

1997

Relación entre sistema administrativo
participativo y creatividad e innovación
organizacional del personal del
Hospital Neuropsiquiátrico Dr.
Taraborelli, (11-96 a 03-97)

Armesto, María Claudia

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/388>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Y SERVICIO SOCIAL

Maestría en Gestión de Servicios de Salud

TESIS

Relación Entre "Sistema Administrativo Participativo"
y Creatividad e Innovación Organizacional
del Personal del Hospital Neuropsiquiátrico
Dr. Taraborelli. Período 11-96 al 03-97

Presentada por

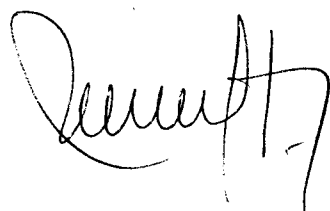
María Claudia ARMESTO

Octubre 1997

Título:

**Relación entre "Sistema Administrativo Participativo" y
Creatividad e Innovación Organizacional del personal del Hospital
Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, (11-96 a 03-97).**

Autor: Lic. María Claudia ARMESTO



Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
M31	614.2 (57) A 994
Vol	Edición:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

**TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAGISTER EN GESTION DE
SERVICIOS DE SALUD.**

1997

Copia de Resolución Rectoral autorizando la Maestría



Ministerio de Cultura y Educación

RESOLUCION N° 820



BUENOS AIRES, 31 OCT 1995

VISTO el expediente N° 18.907/95 del registro de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA, por el cual la mencionada Universidad, solicita el otorgamiento de validez nacional para el grado académico de MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, de acuerdo con la Ordenanza del H.C. Superior N° 1492/95, y

CONSIDERANDO:

Que los Organismos Técnicos de este Ministerio han dictaminado favorablemente.

Que de acuerdo con lo establecido por los artículos 41 y 42 de la Ley N° 24521, y por los incisos 8, 10 y 11 del artículo 21 de la Ley de Ministerios -t.o.1992, es atribución del Ministerio de Cultura y Educación entender en la coordinación del sistema universitario y en el reconocimiento oficial de la validez nacional de estudios y títulos y en la habilitación de títulos profesionales con validez nacional.

Por ello, y atento a lo aconsejado por la SECRETARIA DE POLITICAS UNIVERSITARIAS,

EL MINISTRO DE CULTURA Y EDUCACION

RESUELVE:

ARTICULO 1°.- Reconocer oficialmente y otorgar validez nacional al grado académico de MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, que expide la UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA, cuyo plan de estudios que consta como Anexo de la presente Resolución, prevé una duración de DOS (2)

Handwritten initials

Handwritten signature

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL COMPORTAMIENTO	
DIVISION DESPACHO I	
ENTRÓ	SALÍÓ
15 DIC. 1995	

Handwritten signature: Jose A. D'Ala - Secretario y Consejo Directivo

LIC. BRUNA D. ORRANA
DIRECTORA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA



RESOLUCIÓN N° 820



Ministerio de Cultura y Educación

años, con una asignación horaria de MIL DOSCIENTAS NOVENTA Y DOS (1.292) horas.

ARTICULO 2º.- Regístrese, comuníquese y archívese.

Handwritten initials

Handwritten 'W'

Handwritten signatures and initials

JORGE ALBERTO RODRÍGUEZ
MINISTRO DE CULTURA Y EDUCACIÓN

NCA



RESOLUCION N° 820,-



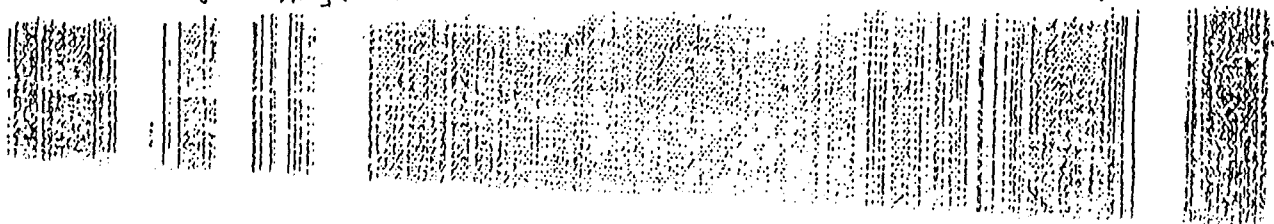
Ministerio de Cultura y Educación

A N E X O

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
GRADO ACADÉMICO: MAGISTER EN GERENCIA Y ESTRATEGIAS EN SALUD
PLAN DE ESTUDIOS

MODULO	ASIGNATURAS	CARGA HORARIA TOTAL
01	Teoría del Estado y Realidad Sanitaria Argentina	24
02	Economía y Salud	24
03	Previsión Social	24
04	Metodología de la Investigación I	24
05	El Gerenciamiento en Salud	24
06	Epidemiología y Salud	48
07	Administración y Gestión	24
08	Metodología de la Investigación II	24
09	La Gerencia, Sus Características	24
10	Estadística I	24
11	Estadística II	24
12	Estadística III	24
13	Metodología de la Investigación III	24
14	La Organización Administrativa	24
15	La Planificación como Herramienta Gerencial	24
16	Planificación y Programación	24
17	Metodología de la Investigación IV	24
18	La Organización de la Atención de Salud	24
19	La Organización de la Atención Médica	24
20	La Gerencia y el Factor Humano en la Organización	24
21	Administración de Personal y la Gerencia	24
22	Metodología de la Investigación V	24
23	La Comunicación Organizacional	24
24	Las Comunicaciones Gerenciales	24

[Handwritten signatures and initials]





Ministerio de Cultura y Educación

25	Organización Gerencial	24
26	Aptitudes Gerenciales: La Decisión Efectiva	24
27	Metodología de la Investigación VI	24
28	Aptitudes Gerenciales: Controles, Control y Administración	24
29	La Dirección: Tareas	24
30	Metodología de la Investigación VII	24
31	Metodología de la Investigación VIII	24
33	Presentación y Defensa Oral del trabajo de Investigación	24

W
W

OTROS REQUISITOS:

- Trabajos de campo: Se prevén un total de quince, cuya asignación horaria demandará 500 horas.

W

- Tesis Final: 300 horas.

CARGA HORARIA TOTAL: 1.292 horas.

[Handwritten signatures and initials]

El Consejo Directivo -Plenario-, de fecha 11 de diciembre de 1995, toma conocimiento.

DIRECCION; 11-12-95.-

[Handwritten signature]
 LIC. GRISELDA SUSANA VICKHS
 DIRECTORA
 ESCUELA DE CIENCIAS Y LA SALUD PARA CAPACITAMIENTO

Director de Tesis:

Dr. Jorge Rubén CASTRO

Dr. en Administración de Empresas

Magister en Marketing

Contador Público

Agradecimientos

Esta Tesis de Maestría es el fruto de una laboriosa tarea intelectual en la que colaboraron con sus aportes científicos y sugerencias diferentes personas a las que respeto y admiro, vaya en primer término mi agradecimiento al Dr. Jorge Rubén Castro, quien se ocupó de la dirección de este proyecto con gran compromiso y entusiasmo; al Dr. Luis César Abed, quien aportó sugerencias acerca del marco epistemológico y teórico del trabajo; a la Dra. Nidia Graciela Fernández, quien junto al Dr. Juan José Balussi, orientaron al comienzo el proyecto de esta investigación para la confección del protocolo; a la Lic. Alicia Gutiérrez, que aportó un marco teórico-metodológico desde la Sociología, constituyendo actualmente la base de nuevos trabajos de investigación.

Es menester agradecer a la Lic. Silvia Pérez Véliz compañera de esta Maestría, quien trabajó en la recolección de datos y apoyó en todo momento la realización de esta tesis.

Merecen un agradecimiento especial el director de la Región Sanitaria VIII, el Dr. Jorge Omar Valentini, quien autorizó y brindó los medios económicos para realizar el trabajo en el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, sito en la vecina ciudad de Necochea; y a la Dra. Graciela Adamoli, directora de la institución de salud mencionada quien mostró su calidad humana y profesional al servicio de la calidad de las prestaciones y de la optimización administrativa de la organización que dirige. Es preciso agradecer especialmente la colaboración de todo el personal del hospital, ya que todos los agentes participaron activamente brindando información sobre la institución.

Tampoco hubiera sido posible esta investigación sin el espacio de discusión, deconstrucción y apoyo brindado por colegas y compañeros de trabajo y por mis alumnos en la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, quienes a partir de sus interrogantes generaron un mayor compromiso para replantear puntos de vista y volver a

mea

reflexionar sobre aquello que en algunos casos parecía obvio y no lo era, vaya a todos ellos mi agradecimiento.

Un capítulo especial para los agradecimientos es el merecido por mis padres porque sin su apoyo y comprensión no podría haber llegado hasta aquí y a ellos les debo gran parte de lo construído.

No quisiera que ninguna de las personas a las que agradezco su colaboración y sus enseñanzas se sienta comprometida o responsable de los planteos que se realizan en esta tesis y que retoman en parte sus ideas, ello significa que quien la escribe se hace totalmente responsable del contenido de estas páginas, de sus aciertos y de sus deficiencias, pero no puedo dejar de expresar la gratitud hacia todos ellos, porque sin sus valiosos aportes esta tesis no existiría, según las enseñanzas de Pierre Bourdieu, como capital cultural objetivado, al menos para quien la escribe.

INDICE

I. PARTE: COMPONENTES INTRODUCTORIOS.

Página N°

Página Inicial.....	1
Universidad y Facultad. Identificación del Trabajo.....	2
Copia de Resolución Rectoral.....	3
Director de Tesis.....	4
Agradecimientos.....	5-6
Índice.....	7 - 9
Resumen.....	10-12

II. PARTE: COMPONENTES PRINCIPALES.

1. Introducción.....	13 - 19
2. Fundamentación.....	19 - 25
2.1. Origen de la Investigación.	
2.2. Viabilidad y factibilidad de la investigación.	
2.3. Vulnerabilidad.	
2.4. Aportes de la Investigación.	
2.5. Impacto probable de los resultados.	
3. Objetivos.....	25-26
3.1. Objetivos Generales.	
3.2. Objetivos Particulares.	
4. Marco Teórico.....	26 - 73

- 4.1. Las organizaciones de servicios de salud mental desde el modelo cognitivo-sistémico.
 - 4.1.1. Sistema Administrativo.
 - 4.1.1.1. Definición conceptual de la variable Sistema Administrativo Participativo.
 - 4.1.1.2. Tipos de Sistemas Administrativos según Likert.
 - 4.1.2. Creatividad e Innovación Organizacional.
 - 4.1.2.1. Definición conceptual de la variable Creatividad e Innovación Organizacional.
 - 4.1.2.2. Importancia de la Creatividad e Innovación Organizacional en las Organizaciones de Servicios de Salud.
 - 4.1.2.3. Aptitudes Gerenciales y Creatividad e Innovación Organizacional.
- 5. Diseño Metodológico..... 73 - 152
 - 5.1. Tipo o Enfoque de Investigación.
 - 5.2. Población. Muestra.
 - 5.3. Operacionalización y Medición de variables.
 - 5.3.1. Definición operacional de la variable Sistema Administrativo Participativo.
 - 5.3.2. Definición operacional de la variable Creatividad e Innovación Organizacional.
 - 5.4. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos.
 - 5.4.1. Datos Cualitativos.
 - 5.4.2. Datos Cuantitativos.
 - 5.4.3. Identificación de los Instrumentos.
 - 5.4.4. Control de Calidad de la Información.
 - 5.4.5. Recolección de Datos: Aspectos éticos.
 - 5.5. Presentación, análisis e interpretación de los datos.
 - 5.5.1. Resultados Análisis datos cualitativos.

