|  <p>Hospital del Salvador Región Metropolitana</p> <p>SSMO Ministerio de Salud</p> | |
| Nombre | Hospital del Salvador |
| Tipo | Público |
| Complejidad | Alta |
| Nivel de Atención | Secundaria y Terciaria en adultos |
| Región | Metropolitana de Santiago |
| Comuna | Providencia |
| Red Hospitalaria | Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) |
| Fundación | 7 de diciembre de 1871 |
| Misión | “Buscar satisfacer, de acuerdo a nuestros recursos y capacidades, al paciente y a todos los grupos de interés relacionados a nuestra institución. La atención cálida, basada en la empatía, así como la eficiencia y resolución aplicada en la gestión diaria, que unida a nuestra calidad Asistencial-Docente serán las directrices de nuestro actuar.” |
| Visión | “Ser un referente nacional en la resolución de aquellas patologías complejas a nuestro alcance, de acuerdo a las políticas del MINSAL y basando siempre nuestro accionar en el mejoramiento continuo, la investigación e innovación aplicada y la dirección estratégica, convirtiendo de esta manera a nuestra institución en un polo de desarrollo asistencial, docente y de innovación hospitalaria destacado a nivel nacional.” |

| | |
|----------------------------------|--|
| Valores | Solidaridad, empatía, compromiso, calidad, ética, moral y respeto. |
| Comunas de Influencia | Las Condes (14%), La Reina (7%), Lo Barnechea (7%), Macul (15%), Ñuñoa (15%), Peñalolén (31%), Providencia (8%) y Vitacura (3%). |
| Población Usuaria en 2018 | Total: 507.745 personas mayores de 15 años - Hombres: 40% - Mujeres: 60% |
| Dotación de camas (2018). | 391 |
| Especialidades | <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía - Medicina interna - UCI (Unidad de cuidados intensivos) - SAIM (Servicio de atención de pacientes inmunodeprimidos). - Hematología - Odontología - Unidad de Urgencia (Emergencias) - Unidad de Trasplantes - Oftalmología - Otorrinolaringología - Urología - Traumatología - Infectología - Psiquiatría - Endocrinología - Cardiología - Nefrología - Dermatología - Neurología - Pensionado - Unidad Trauma Ocular (UTO) |

| | |
|--|---|
| Producción (2018). | <ul style="list-style-type: none"> - Egresos: 14.415 - Consultas Electivas: 232.115 - Consultas de Urgencia: 56.398 - Intervenciones Quirúrgicas: 12.234 Intervenciones quirúrgicas ambulatorias: 11.374. - Unidad de dolor y cuidados paliativos: 3.876 - Exámenes de Laboratorio: 1.856.418 - Exámenes de Imagenología: 93.127 Exámenes y Procedimientos: 23.518 |
| Egresos Hospitalización (2018). | <p>Total: 14.415</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina: 5.076 - Cirugía: 4.214 - Traumatología: 2.042 - Neurología: 734 - Cirugía Vascular: 776 - Dermatología: 524 - Urología: 485 - Psiquiatría: 264 - UCI: 181 - Otorrino: 87 - Maxilofacial: 32 |
| Índice de criticidad de deuda entre 2010 y 2015.⁶⁸ | 2,5 |
| Dotación total de Personal en 2018. | <p>Total: 2.284 empleados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hombres: 833 - Mujeres: 1.446 |
| Dotación de Personal extranjero | Total: 60 |

⁶⁸ Índice elaborado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Minsal, donde IC = Deuda Hospitalaria / ((Presupuesto Vigente Subt.22) /12)

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Médicos: 25 - Profesionales: 15 - Técnicos: 6 - Administrativos: 5 - Auxiliares: 9 |
| Estamentos | <ul style="list-style-type: none"> - Directivos: 0,2% - Directivo no Profesional: 0,04% - Médicos: 21,8% - Odontólogos: 1,4% - Químicos: 1,1% - Bioquímicos: 0,4% - Profesional: 22% - Técnico: 30,5% - Administrativos: 10,9% - Auxiliar: 11,5% |
| Calidad Jurídica de sus empleados | <ul style="list-style-type: none"> - Planta: 45% - Contrata: 51% - Honorarios: 4% |
| Años de Servicio | <ul style="list-style-type: none"> - < 5 años: 8% - 5 a 10 años: 32% - 10 y 20 años: 39% - 20 a 30 años: 16% - > 30 años: 5% |
| Promedio Mensual de Ausentismo 2018⁶⁹ . (Representa los días hábiles no trabajados). | <p>Total: 5,04 días</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hombres: 4.253 días - Mujeres: 7.258 días |

Fuente: Elaboración propia.

⁶⁹ Fuente: Estadísticas de Recursos Humanos del Sector Público 2008-2017.

Anexo 5.5. Protocolo de Entrevista

“Gestión de la Diversidad e inclusión en Organizaciones de Salud en Chile”. Casos de estudio: Políticas y Estrategias de Recursos Humanos y sus efectos en los rendimientos.

Preguntas:

1. Identificación: Nombre, cargo, tiempo en el hospital, calidad jurídica de contrato.
2. ¿Cómo definiría usted al hospital en el que trabaja?
3. ¿Cuáles serían sus fortalezas y debilidades?
4. ¿Cómo define al Personal del hospital? Caracterícelo.
5. Los hospitales son organizaciones diversas en cuanto a su composición de personas, ¿Cómo incide este factor en los rendimientos del personal?
6. ¿Cuáles son las medidas de desempeño del personal de su unidad?
7. ¿Cuáles son las tasas de ausentismo del personal, de rotación? ¿A qué obedecen?
8. ¿Hay listas de espera en su servicio? ¿De cuánto es? ¿A qué se debe?
9. ¿Cuál o cuáles de los siguientes factores de la Diversidad / inclusión, considera Usted que tienen mayor impacto en los rendimientos?

| | |
|----------------------|----------------------|
| - Sexo | - Discapacidad |
| - Edad | - Valores |
| - Etnia | - Creencias |
| - Nivel de educación | - Motivaciones |
| - Formación | - Actitudes |
| - Experiencia | - Orientación sexual |
10. ¿El Hospital ha incorporado en el último año a personas con alguna discapacidad para dar cumplimiento a la ley 21.015 (abril/18) que establece que los organismos con más de 100 trabajadores deben disponer el % de su dotación para personas discapacitadas?
11. ¿El hospital ha contratado personal extranjero? Profesionales y no profesionales.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5.6. Relación de personas entrevistadas.

| Nombre | Cargo/Estamento |
|--------------------------------|------------------------------------|
| 1.- Mauricio Bustamante Osorio | Subdirector de Operaciones |
| 2.-Luis Osvaldo Carrasco | Subdirector de Gestión Asistencial |
| 3.- Sandra Erazo | Jefe de Neurología |
| 4..- Juan Cartes Toledo | Jefe de Estadística |
| 5.- Graciela San Martin | Enfermera Upc. |
| 6.- Javiera Muñoz | Enfermera (extranjera) |
| 7.- Marco Gallardo | Enfermero |
| 8.- Manuel Alburquerque | Enfermero |
| 9.- Sonia Arenas | Enfermera |
| 10.- Camila Vergara | Nutricionista |
| 11.- Camilo González | Tecnólogo médico (extranjero) |
| 12.- Bárbara Figueroa | Enfermera |
| 13.- Pablo Solís | Médico cirujano (extranjero) |
| 14.- Alex Urrea Silva | Médico cirujano |
| 15.-Claudia Martínez Marchant | Médico cirujano (extranjera) |
| 16.- Rodolfo Soto Lepe | Cirujano dentista |
| 17.- Kuen Lee | Médico cirujano |
| 18.-Samuel Palma | Médico cirujano (extranjero) |
| 19.- Mirta Zagal | Técnico Paramédico |
| 20.-Jeannette Huenchullán A | Técnico Paramédico |
| 21.- Katty Castillo H | Técnico Paramédico |
| 22.- Omar Zagal | Administrativo |
| 23.- Mauricio Astorga T | Administrativo |
| 24.- María Parraguez A | Usuario |
| 25.- Camila Cordini A | Usuario |

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5.7. Cuestionario Semiestructurado.

“Gestión de la Diversidad e inclusión en Organizaciones de Salud en Chile”. Casos de estudio: Políticas y Estrategias de Recursos Humanos y sus efectos en los rendimientos.

- ❖ El presente cuestionario constituye un instrumento básico para recoger opiniones sobre la gestión de la Diversidad e inclusión en Organizaciones de Salud en Chile.
- ❖ Se le ruega que conteste con sinceridad, de la forma más detallada y con el máximo rigor posible, a las preguntas que se formulan. El valor, interés y utilidad del estudio quedan condicionados por la veracidad de la información recogida y por la fidelidad en el momento de reflejar la realidad de la situación estudiada. Por ello, se pide y se agradece su opinión personal y un poco de su tiempo.

NOMBRE: _____

1.- Identificación

Datos Personales

Edad: _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____ Prefiero no Decirlo _____

Estado Civil: Soltero/a _____ Casado/a _____ Separado/a _____ Viudo/a _____

Nivel Educacional: E. Básica _____ E. Básica Completa _____ E. Media Incompleta _____ E. Media Completa _____

Técnico Profesional _____ Técnico Profesional _____ Universitaria Incompleta _____ Universitaria Completa _____

Comuna de Residencia: _____

Datos Laborales

Cargo/Estantamento: _____

Institución: _____

Tiempo en la institución: _____

Calidad jurídica de contrato: _____

2.- ¿Cómo definiría usted al hospital en el que trabaja? ¿Cuáles serían fortalezas y debilidades de la institución, particularmente respecto de la Diversidad e inclusión?

3.- ¿Cómo define al Personal del hospital? Caracterícelo/defínalo.

4.- Los hospitales son organizaciones diversas en cuanto a su composición de personas, ¿Cómo incide este factor en los rendimientos del personal? ¿Cuáles son las medidas de desempeño del personal de su unidad?

5.- ¿Cuáles son las tasas de ausentismo y de rotación del personal? ¿A que obedecen?

[Large empty rectangular box for answer]

6. Licencias Médicas (Marque con una X cuando corresponda)

¿Ha presentado licencias médicas durante el periodo 2018 – 2019? Si _____ No _____

(Si su respuesta es no diríjase al apartado 7)

¿De cuántos días fue la licencia? _____

Indique la causa de su licencia⁷⁰: Común _____ Parental _____ Otra _____

7. Anotaciones de Mérito (Marque con una X cuando corresponda)

¿Posee anotaciones de mérito o desmérito? Mérito _____ Desmérito _____ Ninguna _____

(Si su respuesta es ninguna diríjase al apartado 8)

¿Cuál fue la razón de la anotación?

[Large empty rectangular box for answer]

8.- ¿Hay listas de espera en su servicio? ¿De cuánto es? ¿A qué se debe?

[Large empty rectangular box for answer]

⁷⁰ Siendo: 1) Comunes: Corresponden a licencias médicas por enfermedad o accidente común, incluyendo las licencias por prórroga medicina preventiva. (2) Parentales: Corresponden a licencia médica por patología del embarazo, maternal pre y postnatal, y por enfermedad grave hijo menor de un año. (3) Otras: Corresponden a licencias médicas por accidentes del trabajo o de trayecto, y por enfermedad profesional.