5.5.1.1. Diagnóstico Organizacional.

1. Fase: Descripción Organizacional.

2. Fase: Análisis Organizacional.

3. Análisis de Contenido.

5.5.2. Resultados Análisis de los datos cuantitativos.

6. Discusión..... 153- 165

7.- Conclusión..... 165 - 166

III PARTE: COMPONENTES SUPLEMENTARIOS.

1. Bibliografía..... 167 - 176

2. Listado de Tablas y Cuadros..... 177 - 179

3. Anexos..... 180 - 216

3.1. Anexo I Definición de Administración.

3.2. Anexo II. Evolución de la concepción del hombre en la organización según diferentes modelos del pensamiento administrativo.

3.3. Anexo III. Instrumento sobre Nivel de Creatividad e Innovación Organizacional.

3.4. Anexo IV. Instrumentos de Recolección de Datos. Protocolos: Escala Likert: Sistemas Administrativos, (Likert, 1967) y Escala Likert: Creatividad e Innovación Organizacional.

3.5. Anexo V. Regiones Sanitarias. Mapa.

3.6. Anexo VI. Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli. Plano.

3.7. Anexo VII. Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli. Organigrama.

3.8. Anexo VIII. Listado de Palabras para la cuantificación del análisis de contenido.

3.9. Anexo IX. Resultados : Análisis Factorial.

3.10. Anexo X. Gráficos Principales.

Resumen.

Esta investigación parte del problema: ¿qué relación existe entre el “sistema administrativo participativo” y el nivel de creatividad e innovación organizacional según el personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli?

La hipótesis que guía la investigación es: El Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli presenta un sistema administrativo con alta participación del personal que se corresponde con alto nivel de creatividad e innovación organizacional. Así, la relación entre las variables es del tipo: a mayor participación mayor nivel de creatividad e innovación organizacional.

La muestra tomada es de tipo probabilística estratificada con proporción óptima, su tamaño 70 sujetos. La metodología es cuali-cuantitativa, efectuándose un diagnóstico organizacional y análisis de contenido a partir de mensajes registrados en notas de campo. La evaluación de las variables en estudio se efectuó mediante dos escalas tipo Likert (Rensis Likert, 1969), una de ellas diseñada a los fines de esta tesis para medir creatividad e innovación organizacional.

El tratamiento de los datos mediante correlaciones r de Pearson permitió establecer una asociación positiva y fuerte entre las variables estudiadas ($r=+0.6836$ $p<0.05$), confirmándose la hipótesis formulada; y estableciéndose las características de un liderazgo adecuado a un sistema administrativo participativo en servicios de salud, siendo numerosos los problemas para investigaciones futuras que fueron derivados de esta tesis.

A partir del análisis factorial se logró identificar cuatro factores subyacentes a la participación y creatividad e innovación organizacional, a los que se identificó como: “capacidad de procesamiento de la información por parte de la organización” o “poder cognitivo”; “exigencia-rendimiento”; “aspectos normativos” y “producción”.

Los resultados obtenidos resultan convergentes con las posturas teóricas y resultados de investigaciones científicas realizadas por Majaro (1992) y Garner (1996), concluyendo por

el momento en que todo sistema administrativo deberá oscilar entre la fragmentación del poder para la toma de decisiones y la concentración del mismo, es decir una búsqueda constante del equilibrio, a partir de la comunicación multidireccional que permita generar redes, en tanto heterogeneidades de sujetos sociocognitivos organizados que faciliten el aprendizaje de segundo orden, siendo éste básico para la creatividad e innovación organizacional.

Abstract

This research work arises from the question: ¿What is the relationship between the "Participant Administrative System" and the level of Creativity and the Innovative Organization shoron by Dr. Taraborelli Neuro-Psychiatric Hospital staff?

The hypothesis which guides the research work is: Dr. Taraborelli Neuro-Psychiatric Hospital has set up an administrative system with a high degree of staff participation which includes a high level of creativity and innovative organization. This, the relationship between variants is as follows the more participation the more level of creativity and innovative organization.

The pattern taken into account belongs to the stratified probability type with best results, its size 70 individuals. The methodology is quantitative-qualified, making an or organizational diagnosis and analysis of content which come from messages recorded was done notes. The evaluation of the considered variables was done through two Likert scales types (Rensis Likert, 1969), one of which was designed on account of this thesis in order to measure the range of creativity and organizational change.

The dealing of data by means of correlations r of Pearson enabled us to set up a positive and strong association among the studied variables ($r=+0.6836$ $p < 0.05$), verifying the considered hypothesis and establishing the characteristics of a proper leadership according to a

participant administrative system in health services since there are several problems for future research work derived from this thesis.

It was possible to identify from a factorial analysis four factors resulting from participation and creativity and innovative organization which were identified as: "ability of data processing by the organization" or "cognitive power"; "demand-achievement", "normative aspects" and "production".

The obtained results converge with the theoretical positions and the results of the scientific research work done by Majaro (1992) and Garner (1996), getting to the conclusion that, up to this moment, all the administrative system should sway between the fragmentation of power in order to take decisions and its concentration, that is to say, a constant search for equilibrium, starting from multidirectional communication which allows the production of nets, as well as heterogeneous socio-cognitive organized individuals to ease second-class learning process, since it is basic for creativity and organizational change.

II. COMPONENTES PRINCIPALES.

1. Introducción.

Este trabajo de investigación corresponde a la tesis de Maestría en Gestión de Servicios de Salud; tiene por objetivo principal describir la relación entre el "sistema administrativo participativo" y el nivel de creatividad e innovación organizacional en el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, de la ciudad de Necochea, establecimiento hospitalario que pertenece a la Región Sanitaria VIII, Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Buenos Aires.

Se toma como objeto de análisis una organización de servicios de salud mental, a través de sus agentes, que constituyen las unidades de observación de esta tesis. No obstante, es conveniente aclarar que el objetivo del trabajo es describir y analizar la relación entre las variables mencionadas, independientemente de la especialidad, esto es salud mental, que presenta el hospital y a los efectos de desarrollar un marco conceptual y metodológico en gestión de servicios de salud aplicable a cualquier otra organización sanitaria que elija evaluar las variables aquí estudiadas.

Esta organización pública de salud mental es un hospital de autogestión⁽¹⁾, que ha sido recientemente descentralizado⁽²⁾. Según esta la Ley 11072, la descentralización es un cambio político-administrativo que constituye un desafío tanto a nivel gerencial como a nivel del propio personal, basado en la delegación de mayor poder para la toma de decisiones, lo que redundará en una mayor autonomía y flexibilidad en las funciones directivas de la institución de salud. Lo expuesto genera un marco o contexto propicio para la creatividad e innovación organizacional, entendiendo que ambas son herramientas que contribuyen a la optimización de las prestaciones sanitarias allí efectuadas, buscando la mayor eficiencia y eficacia posibles, es decir, la

(1) Decreto 578/91. Hospital de Autogestión.

(2) Ley 11.072. Ley de Nuestro Hospital. Reglamentación de la Ley 11.072. Decreto Reglamentario Nº 2370/93.

productividad óptima en términos de Koontz⁽³⁾ y Hermida ⁽⁴⁾ entre otros. Además, se contextualiza este análisis en el marco de las nuevas estrategias administrativas que se están considerando en el mundo como en Trieste, Italia ⁽⁵⁾ y en Argentina, en la provincia de Río Negro ⁽⁶⁾ sobre la sustitución de los hospitales psiquiátricos y neuropsiquiátricos por servicios de psiquiatría en hospitales generales, buscando como principio básico la dignidad humana de quien allí es atendido.

Esta investigación surge en un momento en el que se percibe como necesaria la descripción y análisis, en pos de un intento futuro de explicación, desde las ciencias sociales, de los fenómenos globales que tienen lugar en el mundo en todas las instituciones, particularmente en las instituciones públicas de salud, desde una perspectiva o enfoque sistémico en el sentido de Senge ⁽⁷⁾ que permita dar cuenta de la multidimensionalidad del espacio organizacional en el marco del macrocontexto o macropilotaje. De esta manera, el enfoque sistémico-cognitivista basado en la teoría de Jaques ⁽⁸⁾, facilita la descripción, análisis y comprensión de los fenómenos sociocognitivos acontecidos en la organización, entendiendo a ésta como un sistema que aprende en forma permanente, donde las disonancias y conflictos cognitivos permitirán una construcción según dos alternativas o salidas diferentes, las que tienden al restablecimiento del orden perdido (homeostasis) y las que tienden al establecimiento de un nuevo orden

⁽³⁾ Hermida J., Serra R. y Kastika E. Administración y Estrategia. 4a. edición. Buenos Aires: Macchi, 1995: 50.

⁽⁴⁾ Koontz H. y Weihrich H. Administración. Una perspectiva global. 10a. edición. Buenos Aires: McGrawHill, 1995: 631.

⁽⁵⁾ Rotelli F. De Leonardis O. y Mauri D. Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados). Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 7(21):16-27, 1987.

⁽⁶⁾ Cohen H. y Natella G. Trabajar en salud mental. 1a. edición. Buenos Aires: Lugar, 1996.

⁽⁷⁾ Senge P. La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Panorama de Management y Gestión 1993; (14):60.

⁽⁸⁾ Jaques E. Requisite Organization. The CEO'S Guide to Creative Structure and Leadership. Washington: Casson Hall and Co. Publishers, 1989: 4.

(homecorresis). Esas dos alternativas se corresponden con el cambio tipo 1 y cambio tipo 2 del modelo sistémico, según Selvini-Pallazoli ⁽⁹⁾.

El problema formulado en esta investigación es: ¿Cuál es la relación entre el "sistema administrativo participativo" y el nivel de creatividad e innovación organizacional según el personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli (período 11-96 al 03-97)?

Interrogante el expuesto que permite en primer término entender a la organización de servicios de salud mental estudiada no como un sistema social y cognitivo al que hay que aplicarle algunas técnicas, sino como un espacio y tiempo en el que se producen relaciones según la circulación de la información, generando poder cognitivo en tanto, capacidad de trabajo⁽¹⁰⁾. Ese sistema se define como microsistema atravesado por múltiples variables, políticas, tecnológicas, sociales, culturales, científicas, económicas, que revelan la interacción permanente entre el adentro (organización) y el afuera (medio externo, sociedad).

Así, se estudia la organización de servicios de salud mental desde el enfoque cognitivista-sistémico de Schlemenson ⁽¹¹⁾ y Senge ⁽¹²⁾, tomando dos variables:

- ♦ "sistema administrativo participativo", que incluye estilos de dirección y éstos, los principios de liderazgo y las características organizativas según Rensis Likert ⁽¹³⁾.

- nivel de creatividad e innovación organizacional.

Las unidades de análisis u observación son los profesionales y no profesionales que desempeñan funciones en la organización de salud mental mencionada, considerando

⁽⁹⁾ Selvini-Palazzoli M. El mago sin magia, 1a. edición. Buenos Aires: Paidós-Educador, 1990. Cap. 2.

⁽¹⁰⁾ Schlemenson A. La perspectiva ética en el análisis organizacional, 1a. ed. Buenos Aires: Paidós, 1992:137.

⁽¹¹⁾ Schlemenson A. (1992) Op. cit.

⁽¹²⁾ Senge P. La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Panorama de Management y Gestión, 1993:24-29.

⁽¹³⁾ Likert R. Un nuevo método de gestión y dirección, 1a. edición. Bilbao:Deusto, 1969.

diferencias según variables atributivas tales como, tipo de profesión, edad, sexo, antigüedad en el hospital, estado civil, profesión, si tiene otro trabajo, entre otras.

La hipótesis de trabajo que constituye el punto de partida es: El Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli presenta un sistema administrativo con alta participación del personal que se corresponde con alto nivel de creatividad e innovación organizacional.

Tal como lo indica Kaminsky ⁽¹⁴⁾ destacado teórico sobre análisis institucional, las instituciones u organizaciones de servicios de salud pueden ser autocráticas o democráticas, estas últimas no son instituciones que han eliminado la verticalidad, sino aquellas que no se aterrorizan por los movimientos de las composiciones horizontales, y apuntan así, al crecimiento de sus recursos humanos, es decir, a la autorrealización de los agentes. Sin embargo los cambios mundiales, tales como la globalización, el avance científico-tecnológico, la caída del muro de Berlín, atraviesan las organizaciones, y todo gerente o director burocrático que pareciera haber nacido así, deberá transformarse en un gerente cuyas intervenciones se basen en el modelo de planeamiento estratégico.

Según la opinión de quien escribe, para producir esos cambios no sólo hace falta saber qué es la organización de servicios de salud mental, sino también aquello que la organización cree que es, este plano de las representaciones y creencias forma una dimensión importante en el diagnóstico organizacional, tan importante como la historia de la institución que revela la memoria como función cognitiva del sistema, sus planes, sus logros y sus fracasos, pues dan cuenta de la circulación de la información y fijación del sistema de creencias de la organización mediante procesos complejos, en términos de Fodor ⁽¹⁵⁾ "procesos centrales".

Dado que no se han encontrado antecedentes de investigaciones dedicadas a explorar y describir la relación o asociación entre las variables "sistema administrativo participativo" y

⁽¹⁴⁾ Kaminsky G. Dispositivos institucionales, 1a. edición. Buenos Aires: Lugar, 1994. Cap.1.

⁽¹⁵⁾ Fodor J. La modularidad de la mente, 1a. edición. Buenos Aires: Morata, 1991. Parte 4.

nivel de creatividad e innovación organizacional, se puede hablar de cierta originalidad en el tema estudiado.

Con respecto a los alcances de este trabajo de investigación se piensa que permitirá establecer la existencia de relación o asociación entre las dos variables estudiadas, determinando si el tipo de "sistema administrativo participativo" facilita o no la creatividad e innovación organizacional según los datos recogidos en esta investigación; entendiendo a la creatividad e innovación como herramientas fundamentales para el desarrollo organizacional.

Así, se espera favorecer la formación de recursos humanos en gerenciamiento de servicios de salud, más precisamente de salud mental, a partir de determinar ciertas condiciones de funcionamiento relacionadas con la administración de recursos humanos; las cuales deben generarse en una organización para optimizar el "poder cognitivo" de sus "sujetos cognitivos" ⁽¹⁶⁾ Se piensa que los aportes de esta tesis serán de utilidad para el diseño de programas de enseñanza en gerenciamiento según un "aprendizaje innovador" ⁽¹⁷⁾, el cual se basa en cambios en la conducta, que implican modificaciones en la estructura cognoscitiva del sujeto. Dichos cambios implican la construcción de significados para cada acción, de modo que al tomar decisiones, todas ellas presentan un sentido construido por los sujetos de la organización, producto de un trabajo en equipo, predominando la cooperación y participación, como espacio de construcción de puntos de vista a través de redes de diálogo que favorecen el pensamiento crítico y la creatividad en grupo ⁽¹⁸⁾.

Un primer interrogante que se presenta a quien escribe estas páginas es: ¿qué similitud existe entre la metodología del modelo de "aprendizaje innovador" y el "sistema administrativo

⁽¹⁶⁾ Rivière A. El sujeto de la Psicología Cognitiva, 1a. ed. Madrid: Alianza, 1990. Cap. 1.

⁽¹⁷⁾ Balaguer E. Aprendizaje Innovador. Desafíos metodológicos para un futuro perfecto, 1a. ed. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. Secretaría de Hacienda, 1995:137.

⁽¹⁸⁾ Cittadini R. Articulation entre les Organismes de Recherche et de Développement et les Collectivités rurales locales. Tesis de Doctorado en Desarrollo Rural. Université de Toulouse Le Mirail, Francia. Pág. 49.

participativo"? es también desde la opinión personal, en principio que se encuentra esta primera respuesta, tanto los "sistemas administrativos participativos" como la situaciones de enseñanza-aprendizaje basadas en el modelo de "aprendizaje innovador" presentan al menos un punto en el que convergen en ambos predomina la participación . Un segundo interrogante será entonces: qué relación existe entre esos "sistemas administrativos participativos" y la creatividad e innovación, la postura de quien escribe es que ambos son facilitadores del pensamiento crítico a través de redes comunicacionales, del espíritu creador y de la "autorrealización humana" como necesidad superior en el sentido de Maslow⁽¹⁹⁾

Al mismo tiempo, no pueden dejarse de lado las limitaciones de esta investigación, que como todo estudio que tiene por objeto al hombre, y asimismo es efectuado por "un ser concreto llamado investigador científico" según Samaja ⁽²⁰⁾, tiene las limitaciones inherentes a los condicionamientos sociales, ya sean de carácter externo o interno, que condicionan y determinan la objetividad y subjetividad de la que también dispone el investigador por el hecho de ser una persona más en esta sociedad, ser parte de este género. El hecho de no escapar al género humano, hace que las creaciones del hombre, como la ciencia no sean verdaderas, o absolutamente verdaderas, desde la perspectiva epistemológica de la autora, se entiende que sólo se puede aspirar a la verdad, pero debemos dejar claro y contentarnos con verdades parciales, provisorias, ya que el conocimiento se encuentra en permanente avance y construcción, y nuestra actitud como investigadores debe entenderse en términos de Bourdieu como una "necesidad del retorno reflexivo"⁽²¹⁾. Lo expuesto permite sostener que las conclusiones que de aquí sean extraídas serán provisorias, válidas para la institución que se

⁽¹⁹⁾ Koontz H. y Weirich H. Administración. Una perspectiva global. 10 ed. 10a. edición. Buenos Aires: McGrawHill, 1995:468-469.

⁽²⁰⁾ Samaja J. Epistemología y Metodología. 3a. ed. Buenos Aires: EUDEBA, 1993.

⁽²¹⁾ Bourdieu P. y Wacquant L. Respuestas por una Antropología Reflexiva. México:Grijalbo, 1995:34.

investigó y en este momento histórico, lo que permite concebir y reconcebir no sólo al objeto de estudio, sino a nosotros mismos como investigadores y lectores de esa realidad social.

Por lo tanto, ante interrogantes tales como: ¿de qué manera produce y circula la información en la organización o sistema sociocognitivo?, se entiende como necesario un diagnóstico organizacional para determinar puntos fuertes y débiles en la organización, su caracterización, así como la exploración y análisis de las relaciones interpersonales en este grupo de trabajo, dado que se desconoce este ambiente. Una desventaja⁽²²⁾ es el hecho de ser un sujeto externo a la institución, lo cual merece especial atención para poder superar esa limitación, esto significa que al ser externo el investigador puede generar resistencia en los sujetos cognitivos del sistema, para ello se deben tomar los recaudos metodológicos inherentes a las intervenciones en organizaciones.

De lo anterior se desprende que se requiere toda una modalidad de ingreso a la institución, desde la presentación del investigador hasta la devolución en función de los resultados obtenidos, dicha modalidad de inclusión se basa en los criterios de ingreso de consultores externos a la institución y de los psicólogos organizacionales, esto es, tratando de lograr la colaboración de todos los miembros de la institución, evitando resistencias que pudieran interferir en el desarrollo y resultados de la investigación.

Desde la opinión personal se esperaba que el contacto cara a cara con todos los miembros de la organización por igual, evitando mitos que relacionaran la figura del tesista con la de un agente de control o un emisario relacionado con la gerencia del hospital. El propósito básico consistió en generar una toma de conciencia en el personal del hospital acerca del objetivo general del trabajo de tesis y del lugar que ocupa quien investiga, estableciendo una

⁽²²⁾ Festinger L y Katz D. Los métodos de investigación en Ciencias Sociales, 3a. ed. Buenos Aires: Paidós, 1990: 356.

relación de cooperación y confianza que permitió un clima de trabajo propicio para el buen curso de la investigación.

2. Fundamentación.

2. 1. Origen de la Investigación.

Esta investigación surge a partir de ciertas necesidades detectadas en organizaciones educativas y de salud que requieren cambios organizacionales para la optimización del proceso administrativo en todas sus fases a partir de los aportes de dos herramientas: creatividad e innovación organizacional.

Las organizaciones están sometidas a cambios en forma permanente, cambios que implican atravesamientos diferentes, ya sea de índole político, económico, sociocultural, tecnológico, y científico, entre otros. Así, las organizaciones son sistemas sociocognitivos que están sometidos a una constante transformación. Ante esta situación la organización, en tanto sistema formado por subsistemas, debe adaptarse a las modificaciones del entorno, dado que estos diferentes atravesamientos que desde el macrocontexto inciden o afectan al microcontexto (organización), condicionan el comportamiento y desarrollo de cada individuo o sujeto cognitivo que forma parte de ese microsistema, además de constituir un desafío para su subsistencia.

La creatividad e innovación se presentan como herramientas prometedoras para el desarrollo de la organización hacia una mayor eficiencia y eficacia, por ende, hacia una mayor productividad. La capacidad de generar ideas y su aplicación exitosa depende en parte del factor humano de la organización y de su dirección; sin embargo es escasa la investigación científica sobre diagnóstico organizacional, creatividad e innovación organizacional, más aún si se considera el ámbito de las instituciones sanitarias.

Se detectan entonces, diferentes *necesidades* que constituyen el origen o punto de partida de esta investigación, a saber:

a. Investigar las características de las instituciones de salud mental frente a la situación de cambio vertiginoso a la que se enfrenta el mundo actual, donde ciertos paradigmas sucumben y dan lugar a otros nuevos.

b. Escasas investigaciones en servicios de salud que relacionen las variables aquí estudiadas. Lo expuesto se fundamenta en la revisión efectuada en diferentes índices, donde de 10.437 artículos sobre creatividad desde 1966 hasta 1996, sólo existen 5 trabajos realizados sobre creatividad y organizaciones, pero la mayoría en instituciones educativas, siendo escasos los realizados en hospitales.

c. Detectar condiciones para el manejo de recursos humanos, tendientes a mejorar la formación gerencial del personal de servicios de salud en general, con el fin de favorecer la creatividad e innovación, especialmente en la participación de la toma de decisiones de dicha institución de salud, donde tiene un lugar importante la producción de ideas nuevas y originales.

d. Necesidad de realizar diagnósticos organizacionales, los cuales presenten como criterio principal para el análisis la integración tanto de los recursos físicos y técnicos como humanos del sector salud, especialmente en salud mental, según la información expuesta por el Plan Quinquenal de Salud 1995-2000, de la Provincia de Buenos Aires.

e. Desarrollar conocimientos científicos e instrumentos de evaluación que permitan establecer las características de las instituciones en cuanto a sus sistemas administrativos y el nivel de creatividad e innovación organizacional.

f. Desarrollar una administración creativa para alcanzar una mejor calidad de las prestaciones, a partir de una mayor satisfacción del personal que desempeña funciones en la

institución, que redunde en un incremento del nivel de satisfacción del paciente-cliente del servicio.

g. Formar gerentes que reúnan habilidades no sólo para el control, en el sentido de presión psicológica, no como etapa administrativa; sino para la participación en grupo, para el planeamiento estratégico y para la adaptación de la organización al macrocontexto, realizando un ⁽²³⁾ "análisis de afuera hacia adentro", a partir de las demandas ofreciendo servicios que prioricen el intento de dar respuestas a las mismas de la forma más eficaz y eficiente posible.