9.- ¿El Hospital ha incorporado en el último año a personas con alguna discapacidad para dar cumplimiento a la ley 21.015 (abril/18) que establece que los organismos con más de 100 trabajadores deben disponer el 1% de su dotación para personas discapacitadas?

10.- ¿El hospital ha contratado personal extranjero? Profesionales y no profesionales, ¿cuál es su opinión del desempeño e integración de este Personal?

11. ¿Cómo calificarías el estilo de liderazgo de los directivos actuales del hospital?

12. ¿Cómo es el clima laboral en su unidad? ¿Qué aspectos cambiaría si pudiese?

13.- ¿Cuál o cuáles de los siguientes factores de la Diversidad / Inclusión considera Usted que tienen mayor impacto en los rendimientos? Marque con una X según su criterio y la escala indicada.

| Variable | Ningún Impacto | Poco Impacto | Medio Impacto | Bastante Impacto | Mucho Impacto |
|--------------------|----------------|--------------|---------------|------------------|---------------|
| Sexo | | | | | |
| Edad | | | | | |
| Etnia | | | | | |
| Nivel Educacional | | | | | |
| Formación | | | | | |
| Experiencia | | | | | |
| Discapacidad | | | | | |
| Valores | | | | | |
| Creencias | | | | | |
| Motivaciones | | | | | |
| Actitudes | | | | | |
| Orientación Sexual | | | | | |

14.- ¿Cuál o cuáles de los siguientes factores considera Usted que tienen mayor impacto en los rendimientos del personal? Marque con una X según su criterio y la escala indicada.

| Variable | Ningún Impacto | Poco Impacto | Medio Impacto | Bastante Impacto | Mucho Impacto |
|---|----------------|--------------|---------------|------------------|---------------|
| Ausentismos por licencias médicas. | | | | | |
| Otros ausentismos (permisos o faltas sin aviso) | | | | | |
| Rotación | | | | | |
| Calificaciones | | | | | |
| Productividad (cumplimiento de metas de atención/ producción) | | | | | |
| Trato al paciente y empatía | | | | | |
| Reclamos del paciente | | | | | |
| Efectividad y oportunidad de atención. (Listas de espera) | | | | | |
| Tiempos de espera | | | | | |
| Seguridad y limpieza | | | | | |
| Otro, (señale cual) | | | | | |

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5.8. Conceptos Claves

Dotación de personal: Es el personal que tiene una relación jurídico-laboral permanente con el sector público, es decir, el personal de planta, a contrata, contratado como honorario asimilado a grado, a jornal y otro personal permanente.

Dotación efectiva: Es la suma del personal contabilizado en la dotación de un servicio, que se desempeña efectivamente en dicho servicio en un momento determinado.

Estamentos: El estamento hace referencia a las plantas de personal autorizadas para cada servicio en su ley orgánica o ley que establece la planta legal de la institución. Sobre éstas, cada institución puede nombrar o asimilar a su personal dependiente, ya se trate de personal de planta o contratado.

Calidad jurídica: Identifica la relación laboral mediante la cual el personal dependiente de cada institución pública se relaciona con el organismo contratante. El personal que desempeña una función administrativa regulada, principalmente, por la Ley N°18.834 (Estatuto Administrativo) puede desempeñarse en cargos de planta, empleo a contrata, afecto al Código del Trabajo o como honorarios asimilados a grado.

- a) Personal de planta: Personal designado para desempeñar alguno de los cargos permanentes asignados por ley a cada institución. El personal de planta puede tener la calidad de titular, suplente o subrogante, desempeñándose en funciones directivas, profesionales, fiscalizadoras, técnicas, administrativas o auxiliares. Al personal titular de planta, por acceder a la carrera funcionaria, se le garantiza la estabilidad en el empleo.
- b) Personal a contrata: Personas que desempeñan labores permanentes de la institución mediante su adscripción a cargos de carácter transitorio, sin acceso a la carrera funcionaria e incluidas en la dotación de una institución. Duran en su cargo, como máximo, hasta el 31 de diciembre de cada año, fecha en la cual los servidores expiran en funciones por el solo ministerio de la ley, salvo que hubiere sido propuesta la prórroga con al menos treinta días de anticipación, pudiendo renovarse indefinidamente. Las funciones sobre las cuales se puede desempeñar este tipo de cargos son profesionales, fiscalizadoras, técnicas, administrativas y auxiliares.
- c) Personal afecto al Código del Trabajo: Personas que desempeñan labores permanentes del servicio, contratado mediante las normas del Código del Trabajo y

del Estatuto Administrativo, según se haya indicado en la normativa que rige a la institución contratante, al cual se le asocia a un grado de la escala de remuneraciones y se le paga remuneraciones similares a la de la Escala de Remuneraciones vigente del servicio contratante.

- d) Honorarios: Aquel personal contratado para desempeñar labores no habituales de la institución, o cometidos específicos al interior de la misma, e incluidos en la dotación efectiva de ella. No se consideran empleados públicos y su actuación se rige por las cláusulas contenidas en el contrato que formaliza la realización de esas labores.

Ausentismo de Personal: El índice de ausentismo refleja el porcentaje de tiempo no trabajado como consecuencia de las faltas por diversas causales, como licencias médicas por enfermedad, permisos, feriados, en relación con el volumen de actividad esperada o planeada (Chiavenato, 2007). En estos términos, en índice se puede calcular mediante la siguiente fórmula.

$$\frac{\text{Número de días de ausencia en un período}}{(\text{dotación} * \text{número de días de trabajo en el período})} * 100 = \%$$

Para obtener la cantidad de personas faltantes en el período, se usa la siguiente fórmula:
Ta * Dotación = Número de Personas ausentes en el período.

Anexo 5.9. Lista de Espera

No cabe duda de que las listas de espera en el sector público de salud en Chile son un tema delicado y difícil de abordar, ya que la antigüedad de los pacientes incluso supera los dos años, alcanzando en algunos casos a los 3 años, número que se busca reducir. Es por esto que, en marzo del presente año (2019), vence el plazo autoimpuesto por el ministro de Salud, Emilio Santelices, para que los pacientes de la lista quirúrgica GES⁷¹ y No GES tengan un tiempo de espera máximo de dos años. Y según los datos publicados del Departamento de Gestión de Información y Estadística de la cartera de Salud, resta aún atender a 41.916 personas que, a contar de 2007, para cumplir esa meta a tiempo.

Tabla

Pacientes que aguardan cirugía No Ges y Ges.

| | 2007 – 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Número de Pacientes | 4.630 | 9.220 | 28.066 | 61.126 | 120.711 |
| Meta de casos a resolver: 41.916 | | | | | |

Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadística del Ministerio de Salud (DEIS 2018)

La cifra por alcanzar es bastante alta, considerando que muchos de los pacientes presentan patologías de alta complejidad, como traumatológicos, ortopédicos, casos que requieren de camas críticas o intermedias o de prótesis de cadera o rodilla, la resolución de esta meta demandará unos \$ 18 mil millones.⁷²

El Hospital del Salvador se encuentra en el sexto lugar entre los hospitales con más pacientes retrasados, en cirugías GES, siendo superado por los hospitales de Valdivia, Temuco, Viña del Mar, Rancagua y el Complejo San José de Independencia respectivamente, como se muestra en la siguiente tabla:

⁷¹ GES: Garantías explícitas en salud. Corresponden a tratamientos, procedimientos y cirugías garantizadas por ley.

⁷² Fuente: Subsecretaría de redes asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Marzo 2019.

Tabla

Hospitales públicos con más pacientes retrasados en cirugías GES.

| Dependencia | 2007 - 2014 | 2015 | 2016 | Total |
|------------------------------------|--------------------|-------------|-------------|--------------|
| Hospital de Valdivia | 51 | 1.171 | 3.498 | 4.720 |
| Hospital de Temuco | 95 | 765 | 3.569 | 4.429 |
| Hospital de Viña del Mar | 980 | 844 | 1.256 | 3.080 |
| Hospital de Rancagua | 588 | 845 | 1.101 | 2.534 |
| Complejo San José de Independencia | 993 | 684 | 727 | 2.404 |
| Hospital del Salvador | 846 | 625 | 868 | 2.339 |

Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadística del Ministerio de Salud (DEIS 2018).

En su totalidad, y según los datos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial a Marzo de 2019, el 58% de los casos lleva menos de 12 meses en el registro, mientras que el 42% (es decir, 107.343 personas) lo supera ampliamente. Pese a esto, se puede ver una evolución positiva, ya que en los últimos 10 meses la cantidad de inscritos en las listas de espera han disminuido en un 11%. De todas formas, el avance en su reducción se dificulta con la deficiente cantidad de médicos por habitante que posee Chile, en donde tenemos 1,9 médicos por mil habitantes, versus el promedio de países de la OCDE que es de 3,3.

En cuanto a los pacientes, tenemos que el 41% (104.463) son hombres, mientras que el 59% (150.739) son mujeres. El rango etario se concentra entre los 15 y 64 años con 156.441 inscritos. Pese a esto, es preocupante que la segunda mayor cifra sean 62.973 adultos mayores de 65 años, quienes, en su mayoría, no poseen el estado de salud para esperar por mucho tiempo. Los menores de 15 años corresponden a 35.788.⁷³

Finalmente, tenemos que Traumatología es la especialidad de mayor complejidad que posee el mayor número de cirugías pendientes (51.599), seguida muy de cerca por la Cirugía Digestiva (46.944). En cuanto a las especialidades de menor complejidad, tenemos que

⁷³ Fuente: Subsecretaría de redes asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Marzo 2019. Leiva, L. (2019).

Dermatología y Oftalmología se encuentran con cifras muy parecidas a nivel nacional, siendo de 16.619 y 16.062 inscritos respectivamente.⁷⁴

⁷⁴ Fuente: Subsecretaría de redes asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Marzo 2019. Leiva, L. (2019).

Anexo 5.10. Resumen de opiniones relevantes de sujetos entrevistados

Los datos de producción y rendimiento expuestos precedentemente, se complementan con entrevista hechas a actores protagonistas del proceso, que se presentan en la siguiente tabla que recoge las opiniones recabadas de los sujetos entrevistados en este estudio, de acuerdo a su estamento o posición laboral en el hospital, y la percepción de la relación entre los factores del modelo de Diversidad y Gestión de la Diversidad (D.M) y, su relación con las dimensiones de rendimiento hospitalario utilizado en este estudio de caso.