2.2. Viabilidad y Factibilidad de la Investigación.

Las gestiones se realizaron a través de la Dirección, Secretaría de Investigación y Postgrado y de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, mediante convenios específicos con la organización de salud mental y a través de la Región Sanitaria VIII, siendo el primer paso el contacto con la directora del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, la cual aceptó conforme este tipo de trabajo depositando expectativas en el mismo para la mejora de la institución sanitaria que dirige.

2.3. Vulnerabilidad.

La estrategia de ingreso al hospital tiene como puntos claves lograr la colaboración y no participación por obligación del personal de la institución, a partir de la concientización sobre los aportes posibles de este trabajo evitando la generación de falsas expectativas que pudieran redundar en futuras frustraciones ante promesas amplias y ambiciosas de cambio. Esa toma de conciencia parte del supuesto de que todos hacen la investigación, porque ellos son fuente del saber-decir y saber-hacer del hospital, son componentes fundamentales del sistema sociocognitivo, son sujetos cognitivos, pensantes, activos constructores a diario de la organización.

⁽²³⁾ Róvere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud, Washington: OPS, 1993: 23.

Este tipo de encuadre de la tarea del investigador en organizaciones permite lograr un buen clima de trabajo, evitar desviaciones importantes en los datos recolectados, encontrándose entonces como ventaja el hecho de ser un observador externo a la institución en la posibilidad de actuar con mayor nivel de objetividad en el análisis de los datos, tanto fenotípicos como genotípicos, como también en la filosofía implícita en dicha institución.

2.4. Aportes de la Investigación.

Los principales aportes se resumen del siguiente modo:

a.- A la Investigación en Psicología Organizacional y Sociología determinando procedimientos para la evaluación de la creatividad e innovación en organizaciones que prestan servicios de salud mental, y conocimientos sobre las bases psicosociológicas de la efectividad organizacional.

b.- A la Ciencia Básica a partir de la conceptualización y discriminación de las variables "sistema administrativo participativo" y creatividad e innovación organizacional.

c.- A la Ciencia Aplicada a partir de las bases conceptuales para el diseño y aplicación de programas de formación de gerentes para la creatividad e innovación y programas de desarrollo organizacional para lograr mayor efectividad de la organización de salud descentralizada.

d.- A las Intervenciones de los Psicólogos como analistas institucionales y como consultores desde su rol de agentes de cambio.

e.- A las intervenciones de los Gerentes y/o directores de servicios de salud en lo referente a todas las etapas o fases del proceso de administración.

f.- A la Gestión de Servicios de Salud, especialmente de servicios de salud mental, brindando los aportes de una investigación a partir de la construcción de un marco teórico-metodológico que facilite el trabajo de investigación en servicios de salud.

MCA

2. 5. Impacto Probable de los Resultados.

Entre los impactos principales se consideran los siguientes:

a. Impacto Científico.

a.1. Para lograr una mayor precisión en la conceptualización y operacionalización de las variables estudiadas, sirviendo de base para el diseño de sistemas administrativos de tipo participativo tendientes a optimizar la efectividad de la organización en función de las relaciones humanas en dicho ambiente de trabajo.

a.2. Al cuerpo teórico de las disciplinas: Psicología, Sociología y Administración.

a.3. A los campos de aplicación: Salud Humana, Desarrollo Socioeconómico, Servicios de Salud y Condiciones de Trabajo.

b. Impacto Social.

Mejora de la calidad de los servicios sanitarios prestados a partir de la optimización del proceso administrativo, especialmente de la planeación, toma de decisiones, dirección e integración de personal, recurriendo a procedimientos como los círculos de creatividad⁽²⁴⁾ y los círculos de calidad⁽²⁵⁾.

c. Impacto Económico.

Mejor aprovechamiento de los recursos humanos y de las ideas producidas por ellos para incrementar la cantidad y calidad de los servicios prestados, donde la planeación y el control sean vistos como instancias de evaluación, pero también de participación y de retroalimentación basada en un control preventivo.

⁽²⁴⁾ Majaro S. Cómo generar ideas para generar beneficios. La brecha creativa. 1a. edición. Barcelona: Gránica, 1992.

⁽²⁵⁾ Ruelas-Barajas N. Programa de garantía de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología. Revista de Salud Pública de México, 1990; 8(20):24-59.

Mejor capacitación de los directores y/o gerentes de servicios de salud para una comprensión de los factores inherentes a los grupos humanos sobre los cuales ejercen influencia, buscando el aumento de la productividad, esto es de la eficiencia y eficacia.

d. Impacto de Transferencia.

Se considera la transferencia segura a:

-otros dominios específicos de conocimiento, mediante los desarrollos teóricos y de diagnóstico y evaluación realizados.

-a otros docentes universitarios e investigadores dependiente de la Secretaría de Investigación y Desarrollo Tecnológico, Universidad Nacional de Mar del Plata.

-a los alumnos de las Facultades de Psicología y de Ciencias Económicas y Sociales, de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

-a otros grupos de investigación, estableciendo tareas de colaboración entre la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social y la Facultad de Psicología, UNMDP; como así también con grupos de investigación de la Universidad Nacional de Buenos Aires y con el Departamento de Psicología de la Creatividad de la Université du Quebec Trois-Rivières, Canadá, Directora: Dra. Levine.

-a la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Nacional de Mar del Plata.

-a la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, España, a través de dos profesoras titulares e investigadoras, Dra. Tinarejo y Dra. Páramo.

-al Centro de Capacitación de Recursos Humanos, Universidad de Rosario, Argentina.

- a directores de hospitales, a partir de la adecuación de ciertas características del sistema de administración tendientes a la renovación organizacional basada en la creatividad e innovación.

3. Objetivos.

3.1. Objetivos Generales.

Describir la relación entre el "sistema administrativo participativo" y el nivel de creatividad e innovación de una institución de salud mental.

3.2. Objetivos Particulares.

3.2.1. Estudiar mediante el diagnóstico organizacional el comportamiento de la organización como sistema de producción y circulación de la información.

3.2.2. Caracterizar a la institución de salud mental según: objetivos, servicios prestados, relaciones existentes, estructura actual, clima y cultura organizacional.

3.2.3. Diseñar la escala de Likert para medir el nivel de Creatividad e Innovación de la organización según su personal.

3.2.4. Establecer las características inherentes a la formación de recursos humanos en gerenciamiento de servicios tendientes a una administración creativa y participativa.

3.2.5. Determinar si existe relación o asociación entre el "sistema administración participativo" y el nivel de creatividad e innovación en dicha institución de salud, y su direccionalidad, calculando para ello medidas de correlación.

4. Marco Teórico.

4.1. Las organizaciones de Servicios de Salud Mental desde el modelo sistémico-cognitivo.

Las organizaciones han sido pensadas de diferentes maneras, todas ellas respondiendo a un modelo de pensamiento, sea sociológico o psicológico, o sociopsicológico según Bleger⁽²⁶⁾.

⁽²⁶⁾ Bleger J. Psicohigiene y Psicología Institucional. 8a. edición. Buenos Aires: Paidós, 1994.

Lo cierto es que dentro de la sociología y de la psicología existen diferentes modelos teóricos que permiten realizar una lectura de la organización y su problemática, pero parten de conceptualizaciones diferentes acerca de la organización.

Ante este panorama, que permitió a Kuhn ⁽²⁷⁾ expresar que la psicología se encontraba en un estado de preciencia, dado la diversidad de paradigmas que presenta, quien escribe sostiene que a la hora de investigar el tema organizaciones como fenómenos sociocognitivos, la imagen de seguridad que tienen las ciencias sociales, particularmente la psicología, comienza a diluirse, y se advierte que los pilares teóricos no son tan firmes como se creía al comenzar a estudiar el tema, esta restricción o limitación que conduce a diversas dicotomías aún no resueltas y objeto de discusión en los círculos científicos y epistemológicos de nuestros días, entre esas dicotomías, el par de opuestos objetivo-subjetivo al que hace referencia Pierre Bourdieu⁽²⁸⁾; y al respecto uno de los tantos interrogantes a formular entonces es: ¿por qué algunos investigadores en el cuerpo teórico de sus trabajos no exponen sus ideas?, ¿tal vez responderá a un intento de despojarse de su subjetividad?, intento fallido en la opinión personal.

Tal como lo señala Maturana ⁽²⁹⁾ todos los que intentamos hacer investigación en ciencias sociales estamos "al filo de la navaja", entre lo subjetivo y lo objetivo, corriendo dos riesgos permanentemente, el de ser absolutamente subjetivo sacrificando lo objetivo y el de intentar ser totalmente objetivo sacrificando lo subjetivo.

En este trabajo se intenta integrar ambos opuestos, ya que el modelo sistémico-cognitivo entiende a los sujetos y organizaciones como sistemas donde circula la información,

⁽²⁷⁾ Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas, 2a. edición. México: Fondo de Cultura Económica, 1975.

⁽²⁸⁾ Bourdieu P. Chamboredon J. Passeron J. El oficio del sociólogo, 1a. edición. Buenos Aires: Siglo XXI, 1975.

⁽²⁹⁾ Maturana H, Varela J. El árbol del conocimiento, 1a. ed. Chile:Universitaria, 1990:15.

pero dicha información tal como lo señala Angel Rivière ⁽³⁰⁾ implica conocimiento, y los afectos también son una forma especial de conocimiento.

Ante estos riesgos, de los cuales ningún trabajo está exento, y dado que existen diversas teorías psicológicas sobre organizaciones es preciso encuadrar este trabajo de tesis en un modelo que permita efectuar una lectura de las variables "sistema administrativo participativo" y creatividad e innovación organizacional, como fenómenos sociocognitivos, es por ello que se piensa a la organización de servicios de salud mental desde el modelo sistémico-cognitivo, tomando como referentes a sus máximos expositores, Schlemenson ⁽³¹⁾ y Senge⁽³²⁾ La característica principal de la actualidad es la aceleración en el ritmo de variación de los rasgos fundamentales de la sociedad que constituimos y que construimos. La palabra clave en la concepción sistémico-cognitiva de las organizaciones es compartida por el modelo de gestión "planeamiento estratégico" según Hermida⁽³³⁾, esa palabra es el cambio.

Varios son los interrogantes que cobran la forma de problemas, entre ellos: ¿el aparato psíquico del sujeto sociocognitivo está preparado para cambiar o modificar tan velozmente como el mundo actual se lo exige sus creencias? , ¿será que también ha cambiado el "cambio"? , ¿se podrá hablar de un cambio del cambio?

Este último interrogante es el que permite sostener a Grinstein "...estamos ante un desafío mayor: el que significa enfrentarse al cambio de segundo orden: el cambio del cambio"⁽³⁴⁾, esta es la característica principal que les permite hablar a ambos de "organizaciones inteligentes", es decir organizaciones que aprenden a aprender en forma

⁽³⁰⁾ Rivière A. El sujeto de la Psicología Cognitiva, 1a. edición. Madrid: Alianza, 1990. Cap. 1.

⁽³¹⁾ Schlemenson A. La perspectiva ética en el análisis organizacional. 1a. edición. Buenos Aires: Paidós, 1992.

⁽³²⁾ Senge P. La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Panorama de Management y Gestión, 1993: 24-29.

⁽³³⁾ Hermida J. Serra R y Kastika E. Administración y Estrategia. 4a. edición. Buenos Aires: Macchi, 1995, p. 155.

⁽³⁴⁾ Grinstein C. Organizaciones Inteligentes. Alta Gerencia 1995; 2:35.

continúa, como estrategia de crecimiento y supervivencia, esto tiene su principal antecedente en la Teoría General de Sistemas de von Bertalanffy, y en las apreciaciones de Kast⁽³⁵⁾ y Katz⁽³⁶⁾, partiendo de las organizaciones definidas como sistemas abiertos.