Tabla

Resumen de opiniones relevantes de sujetos entrevistados, en cuanto a los factores de diversidad y su relación con dimensiones de rendimiento hospitalario.

| Nº de Sujeto Entrevistado | Expresión en las palabras del entrevistado |
|---------------------------|---|
| 1 Directivo | <ul style="list-style-type: none">• <i>En el hospital, las mujeres constituyen aprox. el 60% del total de empleados y es muy positivo, ya que los servicios de salud requieren de personal de sexo femenino, porque demuestran afectos, cariño a los pacientes, y son menos competitivas, aportando a la colaboración y menos al individualismo y preservan la cultura de trabajo en el hospital. Pero, es por sexogénero del empleado, en donde se observan mayores tasas de ausentismo, derivadas de su condición de madres principalmente y en tener mayor conciencia de su situación de salud. También se aprecia que existe predominio de personal de mayor edad, rango entre 35 y 50 años, con una experiencia promedio de 20 años y atendida su experiencia y conocimientos presenta mayor rendimiento y menor tasa de ausentismo laboral. No obstante que las tasas de ausentismo del personal en este hospital son altas, superiores al 20%, particularmente en los estamentos no profesionales, como lo son los técnicos paramédicos, TENS, auxiliares y administrativos. Todos ellos sin formación</i> |

| | |
|--|---|
| | <p><i>universitaria. Es importante señalar que ello incide en la programación de cirugías de todo tipo en el hospital.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Algo presente en este hospital, tiene que ver con el valor del trato igualitario a todas las personas y en todo aspecto, partiendo del reclutamiento, selección y promociones, y se les da igualdad de oportunidades a todos los empleados del hospital, sin importar su origen demográfico, sexo u otra condición.</i> ● <i>Los estamentos profesionales y técnicos por su rigurosa formación académica en el área sanitaria presentan mayor rendimiento y compromiso con su trabajo, dado a que realizan una labor vocacional y son formados para el servicio público y el cumplimiento de protocolos y normas. Mientras el personal adquiere mayor experiencia son más productivos, existen menores tasas de errores en la aplicación de normas y procedimientos y mayor preocupación por brindar una atención de calidad a los pacientes y se preocupan del buen uso de insumos. En el caso de la inclusión, en el hospital, de personal discapacitado, se ha contratado personal de esa condición. No existe política explícita al respecto, tal vez se deba elaborar para cumplir la ley. Hay personal no vidente, sordo o minusválido, ello se ve de forma positiva, atendiendo a que este personal es muy responsable, colaborador e incentivan la colaboración y trabajo de equipo en las unidades en las que forman parte. Además, su integración es rápida, y se les exige al igual que el personal normal, deben asimilar las costumbres y formas de trabajo al igual que los funcionarios extranjeros contratados. En un comienzo hubo cierta desconfianza porque se pensaba que tendría trato especial y rendirían menos.</i> ● <i>El personal en general es comprometido con la institución, diría que trabaja de manera motivada, no por lo económico, si por los reconocimientos y valoraciones sociales. Generalmente</i> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p><i>muestran actitudes positivas hacia su trabajo. Están comprometidos con su trabajo lo que incide en los rendimientos laborales, pese al estigma social, que sufren algunos estamentos de ser flojos y sacadores de vuelta. El trabajo en salud y particularmente en salud pública es inminentemente vocacional, en donde prima el concepto de orientación al servicio público, como valor central, lo cual se refleja en que el personal cumple con las metas y tareas encomendadas, se preocupan por la calidad de las atenciones y en cumplir con sus funciones, aunque deban trabajar fuera de su jornada laboral, sin retribuciones económicas. Esta situación se ha visto reflejada en diferentes oportunidades, como en el terremoto del 2010, y más recientemente, el traslado de pacientes hospitalizados y enseres de un sector a otro al interior del hospital, ocasionados de la instalación del Hospital Modular Transitorio, obra complementaria previa a la Construcción del Nuevo Hospital del Salvador e Instituto Nacional de Geriatría. Estas nuevas dependencias se instalan a contar del 2015.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Señala que tradicionalmente los directores de este hospital han sido médicos. El estilo de liderazgo del director del hospital es determinante en los rendimientos, y la especialidad del médico director incide en la calidad del liderazgo, compromiso y la efectividad en la solución de problemas. Los cirujanos han sido los directores más comprometidos y con liderazgos más efectivos, expresados en la resolutividad en la solución de problemas y “hacedores de cosas” en el hospital. Las debilidades de este hospital son las altas tasa de licencias médicas, del personal no profesional, la carencia de especialistas y la escasez de recursos como camas de hospitalización entre otros.</i> |
|--|---|

| | |
|----------------|---|
| | <p>Para asumir las largas listas de espera en consultas de especialidades y atender en el servicio de urgencia, se ha contratado profesionales extranjeros, a quienes no le ha sido fácil insertarse en la cultura del hospital, pero ello ha contribuido a la disminución de las listas de espera.</p> |
| 2 Directivo | <ul style="list-style-type: none"> • En general, el hospital aplica las normas que se ha dado en materia de selección, inducción y calificaciones, y de acuerdo al perfil de los cargos que están definidos en el reglamento de selección de personal. Al haber una forma conocida de seleccionar a los funcionarios, pienso que sí se está aplicando la gestión de la diversidad e inclusión, porque no hay un sesgo de hacer una discriminación por tal o cual funcionario, sino que lo que prevalece es que ese funcionario tenga la preparación y las competencias para realizar la actividad que deba realizar, ya sea nacional o extranjero. • Los profesionales extranjeros, por ejemplo, como es mi caso, yo cumplí con la formación que se necesitaba, el conocimiento que tenía como médico general, y sobre todo por el cargo que desempeño como neuróloga. Tenía la formación de especialista en este país y además realicé un magíster en gestión en salud, entonces cumplía con los requisitos para asumir la jefatura de servicio. Y ahí yo no sentí ninguna discriminación. • En cuanto a los profesionales que entran como médicos generales, que son de otras nacionalidades, se les exige es el EUNACOM, que considero que también es una manera de que la formación sea integral, para evitar cualquier negligencia médica. En el hospital existen médicos extranjeros en formación y contratados para turnos en urgencias y en algunas especialidades. Los en formación ya cumplieron con el Eunacom y algunos de urgencia se les ha dado los plazos que se han ido |

| | |
|--|--|
| | <p><i>indicando para que cumplan, porque como este examen antes se realizaba una vez y ahora es dos veces al año, se han ido dando todas las prórrogas de los plazos y de esa manera se está demostrando que lo que se quiere es cumplir con los requisitos, porque si se hubiera basado en eso, algunos de ellos no hubiesen podido seguir trabajando.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Dentro de los estamentos, yo veo que el que más ausentismo tiene son los TENS, que son los técnicos paramédicos, y dentro de los servicios, parece que los servicios de apoyo, como laboratorios, rayos y urgencia, tienen un poco mayor la tasa de ausentismo, tal vez, por la alta carga laboral, estrés y labores más mecánicas o rutinarias en esas unidades de apoyo, cosa que se debe investigar.</i> ● <i>Y en el rendimiento, en realidad, actualmente los funcionarios que trabajábamos muchos años en este hospital y que tenemos más edad, rendimos más, que los que están llegando ahora. Los funcionarios más jóvenes, lo que yo he notado, es que es gente menos comprometida y ellos presentan muchas licencias, mucho ausentismo, faltando a turnos muchas veces y sin avisar siquiera, la generación está influyendo mucho en los rendimientos. Existe el servicio médico del personal y hoy todas las licencias se deben canalizar por esa unidad, como medida de reducir el elevado ausentismo. Creo que, por el tiempo, nosotros hemos ido adquiriendo más compromiso, y funcionarios que somos antiguos somos los que menos ausentismo tenemos.</i> ● <i>Yo veo que el profesional se motiva cuando siente que tiene las herramientas con las cuales va a poder aplicar los conocimientos que tiene, una gran desmotivación se da cuando uno propone un estudio a un paciente y se encuentra con barreras de no poder realizar un examen, por falta de insumos, eso ocurre y ello produce frustración, entonces se queda a medias en los estudios,</i> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p><i>y eso a muchos profesionales los hace ver que es mejor trabajar en la salud privada, porque ahí uno acceder a todo lo que necesita. Sin embargo, trabajar en un hospital público, produce satisfacciones, al poder seguir formándose cada día, aprender más que cuando uno está solo en lo privado. Uno simplemente lo que aprendió lo va a aplicando todos los días, en cambio en salud publica uno va aprendiendo con el compañero, ese trabajo en equipo a uno lo va fortaleciendo mucho.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>A nivel no profesional creo que la motivación podría ser ayudar al paciente, como persona, ya que uno se realiza, porque claro, la profesión de nosotros es de pacientes que son muy desvalidos, con patologías complejas, entonces uno ve la parte humana, y esta va más allá de la profesional, entonces uno también tiene la motivación que uno como persona, no solo como profesional, aporto más.</i> • <i>Como médicos cuando trabajamos en el área privada ganamos por paciente, entonces si uno trabaja más, sabe que tendrá una mejor remuneración. En el hospital público los rendimientos a veces, sobre todo en las especialidades complejas, son muy exigentes, de 20 minutos para atender a un paciente neurológico y es muy poco tiempo, y tenemos que cumplir. Gente que tiene 44 horas tiene que ver a muchos pacientes y por el mismo sueldo, entonces esa es la gran diferencia, y es por esta razón que los médicos emigran al sector privado. En el sector público se tienen compensaciones no económicas como el trabajo colaborativo, el aprendizaje, el estar asociado a la Universidad de Chile, entonces ahí uno también tiene que hacer esa diferencia, es una compensación.</i> <p><i>Además, los médicos tenemos seis días de permiso al año para capacitarnos en cursos que uno crea conveniente. También hay capacitación online y el departamento de capacitación del hospital</i></p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p><i>permanentemente está mandando esa información, pero también, esta no llega a todos, y esto debe mejorar. En mi caso cuando me llega la información, se la mando a todo el equipo para que vea si les interesa, pero en realidad esos temas que son online son capacitaciones transversales a la función que cumplimos como funcionarios públicos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>El área de personal tiene la subdirección que actualmente se llama subdirección de Gestión de Personas, que antes era de Recursos Humanos. Tiene una subdirectora, jefe de personal y un funcionario dedicado a cada servicio para conocer sus problemas. Generalmente nosotros acudimos a este funcionario, por correo o personalmente, pero sabemos que es la persona que nos va a ayudar en un problema de ese tipo, es un apoyo que uno tiene.</i> • <i>Este hospital tiene una deuda importantísima que se arrastra año a año, ello se debe dado a que después del terremoto del 2010, el hospital tuvo que hacer la gestión de comprar muchos servicios y exámenes al sector privado, lo que se ha incrementado aún más después del 2015, por reducción de actividades del hospital producto de la remodelación y nueva construcción, entonces esto ha pasado la cuenta, por dar un mejor servicio a los pacientes, se ha ido acumulando mucho. Por eso ahora tenemos el problema, de que por ejemplo los fármacos deben ser gestionados más a nivel de CENABAS y en el caso de la compra de un medicamento especial para cierto paciente tiene que pasar por una justificación muy estricta para ser aprobada. Entonces tenemos todas estas limitantes porque la deuda es super importante. A los proveedores, como usted sabe, a nivel nacional se les debe mucho, entonces ellos ahora han tomado esta política de que ya no quieren despachar insumos y medicamentos, para de esa manera reembolsar lo que les deben, pero en realidad la deuda es grande.</i> |
|--|--|

| |
|---|
| <p><i>En relación al ausentismo, que en los hospitales bordea alrededor del 20% anual, y afecta de manera directa los rendimientos, las motivaciones y actitudes del personal, las medidas que ha tomado el hospital para reducirlo han sido el conformar un comité de ausentismo, en donde la persona que lo dirige es la jefa de calidad de vida del hospital. Entonces lo que se hace es tomar conocimiento del ausentismo de estos funcionarios y se les llama para conversar y ver cuál es el motivo, para ver si el hospital puede apoyarlos en solucionar sus problemas y así evitar ese ausentismo. Actualmente, de lo que sé, se están revisando desde hace 5 años atrás para esos funcionarios y conversar con ellos, porque esto se ha ido acrecentando y el último año ha sido caótico en algunas unidades.</i></p> <p><i>Generalmente los reemplazos se buscan para turnos, porque esos no se pueden dejar sin cumplir. Pero lo que es atención diurna, a veces si es que hay se reemplaza, y si no, el trabajo es dividido para el resto y ello significa sobrecarga y desmotiva a los funcionarios. En el caso de los médicos los reemplazos por licencias maternales no se hacen, se distribuye el trabajo entre todos en la medida que se pueda, en relación al horario que se tiene, hecho que sin duda afecta los rendimientos y produce listas de espera. El hecho de pedir un reemplazo es un trámite que se dilata mucho, y el tiempo pasa y no se encuentra. Actualmente el director del hospital es médico y siempre, en este hospital han sido médicos. Hemos tenido más médicos clínicos y de especialidades quirúrgicas, la especialidad a veces influye en el estilo de liderazgo. Generalmente los directores les motivan su función y tienen la formación para ello, resuelven los problemas que se les presenta.</i></p> <p><i>En cuanto a las relaciones humanas, yo creo que entre profesionales son cordiales. La comunicación es variable, porque con algunos directivos nos podemos comunicar con más fluidez, pero con otros no, cuesta, porque como jefe clínico, uno busca apoyo, pero a veces no lo tiene, y sola debe dar soluciones a los problemas que se presenten.</i></p> |
|---|

| | |
|--|---|
| | <p><i>Hay tasas de reclamo y felicitaciones, pero eso en general ha ido mejorando mucho. Las listas de espera son las que más causan conflicto, pero ahora todos los años se hace una evaluación y como hospital, ya como por 2 o 3 años consecutivos, nos ha tocado un bono por satisfacción del usuario.</i></p> <p><i>Las causas de las listas de espera son múltiples, hay muchos factores, hay especialidades en donde desde atención primaria, la interconsulta no es pertinente. Hay mucho diagnóstico errado, formación, y que no corresponde a la especialidad, no existe mucho estudio en atención primaria, entonces, a veces lo que hace el medico es derivar a atención secundaria y entonces ahí nos vamos llenando de mucha interconsulta. A veces hay pacientes que vienen en un tiempo muy desfasado, que ni ellos saben a qué especialidad vienen, y otros que llegan y uno lo que hace es estudiarlos y derivar, pero la pertinencia no es muy buena. Eso produce harto atochamiento, retraso, y en los últimos años, nosotros en la especialidad hemos tenido médicos que vienen a devolver su beca de especialidad, entonces hemos tenido más profesionales que le da más agilidad a la atención. Actualmente con los que estamos trabajando hemos sacado mucha lista de espera.</i></p> <p><i>Existen políticas de calificaciones para el personal, y este se evalúa una vez al año, con evaluaciones parciales cada tres meses. Yo creo que cerca del 90% lo recibe bien. A veces hay ciertos puntos en donde no se acepta la calificación, pero no es porque sea malo, incluso están en lista 1, de mérito, pero quieren tener el 7, nota máxima. A veces es importante, mediante la calificación, hacerle reconocer a la persona un punto a superar, por ejemplo, puntualidad, que es parte de poner orden en un servicio, y hacer que todos cumplan normas y protocolos.</i></p> <p><i>Aquí en este hospital a mí me queda claro que existe una política de la diversidad, en cuanto a la inclusión por la ley que hablábamos antes. No he visto gente con discapacidad intelectual, pero sí físicas, existe en algunos servicios, en administración, esterilización, kinesiología. Este es</i></p> |
|--|---|

| | |
|----------------|--|
| | <i>un hospital que se presta a cumplir las leyes que se van decretando y todos deben asimilarlas y cumplirlas.</i> |
| 3 Directivo | <p><i>El Servicio de Salud, del cual soy Subdirector de Gestión Asistencial, se caracteriza por administrar cinco establecimientos de alta complejidad, que atiende a la población del sector oriente de la Región Metropolitana. Uno de estos centros es el Hospital Del Salvador, caracterizado por marcar las pautas de la salud pública chilena y es un hospital clínico, formador de especialistas y ligado a la Universidad de Chile, desde su fundación. El Hospital Del Salvador se ha caracterizado por ser pionero y referente en los ámbitos clínicos y administrativos para los demás centros del sistema. Ha sido el hospital base del proyecto del hospital digital, informatización de procesos clínicos y administrativos, impulsados por el gobierno actual. Sus directivos provienen mayoritariamente de la clínica y han sido formados en este hospital, por lo que han construido una cultura fuerte y cohesionada, lo que le ha permitido gestionar una dotación de más de 2000 empleados, mediante políticas claras y transparentes en selección, compensaciones, evaluación del desempeño e inclusión, logrando un trabajo cohesionado y sorteando desafíos que se han presentado en el último tiempo, como es el traslado de parte del hospital a dependencias modulares, mientras se construye el nuevo hospital del Salvador. Un hito relevante de este hospital es la incisión de la maternidad del hospital, 250 camas, en 2010, refiriéndose a la comuna de Peñalolén caracterizada por presentar características sociodemográficas distintas, población más joven y con mayores tasas de nacimiento que la comuna de Providencia en donde se asienta el Hospital Del Salvador. Ello dio origen al Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné.</i></p> <p><i>Ha sido política del Servicio de Salud, el contratar profesionales médicos extranjeros para cubrir los puestos de trabajo en que no postulan médicos chilenos, como son el caso de los servicios de urgencia</i></p> |

de hospitales, y para cubrir algunos turnos en clínicas y atención ambulatoria de especialidades. Cabe hacer presente que estos profesionales, son jóvenes y vienen motivados por desempeñarse en el sector público, se les exige tener rendido el Eunacom, salvo excepciones y con contratos a honorarios se les admite, aun cuando no hayan rendido y aprobado el examen. En general, la formación de los médicos extranjeros difiere de la formación de los chilenos, ya que estudian y atienden perfiles epidemiológicos distintos a los connacionales, por lo que necesitan un período de entrenamiento y adaptación a la realidad local para rendir como los nacionales y asimilar la práctica clínica. En estos casos los hospitales del servicio hacen esfuerzos por integrarlos lo más rápido posible, la aceptación del equipo de salud chileno depende de la capacidad de adaptación y de la expertiz técnica y motivaciones que vayan demostrando. Los usuarios, valoran muy bien a los profesionales extranjeros, en cuanto a su capacidad de empatía, trato cordial y comunicaciones.

A nivel general el sector salud presenta elevadas tasas de ausentismo del personal femenino, con desempeño en unidades de apoyo, por caracterizarse por ser más rutinarios afectando a los estamentos de los TENS y auxiliares.

Cabe precisar que el personal de planta y con mayor edad es más responsable, se ciñe a protocolos y procedimientos y presenta bajas tasas de ausentismo y rotación, es mucho más empático con los pacientes y está dispuesto a formarse en nuevas tecnologías para actualizar sus conocimientos.

Cabe hacer presente que este servicio de salud ha tenido que impulsar políticas de diversidad e inclusión, promoviendo actividades de capacitación al respecto, atendido a que nos ha tocado atender a pacientes inmigrantes de distintos países de Latinoamérica, principalmente de la comunidad haitiana, que tienen idioma y costumbres muy diferentes de los connacionales. En la maternidad del

| | |
|----------------|---|
| | <p><i>hospital Luis Tisné en Peñalolén, de cada 100 nacimientos 75 son de extranjeros y de ellos el 75% son de la comunidad Haitiana. Ello nos ha obligado a contratar monitores y facilitadores de esa comunidad. Creemos en la diversidad e inclusión, ello ha sido una solución para las carencias de personal del sector. Tal vez nos falta como directivos, capacitarlos para conocer más de este tema e impulsar políticas y prácticas más efectivas.</i></p> |
| 4 Directivo | <p><i>Soy jefe de estadística del hospital y tengo un equipo de 7 colaboradores de formación técnica, y nos corresponde interactuar con todas las unidades clínicas y de apoyo clínico del hospital, recabando información de aspectos clínicos-administrativos y epidemiológicos de los pacientes del hospital, elaborando informes mensuales que se envían los directivos superiores del hospital y del servicio de salud, para la toma de decisiones. Estimo que la preocupación de los directivos de este hospital pasa por optimizar los niveles de producción y rendimiento expresados en la reducción de las listas de espera, controlar y reducir costos, reducir el promedio de días de espera por camas de hospitalización, humanizar el trato al paciente, entre otros.</i></p> <p><i>El personal de esta unidad se ha mantenido en el tiempo, existe una muy baja rotación y bajo ausentismo, esto es común a las unidades administrativas del hospital, pero no ocurre lo mismo en las unidades clínica asistenciales en donde la rotación y ausentismo principalmente presentan un problema, y el hospital ha debido conformar un comité de ausentismo para abordar el tema. El ausentismo se observa en el personal joven y que no es de planta, son contratados o con honorarios. Ello se da en estamentos profesionales y de técnicos principalmente, dejando turnos sin atender en algunas ocasiones.</i></p> <p><i>El hospital ha venido formalizando algunos procedimientos y prácticas en el área de gestión de personas, como reclutamiento, selección,</i></p> |

| | |
|------------------|---|
| | <p><i>calificaciones. Incluso este año está ofreciendo diplomados y cursos en el área de gestión y diversidad e inclusión, ya que ha venido contratando personas con discapacidades físicas que se desempeñan desempeñando en kinesiología, unidades administrativas, como contabilidad, pero esto aún es incipiente.</i></p> <p><i>Los mayores problemas del hospital son las listas de esperas en especialidades quirúrgicas de todo tipo, de oftalmología y de otorrinolaringología, además del alto endeudamiento. Ello se debe a la carencia de horas especialistas y el alto endeudamiento con proveedores, al elevado valor de los medicamentos de última generación que van apareciendo con las nuevas tecnologías y al escaso poder de negociación del hospital frente a las farmacéuticas y proveedores de insumos. Ello hace mermar los rendimientos y la moral del personal del hospital.</i></p> |
| 5 Profesional | <p><i>La edad, es un factor que incide en los rendimientos y compromiso con el trabajo. Las personas de mayor edad presentan menos tasas de ausentismo y de rotación, son más comprometidas, a diferencia de los millenials⁷⁵ que se ausentan constantemente, se ven menos comprometidos y están dispuestos a irse en cualquier momento. En el hospital existe un significativo número de personal extranjero en los distintos estamentos, no sé cuántos, pero se ve que la mayoría de personal de aseo es extranjero. También en los estamentos profesionales, hay varios médicos de distintas nacionalidades, contratados o en formación en alguna especialidad. Ellos, asumen sus roles con responsabilidad y compromiso, son colaboradores y presentan las menores tasas de ausentismo y de rotación. En el hospital existe una</i></p> |

⁷⁵ Millenials: Segmento de personas, también llamadas generación del milenio o generación “Y”, nacidos entre 1981 y 1999.Que llegan a la adultez después del 2.000, es decir, con el cambio de siglo y que, en conjunto, poseen características particulares, tales como alta formación académica, inmediatez, globales, amor por la tecnología, exigentes e informados. Fuente: Cadem, empresa de estudios de mercado y opinión pública de Chile.