Siendo ésta la postura compartida en este trabajo de investigación, resulta convergente con lo expuesto por Peter Drucker. "Desde ahora en adelante la clave es el conocimiento. El mundo se está volviendo no mano de obra intensivo, no material intensivo, no energía intensivo, sino conocimiento intensivo"⁽³⁷⁾.

Lo anterior deriva de un poder que radica en el conocimiento, siendo Bacon la primera figura célebre que lo enunció, actualmente Bonazzola⁽³⁸⁾ y Samaja⁽³⁹⁾ coinciden en definir a los sujetos como productores de conocimiento, en tanto éste es el bien máspreciado en la sociedad actual, ese tipo de producción permite calificarlos como "analistas simbólicos", cuyo poder radica en el conocimiento, a partir de su formación académica universitaria, y con acceso a todos los adelantos que la informática aporta.

En este punto es preciso un interrogante: ¿qué ocurre con aquellos sujetos que también son sujetos cognitivos, que tienen poder cognitivo, es decir potencial, capacidad de desarrollar conocimientos, pero no pueden acceder a una educación universitaria? Sin duda alguna, ese potencial se desaprovecha y ese sujeto cognitivo pasa a ser un ser marginado, en medio de una sociedad altamente tecnificada. Este es un problema que se encuentra relacionado con el marco teórico de este trabajo, pero cuyo análisis en profundidad escapa al objetivo general del mismo.

⁽³⁵⁾ Kast F y Rosenzweig J. Administración en las Organizaciones. Un enfoque de Sistemas, 6a. edición. Buenos Aires: McGrawHill, 1992.

⁽³⁶⁾ Katz D y Kahn R. Psicología social de las organizaciones, 2a. edición. México: Trillas, 1990.

⁽³⁷⁾ Drucker P. The organization for the future. Managing for the future 1992; 5:6.

⁽³⁸⁾ Bonazzola A. Comunicación personal sobre Modelos de Administración. Maestría en Gestión de Servicios de Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, abril de 1996.

⁽³⁹⁾ Samaja J. Comunicación personal en el marco de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, mayo de 1996.

No obstante, se hace referencia a esto a los fines de comprender que el poder cognitivo del que se habla aquí, no está profundizando la diferencia entre quienes tienen poder basado en el conocimiento y quienes no pueden acceder a él por factores sociales, políticos y económicos, sino que como más adelante se explicará el poder cognitivo es "...el proceso mental a través del cual se absorbe información, se analiza, se combina, se juzga, se razona, para sacar conclusiones y en función de ello, comprometerse en la acción"⁽⁴⁰⁾.

Desde la perspectiva cognitivista-sistémica sostenida por Schlemenson (1992) y Senge (1992), en esta tesis se concibe a la organización de servicios de salud mental como sistemas sociocognitivos que implica procesos cognitivos de procesamiento de información, produciéndose un aprendizaje continuo, producto de la interacción sujeto cognitivo-objeto cognitivo.

La definición de organización como sistema sociocognitivo tiene su antecedente en la exposición de Hall y Fayen "...un sistema es un conjunto de objetos y de relaciones entre los objetos y entre sus atributos"⁽⁴¹⁾, en el que según el comentario de Watzlawick y sus colaboradores "...los objetos son componentes o partes del sistema; los atributos son propiedades de los objetos, y las relaciones mantienen unido al sistema"⁽⁴²⁾.

Desde esta perspectiva, las organizaciones son sistemas abiertos, teniendo como característica principal la importación de energía, ya que toman información y otros insumos del medio ambiente, porque no son autosuficientes; el procesamiento de esa energía o información creando nuevos productos. Los sistemas abiertos se caracterizan por tomar más insumos o información del medio de lo que dejan salir o gastan, de modo que ese almacenamiento o reserva les permite sobrevivir a los cambios rápidos del medio ambiente.

⁽⁴⁰⁾ Schlemenson A. La perspectiva ética en el análisis organizacional, 1a. de. Buenos Aires:Paidós, 1992:137.

⁽⁴¹⁾ Hall A. Fagen R. General System Yearbook, 1a. edición, London: NC, 1956: 1.

⁽⁴²⁾ Watzlawick P. Change, 1a. de. Roma: Astrolabio, 1974: 117-118.

Así, el insumo principal es la información, mientras que la retroalimentación permite realizar cambios, corregir las desviaciones y poner nuevamente al sistema en su camino, en su curso. No obstante, se debe tener en cuenta que cada sistema u organización va a recibir cierta información, esto implica que en la recepción actúan procesos selectivos (de atención y reconocimiento) de aquellas señales para las que el sistema está preparado, existiendo mecanismos de codificación.

Además, estos sistemas abiertos se caracterizan porque para sobrevivir requieren cierta estabilidad, pero esto no significa que están estables o inmóviles siempre, sino que buscan una tendencia al equilibrio, equilibrio entre la información que ingresa y la preexistente y la que exporta o egresa al medio ambiente. Tienden hacia la diferenciación y expansión o crecimiento.

Una propiedad relevante es la equifinalidad, significa que a partir de las mismas condiciones iniciales, se puede alcanzar el mismo estado final, esto implica que cada organización buscará ante cada problema un camino que considere más apropiado para su solución, esto resulta convergente con los procesos heurísticos inherentes a los procesos creativos y de innovación. De esta manera, se entiende que el sistema es abierto con respecto al medio ambiente e internamente, con respecto a sí mismo, es decir que actúa como un todo.

Seguendo a Talcott Parsons, Kast⁽⁴³⁾, las organizaciones son sistemas, en tanto compuestos de niveles o subsistemas operativos, de coordinación y estratégicos.

a. Subsistema Operativo. Se considera aquel que busca la certidumbre y se ocupa de la racionalidad técnico-económica. En este nivel el sistema tiene menor apertura, la planeación es a corto plazo, los procesos más rutinarios y las técnicas más algorítmicas no dando demasiado lugar para la reflexión y pensamiento crítico-creativo.

⁽⁴³⁾ Kast F y Rosenzweig J. Administración en las Organizaciones. Un enfoque de Sistemas, 6a. edición. Buenos Aires: McGrawHill, 1992, p. 127.

b. Subsistema Estratégico. Es aquel que afronta el más alto grado de incertidumbre de la información proveniente del medio ambiente externo, teniendo poco control sobre la misma. Su actividad se concentra en el diseño e implementación de estrategias innovativas y adaptativas. Es una actividad propia de la dirección y del área control de gestión en los hospitales descentralizados.

c. Subsistema de Coordinación. Se encuentra operado entre los dos niveles anteriores, operativo y estratégico, sirviendo como intermediario entre ambos. Siendo la integración y coordinación la habilidad principal de todo director o gerente que pueda considerarse exitoso. Al respecto, el hospital es una organización donde trabajan diferentes sujetos cognitivos, esta mayor diferenciación se corresponde con una mayor diversidad en las especializaciones y actividades, situación que genera mayor dificultad para la coordinación de las tareas. Lo anterior es especialmente relevante al analizar organizaciones sanitarias, donde sólo existe una pequeña fracción de actividades de coordinación que pueden ser programadas con anticipación, y que precisamente son las que exigen mayor esfuerzo para la creatividad.

Dado que las organizaciones así definidas adquieren su sentido por el hecho de estar cargadas de connotaciones ontológicas para todos aquellos sujetos cognitivos que participan de ellas y que construyen a diario su existencia, por lo tanto, la organización es un objeto de estudio específico de las ciencias sociales que está cargado de valor y es político. De esta manera, si es político requiere e implica la toma de decisiones, donde el conocimiento es fundamental como "acontecimiento del mundo real, donde existe un sujeto y un objeto de conocimiento y donde el sujeto cognitivo se apropia representacionalmente del objeto"⁽⁴⁴⁾. La apropiación representacional significa que el sujeto cognitivo construye una imagen y le otorga un significado.

⁽⁴⁴⁾ Samaja JA. Comunicación personal. Maestría en Gestión de Servicios de Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mayo de 1996.

Así, el sujeto cognitivo en tanto organismo viviente con "poder cognitivo" es miembro de una "organización inteligente" y ésta es el objeto cognitivo, un espacio relacional.

Conviene destacar que todo conocimiento es una forma o manera de ver e interpretar un hecho según ciertos principios, ideas o creencias, observándose que todo conocimiento implica adaptación y construcción en términos de Piaget ⁽⁴⁵⁾, en esos procesos cognitivos existen dos funciones básicas, la de unir o separar. Así, por ejemplo, en una organización donde se pretende realizar un análisis institucional, y se observa la estructura organizacional, pero existe algún elemento que resulta incoherente con esa estructura, en realidad hay que buscar algo oculto, algo subyacente. En realidad puede ser un sujeto o un servicio que por su forma de pensar sea diferente a los demás, en efecto puede ocurrir que lea e interprete la realidad o los hechos de manera diferente, por lo tanto, como cada representación mental, conforma un conjunto más amplio llamado sistema de creencias ⁽⁴⁶⁾ cada bloque o cúmulo de información procesada por el sujeto o conjunto de sujetos cognitivos condiciona el comportamiento de los mismos, eso determina otro tipo diferente de protagonismo dentro de la organización, el cual puede generar resistencia en el resto del personal y fenómeno que se encuadra en las denominadas "minorías activas" según Mugny⁽⁴⁷⁾. Entonces, el problema es rescatar el pensamiento creativo de cada uno de los miembros de la institución para que no se pierda en los circuitos de un sistema administrativo burocratizado, el cual se destaca por su rigidez y resistencia al cambio, donde el predominio de las normas es excesivo, haciéndose entonces un mal uso de las mismas, ya que inhiben todo intento creativo o innovador.

Al respecto Schlemenson sostiene que "...evitar el análisis profundo de la organización es reducir la psicología a una tenue e inservible tecnocracia social"⁽⁴⁸⁾.

⁽⁴⁵⁾ Piaget J. La equilibración de las estructuras cognoscitivas, 1a. edición. Madrid: Siglo XXI, 1980.

⁽⁴⁶⁾ Norman D. Perspectivas de la ciencia cognitiva. 2a. edición. Buenos Aires: Paidós, 1990. Cap. 1.

⁽⁴⁷⁾ Mugny G. El poder de las minorías. En Psicología Social. Modelos de Interacción. 1a. edición. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1992:107-134.

⁽⁴⁸⁾ Schlemenson A. La perspectiva ética en el análisis organizacional, 1a. edición. Buenos Aires: Paidós, 1992:129.

Ahora bien, el problema es definir qué es lo profundo en el análisis organizacional, porque muchas veces el término se ha ligado al psicoanálisis y más precisamente se habló de una psicología de lo profundo cuando se hacía referencia a Sigmund Freud. Sin embargo, los análisis sistémico-cognitivos también tienen su profundidad, y hacen referencia con ello a las representaciones cognitivas que condicionan cada comportamiento, esto resulta fundamental cuando se parte de definiciones de etapas del proceso administrativo como la planificación en el sentido de Róvere "Planificar es pensar antes de actuar"⁽⁴⁹⁾, especialmente cuando se entiende que la toma de decisiones es parte de la planificación y en ella ocupa un lugar notable la creatividad e innovación, tema que se desarrollará en las páginas siguientes con mayor profundidad.

Tomando el modelo sistémico-cognitivo, las organizaciones no deben verse como conjuntos aislados, sino en un medio mayor que las contiene y que se denomina macrocontexto, mientras que las organizaciones se definen como microcontexto, esto implica que las mismas.