| | |
|------------------|---|
| | <p><i>dotación de personal femenino, ello incide en el ausentismo que aumenta, pero son más suaves en el trato con los pacientes y son más cercanas, ya que la mayoría tiene hijos que deben atender.</i></p> <p><i>Los valores y creencias del personal influyen en el compromiso con el cual realizan su trabajo y tienen impacto en indicadores de rendimiento como la productividad, ausentismos, satisfacción laboral, oportunidad de atención, reducción de listas de espera, calidad y seguridad del paciente. Los factores de la cultura organizacional, como los valores y creencias, son transferidos de una generación a otra entre los funcionarios del hospital.</i></p> <p><i>De mi área ha sido bueno el estilo de liderazgo actual, la jefa lleva poco tiempo, pero se notó el cambio de la jefatura anterior. Es estricta, pero tiene más cercanía, lo que se agradece. A nivel de hospital no se han visto cambios relevantes y no se tiene mayor contacto con directivos.</i></p> <p><i>En el hospital existen criterios claros para la selección de personal, el otorgamiento de bonos por desempeño y felicitaciones, evaluación del desempeño y ascensos.</i></p> |
| 6 Profesional | <ul style="list-style-type: none"> • <i>La formación es el factor más influyente para el cumplimiento de metas, la atención oportuna y de calidad a los pacientes, en la reducción de listas de espera, entre otros, dado a que, en la formación profesional, se incentiva el trabajo efectivo y de calidad, colocando al paciente como centro del quehacer profesional. Además, opino en mi condición de Enfermera extranjera, ya trabajando 5 años en Chile, que las carreras profesionales del área de la salud son esencialmente vocacionales y con orientación al servicio público. Sin embargo, como profesional extranjera en un comienzo fue difícil insertarme, sufrí acoso laboral de colegas y en algunos casos malos tratos, lo que enfrenté, y con el apoyo de mi jefatura, pude sortear con un traslado a otra unidad de trabajo, ello creo se</i> |

| | |
|------------------|---|
| | <p><i>debió a inseguridad de las colegas chilenas, que me veían como amenaza. Con respecto a la inclusión-discapacidad, considero que también es un factor importante en los rendimientos, ya que inciden en variables, como empatía, responsabilidad y esmero en la aplicación de técnicas y cumplimiento de procedimientos y protocolos. La experiencia del personal es otro factor que determina rendimientos, dado a que las actividades de salud son actividades eminentemente prácticas y con la experiencia se perfeccionan las técnicas procedimentales, disminuyendo las tasas de errores e incrementando la calidad y seguridad de las atenciones de salud.</i></p> |
| 7 Profesional | <p><i>Las principales fortalezas que destaco del hospital son su empatía con los pacientes y la vocación de servicio que son comunes a todos los estamentos y a nivel de RR.HH, la existencia de políticas de selección, compensaciones y beneficios, capacitación, entre otros. Como debilidades la falta de comunicación, y los estilos de liderazgos autoritarios que predomina en la mayoría de los directivos. También falta apoyo en tiempo para capacitación y formación en los estamentos profesionales de enfermería y otros de colaboración médica. No existen medidas de desempeño explícitos, salvo las calificaciones que se efectúan una vez al año. El hospital se caracteriza por presentar altos niveles de ausentismo, ello estimo que se debe a los estilos de liderazgo imperantes y no cumplimiento de políticas de RR.HH. Sin embargo, los niveles de rotación son bajos, este hospital es un buen lugar para trabajar.</i></p> <p><i>Estimo que el sexo y la edad de los funcionarios tienen poco impacto en los rendimientos y cumplimiento de protocolos. Sin embargo, he observado que el nivel educacional, y la capacitación y la experiencia son los factores más incidentes en los rendimientos y efectividad de los diagnósticos y procedimientos de salud. Unido a esto agregaría a los</i></p> |

| | |
|------------------|--|
| | <p><i>valores y actitud de servicio, vocación de servicio. El aspecto que incide negativamente en los rendimientos es el ausentismo y mal clima laboral que se produce en algunos servicios, a veces producto de las calificaciones.</i></p> <p><i>La discapacidad, no es un factor que incida en los rendimientos del personal. A todos se les exige por igual.</i></p> <p><i>El personal extranjero que ha sido contratado en el hospital presenta un desempeño diferente a los chilenos, ya que vienen con costumbres distintas y se demoran en integrarse a la organización.</i></p> |
| 8 Profesional | <p><i>El hospital presenta la fortaleza de ser clínico y sede de la Universidad de Chile, lo que nos facilita la capacitación y aprendizaje de las últimas tecnologías en medicina y de otras áreas de la medicina y de gestión. Las debilidades son la infraestructura y el tiempo para acceder a capacitarse.</i></p> <p><i>La variabilidad de personas y formaciones incide en el desempeño, ello se aprecia con el personal extranjero, que provienen de diferentes culturas, costumbres, estilos de trabajo, expectativas y disimiles niveles de formación profesional, lo cual dificulta su integración y asimilación al trabajo clínico.</i></p> <p><i>Se considera como una medida de desempeño en el hospital, los egresos hospitalarios, días de hospitalización y listas de espera.</i></p> <p><i>El ausentismo del personal es alto, sobre todo en el estamento de los técnicos paramédicos.</i></p> <p><i>El compromiso y rendimiento del personal más joven es menor, observo en los profesionales jóvenes mayores niveles de competencia que en ocasiones se transforma en competencia desleal, que se manifiesta en escasa colaboración y compromiso.</i></p> <p><i>En general, los factores de diversidad que más inciden en los rendimientos son el nivel educacional, la formación, la experiencia, los</i></p> |

| | |
|-------------------|--|
| | <i>valores, motivaciones y actitudes. En menor medida la edad y factores de discapacidad asociados. No tienen ningún impacto en los rendimientos el sexo ni la etnia de los funcionarios.</i> |
| 9 Profesional | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Los liderazgos participativos y con orientación a las personas son decisivos para inculcar la mística y compromiso del personal en todos sus niveles. Y ello incide en la calidad de atención y en general en los rendimientos, en el ámbito clínico en la reducción de listas de espera, disminución de días de hospitalización, por nombrar algunos.</i> • <i>Las personas jóvenes que se han incorporado al hospital, son más rápidas y efectivas en los procedimientos y procesos, y están empapados de las nuevas técnicas. Tienen propensión al trabajo en equipo y con ánimo de aprender, demandan constantemente capacitaciones de todo nivel.</i> • <i>En el hospital existe una mirada positiva a la diversidad e inclusión de todo tipo, ello fundamentalmente dado a que un hospital siempre ha sido una institución multicultural en cuanto a sus trabajadores y pacientes que atiende, pero no tiene conciencia de ello. Falta formalizar y definir políticas al respecto.</i> • <i>En el último tiempo se ha incorporado personal extranjero en los diversos estamentos, como médicos, enfermeros, auxiliares y a quienes se trata, exige y respeta como a todos.</i> |
| 10 Profesional | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Se observa que el personal extranjero que trabaja en el hospital ha aumentado, he visto personal de aseo y profesionales, como traductor as, enfermeros y médicos extranjeros, pero no sé sus nacionalidades, siento que asumen sus roles con responsabilidad y compromiso, son colaboradores y presentan las menores tasas</i> |

| | |
|-------------------|---|
| | <i>de ausentismo y de rotación. Atendida el déficit de especialistas en la salud pública chilena, los profesionales extranjeros, principalmente médicos, han venido a reducir en parte las listas de espera y el tiempo de atención, especialmente en las unidades de emergencia.</i> |
| 11 Profesional | <p><i>El personal del hospital se caracteriza por ser inclusivo, en general, no discrimina por grupo etario, sexo, condición social, discapacidad, etnia u otro factor de diversidad. Yo soy extranjero y tengo en mi servicio una funcionaria haitiana, que en un principio le costó integrarse, porque sentía desconfianza y discriminación. El personal del hospital tiene una personalidad resiliente, dispuesto a resolver las dificultades que se le presenten. En ocasiones se muestra problemático al reclamar sus derechos, superponiéndolo a sus deberes.</i></p> <p><i>Atendida la cantidad de funcionarios de este hospital, encontramos personas de todos los estratos y culturas, sin embargo, teniendo objetivos y metas claras, cada uno cumple con el rol asignado y los jefes y líderes de equipo están supervisando constantemente el cumplimiento de metas.</i></p> <p><i>El rendimiento se mide a través de un proceso de calificación anual, y cada 3 meses se aplica una pauta de evaluación directa, que sustenta la evaluación anual.</i></p> <p><i>Los directivos ejercen un liderazgo más bien autocrático, pero son resolutivos y con compromisos con la calidad y seguridad del paciente.</i></p> <p><i>Los factores que mayormente impactan los rendimientos, como son productividad laboral, trato al paciente, ausentismos, son la formación, experiencia, los valores, actitudes, y en menor medida el sexo, la edad o factores de discapacidad o etnia.</i></p> |

| | |
|-----------------------------|--|
| 12 Profesional | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sin duda que la edad y el sexo son factores de mayor incidencia en los rendimientos en las organizaciones como hospitales. Las personas de mayor edad, que coincide con que tienen mayor permanencia y antigüedad en el hospital, presentan mayor compromiso con el hospital y en las organizaciones de salud, el componente femenino es significativo, y ello incide que demuestran más habilidades en muchas prácticas clínicas, especialmente en áreas como pediatría, maternidad y gerontología. Son más empáticas en la relación con los pacientes y son las que enseñan al personal nuevo.</i> • <i>“Siento” que influye en los cambios generacionales, por ejemplo, a mí me pasó que yo trabajaba con personas mayores que yo, 8 o 10 años, y esa gente se jubiló. Luego llegó gente joven y me costó adaptarme ya que tenían menor experiencia y no enseñaban. Eso me produjo mucha nostalgia. Esta situación se repitió en varios compañeros, pero a nivel de otros factores considero que no influyen.</i> • <i>Si hay medidas de desempeño. En pabellón se trabaja con equipo de radio y para medirlos se ocupa una medida de cantidad de radiación que recibimos, y medidas de protección, las que nos supervisan constantemente.</i> |
| 13 Técnico Paramédico | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Considero que el personal del hospital y de mi unidad en particular es competitivo y agresivo. Yo cambiaría a la cabeza de mi servicio imagenología y pondría a un líder que fomente el trabajo en equipo y que sea transversal, que no dé favoritismos.</i> • <i>Considero que en el trabajo de salud es fundamental un adecuado nivel de conocimientos técnicos del personal, que todos hablen el mismo idioma o al menos tengan el mismo interés y las ganas que el sistema funcione. El número de exámenes diarios es una buena medida de desempeño en la unidad en que trabajo.</i> |