Senge ⁽⁵⁰⁾ sostiene que desde el pensamiento sistémico se trata de ver las estructuras que subyacen a las situaciones complejas y de esta forma poder discernir cambios necesarios para la organización. En este trabajo se comparte el pensamiento de Peter Senge cuando enuncia "La esencia de la disciplina de pensamiento sistémico radica en un cambio de enfoque: ver las interrelaciones en vez de las concatenaciones lineales de causa-efecto y ver procesos de cambio en vez de instantáneas".

De acuerdo a lo expuesto, se intenta denunciar y renunciar a los "ismos", entendiendo por ellos los reduccionismos que tanto han afectado a las ciencias sociales, y que según autores como Bachelard ⁽⁵¹⁾ en gran parte son culpables del atraso que éstas han evidenciado; aquí

⁽⁴⁹⁾ Róvere M. Comunicación personal. Maestría en Gestión de Servicios de Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Setiembre de 1996.

⁽⁵⁰⁾ Senge P. La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Panorama de Management y Gestión 1993:62.

⁽⁵¹⁾ Bachelard G. La formación del espíritu científico. 3a. edición. Buenos Aires: Siglo XXI, 1993.

entonces nuevamente se presenta un problema: ¿atraso con referencia a qué? Generalmente el patrón de comparación son las mal llamadas ciencias duras, que autores como Delbrück ⁽⁵²⁾ que a pesar de ser físico y hacer epistemología de la física, entiende que ni las ciencias duras son tan duras, ni las ciencias blandas son tan blandas, entonces conviene hacerse un planteo del siguiente tipo: si los objetos de estudio son diferentes, los métodos deberían ser apropiados al objeto de estudio, si las ciencias sociales son diferentes a las ciencias exactas, entonces ¿es válido hablar de retraso de las sociales respecto de las exactas?

De esta manera, las organizaciones al ser sistemas sociocognitivos en tanto microcontextos incluidos en el macrocontexto que las atraviesa o afecta, requieren ser vistas desde modelos de pensamiento que amplifiquen su visión según principios que permitan leer e interpretar su funcionamiento otorgándole significado en el contexto político y socioeconómico del período, en el que se encuentran insertas.

En este trabajo se parte de la idea acerca de que la comprensión de la organización como sistema sociocognitivo implica primero definir si se está frente a una organización, cuáles son sus límites, qué individuos se van a estudiar y qué segmentos de su conducta se van a incluir y cómo construye y circula la información, enfatizando en la memoria cognitiva de la organización, que conduce al sistema de creencias que determinan la conducta.

Se entiende entonces que esta memoria cognitiva reviste importancia para el aprendizaje, ya que éste se construye sobre el conocimiento y la experiencia pasada, por lo tanto se debe dejar claro que la memoria responde a mecanismos institucionales, dado que cada sujeto cognitivo fija sus creencias, por lo tanto, existen experiencias compartidos con procesos de fijación de creencias también compartidas que pueden obviamente diferir en el tipo de significado que cada uno les otorgue, pero dejando claro que la memoria cognitiva institucional no obedece sólo a procesos individuales, sino cada sujeto al irse de la institución se

⁽⁵²⁾ Delbrück M. *Mente y materia. Ensayo de Epistemología Evolutiva*. Madrid: Alianza, 1989.

llevaría una parte de esa memoria que nunca regresaría. Algunos autores desde otro modelo⁽⁵³⁾ como el psicodinámico aplicado en organizaciones en relación a figuras directivas que han pasado por la institución hablan de mitos, en función de la figura paterna o materna, como figura de autoridad y todos los pares amor-odio que estas figuras representan, entendiendo a ciertas situaciones conflictivas como ambivalentes, pero que figuran en el imaginario de la institución, haciendo referencia a procesos inconscientes principalmente.

En efecto no son cosas diferentes lo que sostienen los seguidores del modelo psicodinámico y los del modelo sistémico-cognitivo cuando se analizan las organizaciones, ya que éstos últimos prefieren hablar de creencias, en tanto representaciones cognitivas elaboradas mediante procesos centrales es decir complejos, como el aprendizaje de segundo orden, la creatividad, la resolución de problemas, herramientas éstas que permiten la adaptación de la organización y la creación, así en este trabajo de investigación se comparte el pensamiento de los autores cognitivo-sistémicos.

Lo anterior permite analizar la situación de las organizaciones en los siguientes niveles: el manifiesto (que hace referencia a lo dicho y gesticulado); el deseado (todas aquellas necesidades que remiten al deseo o expectativas); el presunto (que es lo que los sujetos cognitivos de la organización suponen acerca de los procesos de información que en ella se dan) y el real (la realidad tal como se dá en ese microcontexto en interrelación permanente con el macrocontexto). Por ejemplo, son numerosos los casos, en los que se advierten disonancias cognitivas entre lo que dice un sujeto y los gestos que emite por canales extralingüísticos, siendo éste un indicador importante para el diagnóstico organizacional del sistema sociocognitivo.

Ante ello se entiende que las organizaciones como sistemas sociocognitivos tienen un resultado, un producto o consecuencia que no necesariamente es idéntico a los propósitos

⁽⁵³⁾ Butelman I. Psicopedagogía Institucional, 1a. ed. Buenos Aires:Paidós, 1991:168-171.

individuales de los integrantes del grupo, observándose en ese caso disonancias cognitivas, esto significa diferencias e incoherencias entre la acción o comportamiento del sujeto cognitivo y lo que realmente piensa, entre el saber-hacer y el saber-pensar, lo que origina el conflicto cognitivo y el malestar consecuente del mismo, siendo éste es otro punto clave para el análisis organizacional desde el enfoque sistémico-cognitivo.

Las organizaciones son sistemas abiertos, ya que existen transacciones entre la organización y el ambiente, en términos de energía, este es uno de los supuestos básicos de la teoría de sistemas de Von Bertalanffy⁽⁵⁴⁾. Se puede apreciar entonces, que el pensamiento sistémico se orienta básicamente a las relaciones de estructura e interdependencia y no a los atributos o características constantes de los objetos.

Estos sistemas abiertos no se agotan, porque toman energía del medio circundante, de otras instituciones, de la gente, ya que ninguna organización, ni estructura social es autosuficiente. Esa energía se transforma y permite crear nuevos productos, lo que implica una reorganización, por ejemplo mediante el entrenamiento del personal, esto implica una organización que trabaja en función del aprendizaje, tomando el poder cognitivo de su gente para convertirlo en una inversión para la organización.

Esos insumos energéticos son información que permite alcanzar un "aprendizaje de segundo orden"⁽⁵⁵⁾, este tipo de aprendizaje es permanente y propio de las "organizaciones inteligentes". En estas organizaciones existen dos tipos de aprendizaje, uno de ellos se llama "aprendizaje de primer orden" definido como un proceso cognitivo por el cual el error es detectado y luego corregido, pero las estructuras fundamentales de la organización no se ven modificadas en este proceso de corrección; y el otro tipo es el denominado "aprendizaje de segundo orden", que es un proceso cognitivo donde se buscan investigar las causas que dieron

(54) Von Bertalanffy L. Teoría General de los Sistemas, 3a. de. México:Fondo de Cultura Económica, 1976.

(55) Senge P. La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Panorama de Management y Gestión 1993: 24-29.

lugar a los errores, siendo el centro de atención las estructuras sociocognitivas que determinaron los patrones de conducta, este tipo de aprendizaje permite no sólo corregir los errores como el aprendizaje de primer orden, sino corregir las causas que dieron origen a los mismos. Se observa entonces, que el aprendizaje de segundo orden implica recurrencia y no repetición. Estas concepciones del aprendizaje conducen a autores cognitivistas- sistémicos como Selvini-Palazzoli ⁽⁵⁶⁾ a hablar de dos clases de cambios posibles en una organización, el "cambio tipo 1" y "cambio tipo 2". El primero hace referencia la puesta en práctica de operaciones que determinan desplazamientos en las relaciones en el interior del sistema, en variaciones que no difieren del esquema de funcionamiento preconstituido (antes del cambio), sería "más de lo mismo", para seguir estando igual volviendo al equilibrio perdido y quedando en el mismo nivel de crecimiento. Mientras que el cambio tipo 2 alude a modificaciones en toda la organización del sistema, en las estructuras de modo que el cambio se opere realmente modificando lo preestablecido, terminando con los círculos viciosos generados en el otro tipo de cambio, éste entonces es un "cambio para cambiar".

De acuerdo a lo expuesto, se puede emitir la siguiente reflexión sintetizadora de la perspectiva sistémico-cognitivo, esto es, que el "aprendizaje de primer orden" es a la homeostasis y al "cambio tipo 1", como el "aprendizaje de segundo orden" es a la homeorresis y al "cambio tipo 2". No obstante, se debe destacar que ambos son necesarios para la supervivencia de las organizaciones, pero es fundamental que predomine el "aprendizaje de segundo orden", porque es el que otorga lugar a la creatividad e innovación organizacional, como proceso de construcción de soluciones creativas a problemas planteados o suscitados en la institución. Esta modalidad de aprendizaje admite un revisión crítica constante de los diferentes comportamientos y decisiones tomadas en la organización, lo que constituye la alternativa de reflexionar sobre el proceso de aprendizaje mismo.

⁽⁵⁶⁾ Selvini-Palazzoli M. El mago sin magia, 1a. ed. Buenos Aires: Paidós, 1990: 60.

Esta última apreciación se corresponde con el aprender a aprender, la organización no sólo aprende, sino que debe aprender cómo se aprende, es decir el proceso de construcción de ese conocimiento.

Lo expuesto posibilita diferenciar esta concepción de los marcos conceptuales conductistas, donde el sujeto era una simple "tábula rasa"⁽⁵⁷⁾ que tomaba estímulos producto de su exposición a los mismos y emitía respuestas, basándose en un modelo simplista del arco reflejo, por el contrario aquí los estímulos no determinan la conducta, porque existe una estructura, una estructura o sistema cognitivo que condiciona el comportamiento. Es precisamente esa estructura la que determina qué cosa es un estímulo y que cosa no lo es, porque todos los sujetos cognitivos, presentamos filtros selectores de estímulos, que en la teoría de Fodor se denominan transductores y sistemas de entrada⁽⁵⁸⁾.

Por lo tanto, mientras exista aprendizaje de segundo orden las estructuras de la organización se modificarán y habrá conservación e innovación de la organización, característica ésta propia de las "organizaciones inteligentes", que desarrollan la capacidad de aprender a aprender como relación interna fundamental, es decir aquella en la que el aprendizaje de segundo orden es el elemento clave de su organización y por ende, debe estar presente en toda su estructura o niveles jerárquicos.

Lo indicado permite reflexionar acerca del círculo cognitivo del que es parte toda organización inteligente de acuerdo a este modelo de pensamiento, las organizaciones tienen capacidad de autorreflexión, esto significa que existe una integración entre el aprendizaje de primer orden y el de segundo orden, pero dicha circularidad cognitiva es espiralada, ya que el aprendizaje es un proceso de recurrencia continua. Esa recurrencia significa que cada paso o adelanto está basado en el resultado de un paso anterior, es decir el aprendizaje se inicia en un

⁽⁵⁷⁾ Swenson L. Teorías del Aprendizaje. Perspectivas tradicionales y desarrollos contemporáneos, 1a. ed. Buenos Aires: Paidós, 1988:27-34.