| | |
|-----------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>La edad proporciona experiencia, práctica, asienta los conocimientos, genera mayor compromiso con la institución y eso redunda en mayor efectividad en los procedimientos y prácticas sanitarias. El origen geográfico del personal, más que la etnia, es otro factor que ha tenido alto impacto en los rendimientos, dado a la incorporación de personal extranjero en todos los estamentos, contribuyendo a agilizar la atención y cubrir posiciones laborales en que no existen profesionales chilenos con la formación necesaria, para satisfacer la demanda de la población beneficiaria.</i> |
| 14 Técnico Paramédico | <ul style="list-style-type: none"> • <i>En el hospital se promueven los valores de colaboración y trabajo en equipo, amor al servicio público y al trabajo bien hecho, a los liderazgos participativos, presentes y horizontales. Los valores y creencias particularmente se van transmitiendo a las diferentes generaciones. Los técnicos paramédicos ejercen liderazgos informales en sus servicios, ya que están en la base y tienen pleno conocimiento de lo que ocurre en la organización. Suele ocurrir que en ocasiones, el grupo de paramédicos entra en conflicto o no acepta a una jefatura directa, por ser autocrática, o sin los conocimientos necesarios y se le confronta o bien toman actitudes de brazos caídos, afectando al trabajo, llegando incluso a paralizar actividades hasta ver cambiada a la jefatura que les ha parecido que tiene pocas competencias técnicas o ejerce un liderazgo autoritario.</i> |
| 15 Técnico Paramédico | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Las mejores jefaturas de cualquier nivel, y que generan mayor compromiso y liderazgos aceptados, son aquellos que provienen de adentro y conocedores de la cultura organizacional, no así aquellos que vienen de afuera o son impuestos y generalmente son rechazados y provocan desmotivación. Cuando el personal</i> |

| | |
|--------------|--|
| | <i>está descontento con un estilo de liderazgo de un supervisor, por ejemplo, aumentan los ausentismos, se trabaja más lentamente, se confronta a la jefatura, generándose en muchos casos, conflictos y huelgas. Otro aspecto, es la observancia de una mala práctica, en muchos servicios, referida al reparto de remuneraciones por reemplazos de los funcionarios de una misma unidad, cuando se ausentan por licencias médicas. Esto es rotativo, se van turnando, y así todo el grupo se beneficia ya que así todos incrementan sus remuneraciones. Esto es sabido y tolerado por las jefaturas y nada se hace, lo mismo ocurre por las licencias médicas, en donde muchos funcionarios abusan.</i> |
| 16 Médico | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Muchos médicos hemos venido a Chile en busca de mejores oportunidades laborales, formación y capacitación. El EUNACOM es una barrera alta y una condición para trabajar en el sector público chileno, superada esa barrera es posible insertarse en el sistema de salud en todos sus diferentes niveles, asumiendo comprometidamente las diferentes labores. La edad es un factor que incide en la decisión de inmigrar, si se es joven, que existen mayores posibilidades de ganarse una beca de especialización y capacidad de adaptación. Aunque en ocasiones somos discriminados y existe desconfianza en nosotros ya que los médicos chilenos nos ven como una amenaza económica y laboral.</i> • <i>A mayor nivel de formación y de experiencia del personal profesional o no profesional, mayor es el compromiso con el hospital, lo que produce impacto en los factores de productividad, y cumplimiento de metas, en la calidad y seguridad de los pacientes.</i> |

| | |
|--------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Al comienzo fue difícil insertase y adaptarse al trabajo, en Chile, cuesta integrarse y ser aceptado socialmente. Me he sentido discriminado.</i> |
| 17 Médico | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Con respecto a la diversidad, este hospital es incluyente, debido a que hay profesionales, especialmente médicos, de varias nacionalidades, pero para la inclusión a personas discapacitadas aún falta el desarrollo de políticas y facilidades para su acceso. Se hace inclusión, pero de manera intuitiva.</i> • <i>Las fortalezas de hospital vienen de contar con personal amable, comprometido, con vocación de servicio público y empático con el paciente. Y como debilidad destaco que es algo conflictivo y que reclama sus derechos.</i> • <i>Las tasas de ausentismo son altas, principalmente en los técnicos, debido al nivel de estrés con el que se trabaja, ello se aprecia principalmente en urgencia y en unidades quirúrgicas.</i> • <i>Considero que los factores que tienen mayor impacto en los rendimientos, como cantidad y calidad de atenciones, ausentismo, egresos hospitalarios, responsabilidad, son la formación, experiencia, actitudes y en menor medida la edad, los valores y las motivaciones. Presentan muy poco impacto, el sexo y las creencias de los funcionarios.</i> |
| 18 Médico | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Los valores, actitudes y las motivaciones del personal, son factores que impactan en la forma de trabajo y en los rendimientos, generando ahorros y satisfacción en el trabajo, calidad y seguridad en la atención de los pacientes.</i> • <i>No tengo conocimientos que en el hospital existan políticas explícitas de inclusión, pero que al ser un hospital de alto nivel de complejidad y con alta tasa de demanda por la cantidad de</i> |

| | |
|--|---|
| | <p><i>población beneficiaria, han contratado médicos especialistas extranjeros, yo soy una de ellos, y otros profesionales, como enfermeros y técnicos, para atender la alta demanda particularmente en el servicio de urgencia, y consultas de especialidades, para reducir las listas de espera y el promedio de espera de los pacientes para ser atendidos en la unidad de urgencia, ya que hoy es superior a 4 horas. Además, al ser un hospital docente asistencial, sede de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, existe la posibilidad de capacitación y de perfeccionamiento constante en las distintas especialidades médicas ofrecidas, existiendo además la compensación de estar integrado a un equipo médico de vanguardia en la medicina chilena y latinoamericana, siendo esta una de las razones de la inmigración a este país.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Mi percepción es que existe un trato igualitario entre colegas chilenos y extranjeros. En algunos casos hubo dificultades al comienzo, en que el trato fue abiertamente desigual, sin embargo, el transcurso del tiempo se ha igualado. No obstante, aunque puntual, se da casos en que a la hora de aplicar una receta médica, esta ha tenido que ser revisada y supervisada por colegas chilenos, por la poca confianza que ha existido, en las prescripciones de los profesionales extranjeros. Se percibía que estábamos menos preparados que los médicos chilenos. Ante esto, pareciera que, aunque se promueve políticamente la igualdad de trato, sin importar las diferencias culturales, en la práctica los médicos inmigrantes constituimos los otros y he conocido casos de colegas extranjeros que han sufrido acoso laboral y discriminación, que se expresa en que no nos consideran y en ocasiones no nos saludan los colegas chilenos.</i> |
|--|---|

| | |
|--------------|--|
| 19 Médico | <ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales jóvenes presentan mayores rendimientos y entusiasmo con su trabajo por las expectativas de perfeccionamiento y mayor actualización médica y mejor manejo y acercamiento de la tecnología. El género también es un factor que incide en los rendimientos por la mayor tasa de ausentismo que suele presentar el estamento femenino. • En los médicos extranjeros se aprecia gran variedad de formación y motivaciones, por ello demoran un poco más en integrarse y rendir a plenitud, pero si son bien dirigidos rinden y trabajan a la par que los profesionales chilenos. |
| 20 Médico | <ul style="list-style-type: none"> • Hospital de alta complejidad con alta rotativa de personal médico, los especialistas se van por la sobrecarga de trabajo y escasos insumos para trabajar. Su principal debilidad es la falta de recursos clínicos y limitada cantidad de profesionales fijos, complementado en base a la entrega de servicios de médicos becados, muchos de ellos extranjeros y estudiantes en cada profesión. Su fortaleza es el uso y optimización de los escasos recursos frente a una alta demanda de Pacientes, además de contar con profesionales altamente capacitados en el respectivo rubro. • Considero que existen factores que afectan en el rendimiento del personal, como el compromiso laboral, la formación y el compromiso, ellos son fundamentales para lograr buenos resultados. • Existen medidas de desempeño, en cuanto al avance del paciente, ya que el área posee un constante seguimiento de la persona atendida y su mejoría. • Por mí parte, no he visto personal con discapacidad trabajando en el hospital. |

| | |
|----------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>En mi servicio se ha “rotado” en tres oportunidades el jefe del servicio en un año y medio, demostrando poca constancia en la línea directiva.</i> |
| 21 Médico | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Considero que este hospital es un buen lugar para trabajar y para formarse, funciona bastante bien. Es ordenado, responsable y posee buen ambiente, los médicos extranjeros hemos sido bien recibidos y con posibilidades de aprender y desarrollarnos. En este momento no se me viene a la mente alguna debilidad, tal vez gestión de personal, no sea muy visible, se desconocen las políticas básicas. Las fortalezas serían los trabajadores en general, que intentan trabajar lo mejor posible a pesar de la escasez de recursos.</i> • <i>La experiencia es decisiva, para lograr la efectividad de la práctica clínica y la adecuada interpretación y aplicación de las normas y procedimientos clínicos. Ello conlleva a ahorros, por el uso adecuado de materiales, se comete menos errores y se usan mejor los insumos. Ello se debe, a que el trabajo en salud es eminentemente práctico y requiere el desarrollo de habilidades que se adquieren y perfeccionan con el ejercicio profesional y técnico. Se requiere oficio, para lograr los objetivos y efectividad en la práctica clínica. El otro factor que incide en los rendimientos es la inclusión de personas con alguna discapacidad, ya que ello incide en incrementar la empatía de pacientes y empleados. Los funcionarios que presentan alguna discapacidad presentan las menores tasas de ausentismo y de rotación tienden a ser más responsables y más empáticos con pacientes y compañeros de trabajo.</i> |
| 22 Administrativo | <ul style="list-style-type: none"> • <i>El hospital es tranquilo, tengo buen trato con mis compañeros, jefes y el público en general. En términos de atención, siempre</i> |

| | |
|--|--|
| | <p><i>llega más gente de la que se puede atender, en eso podría mejorar. También las evaluaciones de desempeño no se dan a conocer al cien por ciento, por lo que los trabajadores no saben en que están fallando ni cómo podrían mejorar.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Algunas veces el personal se pone a conversar y eso retrasa más la atención a los pacientes y en ocasiones los pacientes se enojan y se producen conflictos que yo debo calmar y solucionar. Pero son personas que cumplen su función en general. Yo creo que falta más empatía por parte de los doctores en cumplir con los horarios en que llaman a los pacientes.</i> ● <i>Noto que existe mayor ausentismo del personal más joven y femenino, especialmente por licencias médicas, lo que obliga a contratar reemplazantes, a quienes se debe capacitar en normativas, procedimientos y funcionamientos de los puestos de trabajo que reemplazan, afectando con ello a los rendimientos y metas programadas.</i> ● <i>Este último tiempo han contratado personas mayores en el área administrativa, y no han faltado. Los jóvenes en estos puestos tienden a faltar más, o a entregar los turnos tarde. En rotación, los que llegaban a contrata no duraban y no renovaban contrato, en eso había rotación. El año pasado despidieron entre dos a tres administrativos, por faltar.</i> ● <i>La motivación y la actitud del personal generan confianza, y respeto de los pacientes. La actitud de servir constituye un factor de alto impacto en los rendimientos, como empatía en la atención, trabajo con calidad y oportuna, atención centrada en el paciente, oportunidad y seguridad en las prácticas y procedimientos clínicos.</i> ● <i>Lo que genera mayor motivación y compromiso de los empleados son las actividades sociales que se promueven en ocasiones especiales, como las celebraciones de los días de los estamentos,</i> |
|--|--|