⁽⁵⁸⁾ Fodor J. La modularidad de la mente, 1a. edición. Madrid: Morata, 1991: 37-59.

nivel de análisis y cada experiencia es observada, analizada, aprendida, tomando como base el resultado de la experiencia anterior. Este proceso de aprendizaje así concebido, permite entonces, que la organización como sistema sociocognitivo se vaya modificando a lo largo del proceso, donde cada etapa es a la vez resultado del aprendizaje anterior y punto de partida para un nuevo aprendizaje, porque el proceso de aprendizaje en las "organizaciones inteligentes o requeridas" no es repetición sino recurrencia. Esto se justifica en que la repetición implica sucesivas transformaciones que son aplicadas siempre sobre la misma base, es decir sobre el mismo sistema original, mientras que un aprendizaje como proceso recurrente significa que aplica sucesivas transformaciones pero sobre bases que paulatinamente a lo largo del proceso se han ido elaborando a partir de ese sistema original, pero no directamente sobre el mismo. Esto último permite entender por qué el proceso de aprendizaje de la organización inteligente es mejor representado por un espiral y no por un círculo.

Ese aprendizaje se define como un aprendizaje permanente, basado en la comprensión de los problemas administrativos, esa comprensión se nutre de una visión total del sistema y no una visión fragmentada, error en el que suelen verse atrapados algunos gerentes que como resolvers de problemas optan por dividir el problema en dos o más partes, sacrificando las interacciones entre las mismas y el trabajo de análisis y síntesis, pasos fundamentales para arribar a una solución correctamente procesada y con posibilidades mayores de ser eficaz y efectiva.

Desde el pensamiento sistémico-cognitivo, se entiende que la simplicidad subyace a la complejidad de los problemas administrativos, por lo tanto la clave para enfrentar dichos problemas es el aprendizaje. Dicho aprendizaje implica buscar el punto donde las acciones y las modificaciones de las estructuras permitan alcanzar mejoras para la organización, mejoras que resulten significativas y duraderas.

Un interrogante que surge a partir de la lectura de la realidad organizacional mediante este modelo teórico es el siguiente ¿la organización inteligente es un estado final?, de ser así, sería una postura dogmática, hasta ciertamente doctrinaria, basada en un modelo de organización absoluta. Sin embargo, Senge ⁽⁵⁹⁾ expresa que la organización inteligente es un estado ideal que no puede ser alcanzado totalmente, sino que solamente es posible aproximarse a él.

Al reflexionar sobre el punto expuesto precedentemente, en lo personal se entiende que es factible de ser explicado porque desde el concepto de organización inteligente ésta es concebida como un sistema sociocognitivo móvil, dinámico, en constante evolución y crecimiento, siendo su característica fundamental el aprender a aprender, que constituye un proceso continuo de preguntas acerca del statu quo. Este proceso de aprender a aprender coloca a la organización en el camino de convertirse en inteligente, de esta manera lo importante no es el punto final o estado ideal, sino que la importancia radica en estar en el camino, interesa el proceso inacabable del aprendizaje y cómo se participa de él.

La organización inteligente procede buscando intercambios constantes entre los sujetos cognitivos que la componen para hallar soluciones comunes y compartidas, pero este proceso de aprendizaje se basa en lo que Schlemenson llama "poder cognitivo", el poder cognitivo, tal como se mencionaba en párrafos precedentes, es concebido por el autor como "... un proceso mental a través del cual se absorbe información, se analiza, se combina, se juzga, se razona, para sacar conclusiones y, en función de ello, comprometerse en la acción"⁽⁶⁰⁾.

En otras palabras, el poder cognitivo hace referencia a la capacidad del sujeto cognitivo para resolver problemas en un marco social o laboral, esta capacidad se evidencia principalmente al igual que la creatividad e innovación en la etapa de planificación,

⁽⁵⁹⁾ Senge P. La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Panorama de Management y Gestión 1993: 27.

⁽⁶⁰⁾ Schlemenson A. La perspectiva ética en el análisis organizacional, 1a. edición Buenos Aires: Paidós, 1992:137-145.

especialmente en la toma de decisiones. De esta manera, se entiende que la capacidad de trabajo en planificación y toma de decisiones es reflejo del poder cognitivo individual.

Siguiendo esta línea de pensamiento puede reflexionarse entonces que la mayor capacidad de trabajo implica la máxima complejidad de información que alguien puede procesar y manejar en función de un objetivo propuesto. Pero ese objetivo propuesto implica además, valores específicos, conocimientos, habilidades, saber y temperamento o personalidad, es decir al sujeto cognitivo en forma integral.

En este punto, es preciso un paréntesis para una discusión, Jaques⁽⁶¹⁾ un autor cognitivista enuncia la idea de que todo individuo es capaz de hacer crecer su rol en lo social "hasta" alcanzar los límites de su propia capacidad, se destaca el "hasta", porque puede conducir a errores que marcan al menos dos cuestiones graves. La primera de ellas es de índole metodológica, ya que en el marco del enfoque cognitivo-sistémico, una característica fundamental de las organizaciones es el aprendizaje, por lo tanto, la expresión "hasta" sería incoherente con el modelo. Este "hasta" daría cuenta de la existencia de algo así como un núcleo fijo innato con el que el sujeto nace, postura que en parte compartiría con Piaget y Chomsky⁽⁶²⁾, pero a diferencia de ambos, aquí no está contemplado el aprendizaje posterior, es decir no habría una integración entre algo dado o innato y lo adquirido o aprendido, el hombre como sujeto cognitivo estaría condenado a un determinismo indeclinable.

En una postura empirista, totalmente diferente se encuentra Herbert Simon, fundador de las Ciencias Cognitivas y quien desarrolla la Teoría de las Decisiones ampliamente utilizada en Administración enuncia: "Las aptitudes que emplean las actividades de inteligencia, diseño y elección son tan susceptibles de aprendizaje y preparación como las que intervienen en el "drive", la recuperación y el "putting" de una pelota de golf⁽⁶³⁾. En el enfoque cognitivo-

⁽⁶¹⁾ Jaques E. Requisite Organization. The CEO'S Guide to Creative Structure and Leadership, Washington: Casson Hall and Co. Publishers, 1989.

⁽⁶²⁾ Piaget J. Biología y conocimiento, 1a. ed. Madrid: Siglo XXI, 1969.

⁽⁶³⁾ Simon H. El comportamiento administrativo, 2a. ed. Buenos Aires: Aguilar, 1984:40.

sistémico aquí considerado, se comparte la postura de Piaget, existe una parte dada y una gran parte adquirida, que hacen posible la construcción humana a través del aprendizaje .

La segunda consecuencia, no menos grave sería la marginación laboral y discriminación a la que ésta afirmación puede conducir, en la medida que podrían existir "mentes" que podrían pensar y lo que es peor aún, implementar, ciertas formas de selección de personal basadas en la medición de las capacidades intelectuales exclusivamente, pudiendo llegar al extremo de la postura funcionalista de Gall, donde se medían los cráneos y según los rasgos de la cara se consideraba normal o no, apto o no, y todas esas "reparticiones binarias"⁽⁶⁴⁾ que fundadas en ciertas mediciones que aspiran a la objetividad absoluta, tanto daño hicieron a la ciencia y a la humanidad.

Por lo tanto, el poder cognitivo no equivale a inteligencia, sino que incluye aspectos cognitivos y afectivos, en tanto capacidad de trabajo y dado que el hombre es objetivo y subjetivo al mismo tiempo, siendo el afecto una forma especial de conocimiento que circula por el sistema cognitivo individual y por el sistema sociocognitivo en tanto organización. ¿Ese poder cognitivo requiere estrategias de resolución de problemas o tipos de razonamiento especiales?

El interrogante anterior encuentra respuesta provisoria, dado que varias son las líneas de investigaciones a nivel internacional sobre el tema, en las siguientes apreciaciones según Samaja⁽⁶⁵⁾ quien toma a Herbert Simon y sus aportes de la Teoría de las decisiones, el hombre es un resolvidor de problemas, y la única forma de resolver un problema o construir lo complejo es remitiéndose a los niveles inferiores, en un proceso constante de ascenso de lo simple a lo complejo. Por ello es preciso referenciar que existen diferentes estrategias

⁽⁶⁴⁾ Kamisky G. Dispositivos institucionales, 1a. de. Buenos Aires:Lugar, 1994:152.

⁽⁶⁵⁾ Samaja J. Comunicación personal en el Módulo Metodología 1, Maestría en Gestión de Servicios e Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

cognitivas de resolución de problemas, según Perkins ⁽⁶⁶⁾ y Mayer ⁽⁶⁷⁾ quienes toman el modelo de Simon y Newell acerca del procesamiento de la información y a partir de él desarrollan una investigación sobre los tres tipos de procedimientos cognitivos básicos de resolución, al azar o ensayo y error, subir la cuesta y análisis medios-fines, enuncian que esta última estrategia consiste en definir al problema como un objetivo, y sus partes en subobjetivos entrelazados para llegar al estado final o solución del problema, el pasaje del sujeto cognitivo por cada uno de esos subobjetivos, permite organizar el pensamiento de las partes más simples hacia lo más complejo, evitando los riesgos del azar y la ansiedad que generan las otras dos estrategias. En todo proceso de aprendizaje existen razonamientos básicos son la inducción, deducción, abducción y las analogías, éstas últimas al igual que la combinatoria y las consecuencias no unívocas o implicaciones, son fundamentales para el desarrollo de soluciones creativas a los problemas planteados. Las estrategias cognitivas mencionadas implican diferencias en cuanto a la jerarquía ejecutiva, siendo más sencillas y más proclives a errores las de ensayo y error o al azar que las de análisis medios fines.

Lo anterior permite una apreciación retomando el principio de Laurence J. Peter y Raymond Hall, conocido como el "Principio de Peter", en el que se afirma que "...existe la tendencia a ascender a los gerentes hasta el nivel de su incompetencia"⁽⁶⁸⁾, con lo cual desde la óptica de quien escribe se puede decir que la designación de los gerentes de las organizaciones concebidas como organizaciones inteligentes, no debe efectuarse por la antigüedad que lleva ese sujeto cognitivo en la empresa, sino por el poder cognitivo y el estilo cognitivo del candidato a gerente. También podría pensarse que sólo accederían aquellos que

⁽⁶⁶⁾ Perkins D. Las obras de la mente, 1a. edición. México: Fondo de Cultura Económica, 1988, Cap. 3.

⁽⁶⁷⁾ Mayer R. Cognitive views of creativity: creative teaching for creative learning. Contemporary Educational Psychology 1989; 14:203-211.

⁽⁶⁸⁾ Koontz H, Wehrich H. Administración. Una perspectiva global, 10a. ed. México: McGrawHill, 1995: 379-80.

tienen "poder cognitivo", pero este pensamiento sólo correspondería si se interpretara al poder cognitivo como un potencial innato que sólo tienen algunos sujetos. Sin embargo tal como recientemente se explicó, no es así, ese potencial está presente en todos, en parte por lo innato en parte por lo aprendido, teniendo en cuenta que la mente es un conjunto de "múltiples inteligencias", según Gardner ⁽⁶⁹⁾ habrá sujetos con mayor capacidad para la lógica, otros para la música, otros para las relaciones interpersonales y de la mejor y mayor integración entre ambas capacidades surgirá la creatividad, dado que dichas inteligencias son capacidades relativamente independientes, pero *no absolutamente* autónomas. Es decir, el problema es seleccionar el sujeto cognitivo más apropiado para cada puesto, según el poder cognitivo y el estilo cognitivo.

En primer término, el poder cognitivo según Schlemenson (1992) presenta siete niveles que es preciso describir brevemente, a saber:

♦ *Complejidad de primer orden, nivel perceptual concreto.* El sujeto maneja la información con reglas preestablecidas, presenta un enfoque simplista de los problemas y requiere que el objeto de trabajo se encuentre concreta y físicamente al alcance de la mano.

♦ *Complejidad de segundo orden, es el nivel del manejo de la ambigüedad.* Los sujetos actúan en un marco estipulado de reglas, cada problema se considera como una entidad separada que luego se integra en una unidad mayor con mayor ambigüedad y complejidad. Manejan diferentes problemas al mismo tiempo, determinan prioridades, trabajan con datos provenientes de la observación.