| | |
|----------------------|--|
| | <i>día del hospital, navidad o fiestas patrias entre otros, además de la posibilidad de participar de las actividades de capacitación en los diversos temas abordados por el establecimiento.</i> |
| 23 Administrativo | <p><i>El hospital es un buen lugar para trabajar, existe estabilidad laboral, buen trato y existe la posibilidad de capacitación en nuestra área de desempeño, soy administrativo de estadística y me han capacitado en sistema de ficha electrónica que se viene implementando y en cursos de Excel, que ocupo en mi trabajo. Observo que el hospital hay bastante ausentismo, en todas las áreas, se nota más en los más jóvenes y en las mujeres. A los jóvenes les falta compromiso y responsabilidad y en el caso de las mujeres, por el cuidado de sus hijos principalmente, además de la sobrecarga laboral que provoca estrés, pese a que en hospital existe la posibilidad de tomarse seis días de permisos administrativos con goce de remuneraciones.</i></p> <p><i>En general el personal es comprometido y hace bien su trabajo. En los estamentos no profesionales lo que motiva al personal son las actividades sociales y celebraciones, eso se debe incrementar ya que genera compromiso y reúne a las personas de diferentes servicios.</i></p> <p><i>En el hospital hay personal extranjero, principalmente médicos y se caracterizan por tener muy buen trato y son empáticos con los pacientes y el personal en general.</i></p> <p><i>También existen funcionarios con discapacidades, como movilidad reducida y ciegos, pero son pocos.</i></p> <p><i>El nivel educacional, la experiencia, los valores y las actitudes considero que son los factores que mayormente inciden en los rendimientos del hospital.</i></p> |
| 24 Usuario | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Los profesionales extranjeros, presentan mayor disposición y cercanía con el paciente, informan bien acerca de tratamientos,</i> |

| | |
|---------------|--|
| | <p><i>son más empáticos y siempre están en sus puestos de trabajo, se toman todo el tiempo necesario para resolver un problema. Es el personal de mayor edad, la que atiende mejor, es un trato más humano y personalizado, genera mayor confianza y cercanía en las atenciones.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Actualmente no he visto gente con discapacidad. Había un joven hace un tiempo que le faltaba un brazo y trabajaba haciendo papeleo. Hacía súper bien su trabajo. No sé qué le pasó, pero no lo volví a ver. Hay varios médicos y enfermeras extranjeras. No sé específicamente de qué nacionalidades son, he escuchado que son venezolanos, e incluso hay cubanos y ecuatorianos. Pero hay hartos sin los cursos necesarios, así que se van luego.</i> ● <i>Es bueno que se esté adoptando prácticas inclusivas contratando personal con alguna discapacidad o extranjero, ellos son más cercanos con el paciente, rara vez toman licencias médicas, atienden de manera más oportuna, con mejor calidad, atendiendo con mayor compromiso y responsabilidad.</i> |
| 25 Usuario | <ul style="list-style-type: none"> ● <i>En ocasiones, se ve afectada la atención por falta de personal, por ausentismos por licencias médicas o no cumplimiento de turnos, lo que afecta la oportunidad de atención y el servicio como en la unidad de urgencia, se aprecia retrasos y demoras excesivas en las atenciones, es común esperar más de seis horas para la atención en urgencias. Traje a mi mamá a urgencia y debimos esperar toda la noche.</i> ● <i>Se observa mayor inclusión de personal en este hospital, como la incorporación de personal extranjero no sólo a nivel profesional, sino también en los servicios de apoyo como aseo y labores administrativas, además de la incorporación de personas con algunas discapacidades físicas, en distintas áreas de atención</i> |

| | |
|--|---|
| | <i>directa de pacientes y en labores administrativas, ello es positivo ya que estas personas son más sensibles con los pacientes.</i> |
|--|---|

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas.

Anexo 5.11. Brecha de camas hospitalarias en Chile

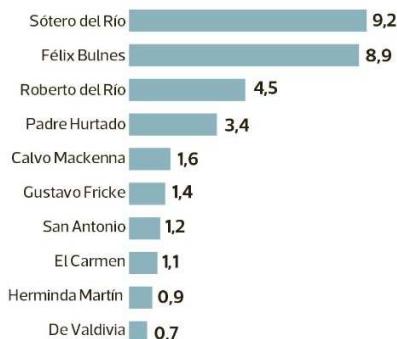
MONITOREO UNIDADES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA

Diariamente, en promedio, hay 674 personas que esperan una cama de hospitalización en algún hospital del país.

Promedio diario de pacientes en espera de camas A nivel país 2014-2017



Los 10 hospitales con mayor promedio de pacientes en espera de camas pediátricas 2014-2017



Fuente: Departamento de Gestión de Información y Estadística del Ministerio de Salud (DEIS 2018).

CONCLUSIONES FINALES DE LA TESIS

- El sector sanitario es un sector social estratégico en la configuración de un estado moderno. En Chile nace en los albores del estado nación, primero bajo el abrigo de instituciones de beneficencia y luego bajo el alero del estado, quien juega un rol protagónico en su evolución, desarrollo y gestión a lo largo de toda su existencia. El sistema de salud chileno tiene una naturaleza mixta, con mezcla público/privada en la provisión del producto/servicio sanitario, y el rol rector y regulador es ejercido por el Estado a través del Ministerio de Salud, quién debe garantizar los principios de universalidad, equidad y eficiencia sobre los cuales está constituido. El subsistema público, que atiende al 78% de la población, se ha caracterizado por concebir modelos de gestión burocráticos y altamente jerarquizados, lo que en la última década se ha venido sustituyendo por modelos más adhocráticos y flexibles introducidos por la reforma sanitaria propiciada entre el 2004 y el 2012. En este período se incorpora y va consolidando el modelo de atención integral de salud, el cual se sustenta, por una parte, en torno a la creación de organizaciones en red territorial en lo externo y, por otra, en base a la gestión de procesos en lo interno, destacando en este último aspecto la gestión clínica. Este modelo da cuenta de los cambios sociales, culturales, epidemiológicos y demográficos de la población chilena.
- Desde el punto de vista del financiamiento del sistema, la normativa que regula el régimen de prestaciones indica, entre otras cosas, que todo trabajador dependiente tiene como obligación legal cotizar el 7% de su renta imponible para la previsión de salud, pudiendo escoger el destino de dichos fondos entre el sistema público – Fondo Nacional de Salud (FONASA) o el sistema privado – Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Así mismo, los trabajadores chilenos que trabajan de manera independiente no tienen obligación legal de cotizar para el sistema de salud, pero pueden hacerlo voluntariamente en el sistema público o privado y así estar cubiertos por un seguro de salud (Villavicencio, 2012; D.L 2.763 de 1979).
- La estrategia de gestión Sanitaria vigente en Chile reconoce al personal sanitario como el principal activo propulsor del éxito de toda la gestión y, por ende, de la puesta en marcha de los cambios culturales, razón por la cual deben necesariamente diseñarse estrategias, políticas y prácticas de gestión de recursos humanos. Éstas

deben asumir la heterogeneidad de las personas que colaboran en cada organización de salud y apreciar su impacto en los rendimientos organizacionales. En este sentido, el objetivo de esta tesis ha sido el estudio del caso del Hospital Del Salvador de Santiago de Chile (HDS). En ella se describe a esta entidad como una organización social, identificando su estrategia, estructuras y principales productos clínicos, además de describir sus dimensiones demográfica, funcional y sociocultural y su impacto en los rendimientos del hospital.

- Además, se corrobora que, como todo gran hospital, el HDS, centro tradicional e ícono en la salud pública chilena, es una organización social altamente diversa, comprobándose su gran *diversidad* en cuanto a las personas trabajadoras que lo conforman. Esta diversidad se manifiesta en cuanto a género, rango etario, nivel de formación, tareas asignadas, responsabilidades, motivaciones, estilos de liderazgo y en los últimos años, nacionalidad y procedencia de sus trabajadores.
- Asimismo, el HDS se caracteriza por ser una entidad que cumple roles multivariados y generador de multiservicios en el medio en donde se inserta. Por un lado, cumple un rol económico-social al generar procedimientos y acciones de salud, en los ámbitos de la prevención, recuperación y rehabilitación de personas enfermas; además de constituirse en un importante empleador de fuerza de trabajo diversa, calificada y no calificada⁷⁶. Además, se caracteriza por jugar un importante rol en el desarrollo e incorporación de tecnologías en los ámbitos de la gestión, el diagnóstico y de los tratamientos.
- La metodología elegida para la realización de este estudio es de carácter cualitativo, mediante el Método del Caso (Case Study), en el que se utiliza la técnica de la entrevista en profundidad a actores claves del proceso, complementados con información cuantitativa obtenida de documentación pública oficial del hospital. El Método de Caso como herramienta de Investigación Cualitativa en las Ciencias Sociales, permite reconocer y describir detalladamente un problema social u organizacional.
- Los principales exponentes de este tipo de investigación social se reconocen en los trabajos de Yin, R, K (1984, 1989, 1993, 1994); Stake, R, E. (1995); e Eisenhardt,

⁷⁶ El sector sanitario chileno representa el 5,8% de la mano de obra empleada. Fuente INE, 2017.

(1989, 1991), Bonache (1999); autores que sirvieron de base para el desarrollo del caso de estudio del presente trabajo de tesis.

- Las características actuales que presenta el HDS y que justifican el desarrollo del estudio de caso son:

- Predominio de género femenino en la composición de personal del hospital y creciente inserción de las mujeres al mercado laboral de la salud, quienes progresivamente exigen el mismo trato laboral recibido por los hombres. Demandan, además, equidad de posibilidades de desarrollo profesional, mejores remuneraciones, beneficios como salas cunas, jardines infantiles para sus hijos y optan por jornadas laborales flexibles.

Las mujeres constituyen el 63% del total de empleados del HDS, y a juicio de los entrevistados, son las que aportan a la colaboración y empatía dentro de la institución, siendo en general menos competitivas e individualistas que los hombres. Presentan, sin embargo, mayores tasas de ausentismo, derivadas de su condición de madres, y por tener mayor conciencia de su situación de salud y responsabilidad laboral.

No obstante, cabe hacer presente que Chile presenta aún una baja tasa de participación de la mujer en el mercado laboral, existiendo una importante brecha entre la participación laboral femenina y la masculina. En el año 2018, la tasa de participación laboral femenina en el mercado laboral chileno alcanzaba sólo el 49,5% versus el 71,5% de los hombres.

- Heterogeneidad del rango etario de los trabajadores. En el HDS se aprecia que el 65% de la dotación de personal se encuentra en el rango etario menor a 45 años, y el 35% restante está sobre esa edad, apreciándose un incremento significativo del envejecimiento de la planta de personal año a año como lo muestra la tabla 5.11. del capítulo 5 de esta tesis.

Esta variable asociada a la diversidad demográfica puede afectar a la motivación, las actitudes, al comportamiento en el lugar de trabajo y a la habilidad para trabajar con otros empleados, lo cual impacta en los resultados organizacionales. Esto constituye un desafío y una oportunidad para el HDS, pues las personas mayores denotan un gran compromiso con sus tareas, y poseen conocimientos y

experiencias que enriquecen el quehacer laboral, aportando cultura a las nuevas generaciones. La edad proporciona experiencia (práctica), asienta los conocimientos, genera mayor compromiso con la institución y eso redunda en mayor efectividad en los procedimientos y prácticas sanitarias, presentan mayor rendimiento en factores como compromiso, responsabilidad, menores niveles de ausentismos y de rotación, y mayor apego al cumplimiento de normas y preservación de la cultura, aspecto corroborado en el estudio de caso de esta tesis. No obstante, cabe hacer presente que contar con trabajadores jóvenes permite a la institución beneficiarse de su dinamismo, adaptación al cambio e incorporar actualización de conocimientos científicos y tecnológicos.

- Envejecimiento paulatino de la población beneficiaria. La población beneficiaria del HDS, se concentra en el rango etario de menores de 44 años (51%), sin embargo, se aprecia un incremento de los segmentos de mayores de 45 años, alcanzado hoy a un 49%. Lo anterior, en línea con la evolución del envejecimiento de la población chilena: al año 2000, el 74,75% de la población se encontraba en el rango etario menor a 45 años; para el 2010 este segmento de la población representaba un 68,63%, el 2015 un 65,87% y el 2018, un 64,6% de la población del país correspondía a dicho rango etario (Ministerio de Desarrollo Social de Chile, 2019).
- Elevadas tasas de ausentismo laboral. El indicador de ausentismo laboral expresa los días laborales, medido en porcentaje, que el personal se ausenta a su jornada laboral (jornadas no trabajadas) por distintas causales, siendo las más frecuentes las licencias por enfermedades comunes, estrés por sobrecarga de trabajo y permisos varios. A nivel nacional, el indicador de ausentismo en el sector es del 23,7% y en el caso del HDS en los estamentos no profesionales (técnicos paramédicos, administrativos y personal auxiliar) supera el 20%. De lo anterior surge la necesidad de tratar estos problemas por medio del diseño de Políticas y Estrategias efectivas de Gestión de Personas o Capital Humano, con orientación a la Diversidad e Inclusión, que favorezcan la articulación de estos factores y su incidencia en los rendimientos laborales. Para ello, será necesario tener indicadores de, por ejemplo, la productividad laboral como intervenciones

quirúrgicas mayores y menores realizadas; rotación; ausentismos; reclamos por desempeño laboral; entre otros aspectos.

- Incorporación o sustento de empleados discapacitados. Dentro de sus objetivos de responsabilidad social, muchas organizaciones están aprovechando las competencias de personas con diferentes discapacidades físicas o mentales, al tiempo que han adaptado los puestos de trabajo del personal que, por cualquier motivo sufre alguna discapacidad. En esta tesis se ha corroborado que, en el último tiempo, se ha avanzado en la contratación de trabajadores con alguna discapacidad. Con el objetivo de dar cumplimiento a la Ley 21.015 de Inclusión Laboral de abril de 2018 se han incorporado al hospital personas con alguna discapacidad en las áreas técnicas y administrativas, si bien aún falta mucho para cumplir con el requisito de la ley que exige que se debe reservar el 1% de las dotaciones para contratar personal discapacitado.
- Atención y reivindicaciones de minorías étnicas y grupos religiosos. Las reivindicaciones de los pueblos originarios constituyen hoy un aspecto que está presente en muchas organizaciones sociales chilenas, como los hospitales públicos, por cuanto cada grupo presenta en su ámbito laboral sus propios valores y creencias, y demandan reconocimiento de estas diferencias. Este aspecto no es reconocido o explicitado en el caso de estudio analizado, aunque es un tema latente que puede emerger en el HDS.
- Progresiva incorporación de inmigrantes. Chile en los últimos años ha experimentado un fuerte incremento de su número de inmigrantes, principalmente latinoamericanos, los que traen consigo sus costumbres y valores diferentes que las organizaciones deben saber gestionar. Se reconoce que, durante los últimos años, Chile ha presentado un notorio aumento de profesionales extranjeros en el área de la salud que han decidido establecerse de manera permanente en el país. Esta cifra ha crecido en un 63,6%, entre 2015 y 2018, según el último informe de recursos humanos del Ministerio de Salud, alcanzando los 7.537 médicos extranjeros, representando un 16% del total de médicos inscritos en el registro nacional de prestadores de salud, para desempeñarse tanto en el sector público como privado. Esta situación ha sido fundamental para sanear, en parte, la preocupante escasez de médicos en Chile,

particularmente de especialistas, sobre todo en el sector público que no resulta atractivo para los profesionales chilenos, por las bajas remuneraciones, además de la carencia de recursos para el efectivo desempeño profesional. En la tesis se recoge que las listas de espera de consultas de especialistas entre el 2015 y el 2018 se redujeron en un 38%, en el hospital estudiado. No obstante, los pacientes en espera quirúrgica se han incrementado en un 16% en este mismo período. En este contexto, el origen geográfico o nacionalidad del profesional, es un factor que es mencionado con un impacto positivo en los rendimientos. La incorporación de personal extranjero se da en varios estamentos y posiciones laborales de colaboración médica del hospital estudiado (enfermería, tecnología médica y administrativa), contribuyendo a agilizar la atención y cubrir puestos en que no existen profesionales chilenos, con la formación o experiencia necesaria, para satisfacer la demanda de la población beneficiaria. En este sentido se espera que el profesional extranjero adopte las formas de trabajo y se comporte de igual manera a cómo lo hacen los profesionales chilenos. Sin embargo, la migración, como se desprende del estudio de caso realizado, no ha sido un tema fácil de sobrellevar para los chilenos, ya que existen diferentes posturas, incluyendo algunas asociadas a prejuicios y generalizaciones, acerca del rendimiento y competencias de los profesionales y trabajadores extranjeros.

La cultura organizacional, la cultura de la sociedad en que la organización está inserta suelen ser barreras muy altas, y el etnocentrismo, los sesgos, los prejuicios y los estereotipos dificultan la incorporación de prácticas que permitan aprovechar al máximo los beneficios que puede traer la heterogeneidad de los recursos humanos.

- Por la información obtenida del estudio de caso, se concluye que en el Hospital Del Salvador de Santiago de Chile, existen prácticas de Gestión de RR.HH, las que atendiendo a la literatura revisada, pueden asimilarse a prácticas de gestión de personas con orientación a la Diversidad e Inclusión en la etapa de “*acceso y legitimidad*” en el modelo de Ely y Thomas (2001), no existiendo políticas expresas que orienten la gestión de Personas en este hospital por medio de la Diversidad, ni alcanzando la etapa superior de “*integración y aprendizaje*”, según lo sugerido por este modelo.
- Por tanto, la D.M., como estrategia de RR.HH., en el caso analizado, debe buscar

integrar las tres dimensiones de la diversidad propuestas: Demográfica, Funcional y Sociocultural. Se debe tener presente que, si cada dimensión se analiza por separado, se estará fomentando la diversidad de empleados con diferentes perfiles, lo que provocará variedad e incluso separación (Harrison, Klein, 2007), pero no una ventaja competitiva. Si su objetivo es sólo el *acceso-legitimidad*, se corre el riesgo de utilizar a las personas solo como un medio y no involucrarlos en los fines de la organización. Por último, si se propone la unidad e integración de las tres dimensiones como objetivo último de la gestión de la diversidad, entonces, el enfoque *integración y aprendizaje* según este modelo, parece ser el más adecuado, y será necesario el desarrollo de competencias de liderazgo como condición para lograr este objetivo. Al mismo tiempo, con las adecuadas competencias de liderazgo, lo que podría haber sido causa de separación y discriminación, será aprovechado como factor de creatividad e innovación (Chinchilla y Cruz, 2011).

Por lo tanto, es necesario que se oriente la labor institucional hacia la construcción de políticas de administración de personas bajo el prisma de la *integración y el aprendizaje*, pues sólo así el sector salud podrá integrar y nutrirse de las experiencias y habilidades de la riqueza de personas diversas. No es posible ignorar, por ejemplo, que las diferencias culturales que tengan lugar entre los médicos de las diversas nacionalidades, que hoy trabajan en hospitales públicos chilenos, pueden llegar a generar mejores alternativas para realizar el trabajo y desarrollar la profesión de la salud al interior del sistema público del país, ampliando las oportunidades de aprendizaje organizacional y la adaptabilidad a un escenario social y demográfico cada vez más diverso culturalmente.

- A su vez, los valores del personal del HDS dan cuenta de una cultura organizacional fuerte y que son transmitidos de una generación a otra. A juicio de los actores entrevistados, tienen alto impacto en indicadores de rendimiento como la productividad, ausentismos y satisfacción laboral, entre otros.

Se desprende del estudio de caso que el trabajo en salud y particularmente en salud pública es eminentemente vocacional, en donde prima el concepto de “*orientación al servicio público*”, lo cual se refleja en que el personal cumple con las metas y tareas

encomendadas, aunque deban trabajar fuera de su jornada laboral sin exigir, en muchas ocasiones, retribuciones económicas compensatorias por ello.

- Meghna Sabharwal (2014) señala que Thomas (1990) introdujo el concepto de Gestión de la Diversidad (D.M.), como una forma de crear un entorno que permite a los empleados alcanzar su máximo potencial en búsqueda de los objetivos organizacionales.

Existe un consenso reciente de que la gestión de la diversidad debe pasar de una actitud pasiva (valorando la diversidad), a un enfoque activo (gestionando la diversidad). Este enfoque activo debe incluir programas de tutoría, planificación de la sucesión, programas familiares, posibilidades de trabajo alternativo, capacitación y rendición de cuentas (Bozeman & Feeney, 2009; Pitts et al., 2010).

Si bien estos esfuerzos son fundamentales para el éxito de una organización, no necesariamente se traducen en un entorno de trabajo inclusivo (Groeneveld & Verbeek, 2012).

- A partir de los resultados del estudio, pareciera que el paradigma similitud – atracción y la teoría de la identidad social fueran los predominantes en el sector, en tanto nuestros informantes señalan que la diversidad en el trabajo es vista como un desafío a superar, no retratándola como una oportunidad de desarrollo.
- En ese sentido, es relevante recordar que, cuando la diversidad al interior de las organizaciones de salud es vista como negativa por los problemas de integración que podrían suscitarse, es el grupo predominante culturalmente el encargado de definir las expectativas de las minorías respecto al trabajo y las normas de desempeño. Aquello favorecerá, de no cambiar la forma de gestionar el capital humano del sistema de salud pública en Chile, que se (re)produzcan la desconfianza y la competitividad entre las diversas identidades culturales, y se establezca un clima laboral tenso y promotor del ausentismo y la rotación de los empleados culturalmente minoritarios.
- El uso estratégico de la Gestión de la Diversidad, (D.M.), por tanto, cobra cada día mayor importancia para contar con culturas inclusivas e innovadoras para la solución de problemas atingentes como, por ejemplo, en el caso del HDS, para reducir las prolongadas listas de espera y hacer frente a las elevadas tasas de ausentismo de

personal. Las organizaciones con altos niveles de desarrollo en esta capacidad, disponen de políticas de gestión de recursos humanos que contratan a personas de orígenes sociales y culturales distintos, con *backgrounds* y *mindsets* variados, lo que les permite generar aproximaciones multidisciplinarias a sus desafíos cotidianos, y con ello, construir soluciones robustas y diferenciadoras.