♦ *Complejidad de tercer orden,* el sujeto extrapola tendencias, diseña caminos alternativos hacia una meta, los cuales son ordenados según un árbol lógico con puntos de decisión.

⁽⁶⁹⁾ Gardner H. La mente no escolarizada, 1a. edición. Buenos Aires: Paidós-Educador, 1994.

♦ *Complejidad de cuarto orden*, el sujeto como resolvidor de problemas se basa en principios generales como forma de resolución y los aplica.

♦ *Complejidad de quinto orden*, el sujeto cognitivo procede mediante una definición parcial del propio campo de operaciones, se revée el sistema en su contexto y los indicadores de necesidades.

♦ *Complejidad de sexto orden*, se basa en la acumulación del diagnóstico global, a nivel del macrocontexto, por ejemplo si existe un bombardeo de eventos políticos, económicos, tecnológicos e intelectuales provenientes del ámbito mundial, y cómo afectan al microcontexto, (organización como sistema sociocognitivo).

♦ *Complejidad de séptimo orden*, el agente resolvidor de problemas crea entes organizativos, se basa en la cultura y valores como pilares o bases fundamentales para el desarrollo de la organización, ésto le permite elaborar un juicio acerca del problema y luego tomar la decisión.

Una vía posible de interpretación es la que se ampara en los desarrollos de la ciencia cognitiva y sus aportes a la administración, en el tema estilos cognitivos. Lo anterior significa que cada sujeto dentro de la organización buscará ocupar un lugar coherente con su poder cognitivo, así un sujeto creativo buscará situaciones organizacionales consonantes con sus potencialidades. De este modo el primer interrogante es: ¿todas las organizaciones ofrecen un lugar al sujeto creativo?, un segundo interrogante será: ¿la estructura organizacional determina el estilo cognitivo del gerente y/o subordinado?, un tercer interrogante: ¿todas las organizaciones ubican al sujeto creativo e innovador fuera como marginado o como sujeto central?

No pocos son los trabajos teóricos desarrollados sobre el tema, sin embargo todos toman el tema estilos de cognitivos y liderazgo como eje central, o bien toman a la familia como objeto de estudio. Sin embargo, como la familia también es un sistema sociocognitivo

que funciona en forma similar a una organización de servicios de salud, en tanto existen jefes y subordinados, conflictos, circulación de la información, el estudio del estilo cognitivo y su relación con el microcontexto puede ser considerado un aporte interesante para este trabajo de tesis. Siguiendo a Witkin⁽⁷⁰⁾ y Tinarejo⁽⁷¹⁾ entre otros, coinciden en que los estilos cognitivos son formas o maneras de manejar la información, siendo consistentes y relativamente estables, los cuales son exhibidos por los sujetos en sus actividades de resolución de problemas. Así, existen dos tipos de estilos cognitivos, ellos son la dependencia de campo y la independencia de campo. La primera hace referencia a aquella forma de procesar la información de manera rígida, automática, algorítmica, en la medida que el sujeto se basa en principios, reglas y normas; predomina la fijeza funcional⁽⁷²⁾. Mientras que el estilo cognitivo independiente de campo es una forma de procesamiento de la información que facilita nuevas maneras de ver el problema, la generación de caminos alternativos de solución, es decir amparados en la heurística, flexibilidad y elaboración mental. Así, diferentes estudios realizados por Tinarejo⁽⁷³⁾ sobre la relación entre el tipo de familia y el estilo cognitivo del sujeto, han descrito que existe asociación entre las familias rígidas y autoritarias y el estilo dependiente de campo y entre las familias flexibles y participativas y el estilo independiente de campo, lo que no permite hablar de causalidad, pero sí de asociación.

Lo anterior reviste gran importancia, la cual radica en que cada directivo o gerente presenta un estilo cognitivo que prolonga en el estilo de dirección y éste determina, en la medida que lo compone, según Likert⁽⁷⁴⁾ el sistema administrativo con su clima y cultura

(70) Witkin H. y Goodenough D. Estilos cognitivos: naturaleza y orígenes, 1a. edición. Madrid: Pirámide, 1985.

(71) Tinarejo C. y Páramo M. Dependencia-Independencia de campo: ¿nivel de desarrollo o estilo cognitivo?. Revista Infancia y Aprendizaje, 1995; 75: 97-106.

(72) Koontz H, Weihrich H. Administración. Una perspectiva global, 10a. de. México: McGrawHill, 1995: 333-36.

(73) Tinarejo C. y Páramo M. Op. cit. p.99.

(74) Likert R. Un nuevo modelo de gestión y dirección, 1a. edición. Bilbao: Deusto, 1969.

organizacional propia, siendo ésto un punto de análisis fundamental en el diagnóstico organizacional ⁽⁷⁵⁾.

Desde la óptica de quien escribe se piensa que aquellas organizaciones rígidas, autoritarias inhiben el pensamiento creativo en resolución de problemas, mientras que aquellas organizaciones flexibles, con alta participación y lugar para la creatividad facilitan el pensamiento creador.

Por lo tanto, el problema del que se parte es: ¿Cuál es la relación entre el "sistema administrativo participativo" y el nivel de creatividad e innovación organizacional según el personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli (período 11-96 al 03-97)?

En función del problema expuesto, la hipótesis de trabajo es: El Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli presenta un sistema administrativo con alta participación del personal que se corresponde con alto nivel de creatividad e innovación organizacional.

Las variables a conceptualizar son: "sistema administrativo participativo" y creatividad e innovación organizacional.

4.1.1. Sistemas Administrativos.

Dado que existen diferentes concepciones acerca de la administración y según Hermida ⁽⁷⁶⁾ la administración carece de un sustento científico, de una plataforma epistemológica y metodológica que se le otorgue, el punto de vista del autor que se comparte en esta tesis, definiendo a la Administración como ciencia y técnica en constante retroalimentación ⁽⁷⁷⁾.

⁽⁷⁵⁾ Koontz H, Wehrich H. Administración. Una perspectiva global, 10a. de. México: McGrawHill, 1995: p. 333-36.

⁽⁷⁶⁾ Hermida J. Serra R. y Kastika E. Administración y Estrategia, 4a. edición. Buenos Aires: Macchi, 1995: 14.

⁽⁷⁷⁾ Véase Anexo 1. Definición de Administración y fundamentos epistemológicos. Diferencias con Dirección y Gestión.

4.1.1.1. Definición Conceptual de la variable Sistema Administrativo.

Likert ⁽⁷⁸⁾ desarrolla un enfoque sobre administración de recursos humanos que denomina sistemas administrativos y factor humano en la empresa, a lo largo de su obra indistintamente utiliza las denominaciones sistemas administrativos, de gestión, directivos, gestores, de organización, de dirección y de interacción e influencia de una institución.

En esta investigación tomando el enfoque mencionado de Rensis Likert la variable *sistema administrativo* se define conceptualmente como:

Conjunto de procesos relacionados entre sí e interdependientes, que se encuentran determinados por la naturaleza de la teoría organizativa utilizada y por las fuerzas motivadoras dominantes de la organización de servicios de salud, dependiendo su eficiencia de la coordinación de las capacidades, recursos y habilidades de los sujetos que integran la organización y de la relación que establezca entre la organización y su medio ambiente que le permita tomar insumos del medio y transformarlos en productos hacia y para ese medio. Incluye los estilos de dirección y éstos se componen de variables organizacionales y principios de liderazgo. Las variables organizacionales son motivación, comunicación, interacción, toma de decisiones, fijación de objetivos, actuación y entrenamiento.

Sistema Administrativo Participativo

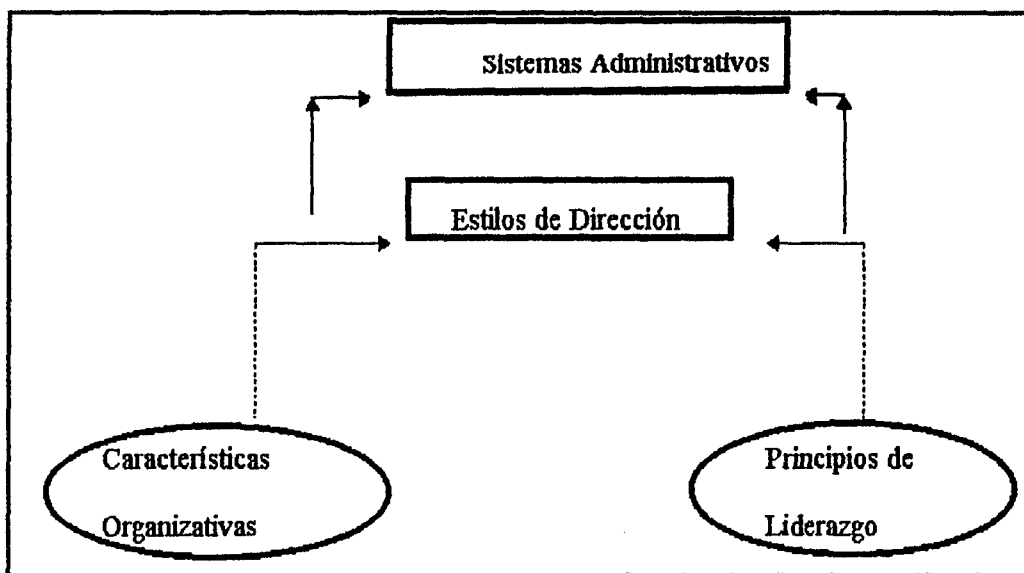
Tipo de sistema administrativo basado en la participación de los sujetos de la organización en la toma de decisiones, donde se trabaja en equipo. El director presenta límites y pide al grupo que colabore en la toma de decisiones y resolución de problemas inherentes a la organización.

Según las variables organizacionales en el sistema administrativo participativo la motivación se relaciona con el proceso grupal predominando la cooperación y el cumplimiento

⁽⁷⁸⁾ Likert R. Un nuevo método de gestión y dirección, 1a. edición. Bilbao: Deusto, 1969.

de los objetivos de la Organización, los cuales son compartidos por el personal que la compone. La comunicación es multidireccional existiendo un espacio para la discusión. La interacción es amistosa y basada en la confianza. La toma de decisiones y la fijación de los objetivos es un proceso integrado en el que colaboran los diferentes miembros de la organización. Los procesos de control son preocupaciones compartidas por toda la organización, realizándose mediciones completas y precisas. El entrenamiento del personal es sugerido y facilitado por la propia organización. La actuación es excelente, con escaso ausentismo y reducidas pérdidas.

Cuadro I. Sistemas Administrativos. Definición y componentes.



Con respecto a este punto es preciso definir claramente el concepto de liderazgo, en tanto componente fundamental del sistema administrativo y más precisamente del estilo de dirección, ya que desde la perspectiva de algunos teóricos de la administración como Koontz, el liderazgo es "el arte o proceso de influir sobre las personas para que se esfuercen voluntaria y entusiastamente para lograr las metas del grupo"⁽⁷⁹⁾, pero este autor no especifica en función

⁽⁷⁹⁾ Koontz H, Weihrich H. Administración. Una perspectiva global, 10a. de. México: McGrawHill, 1995: 379.

de qué es que influye, o en qué se basa dicha influencia. Sin embargo, desde la postura de Schlemenson ⁽⁸⁰⁾ compartida en esta tesis, el liderazgo se entiende como “una forma particular de influencia en la cual una de las personas comprometidas, el líder, influye sobre la o las otras, es decir sobre sus seguidores que acepten moverse en la dirección establecida por el líder”, explicando que la conducción y el liderazgo tienen como sustento el *poder cognitivo*, constituyendo así las bases de toda actividad organizacional al proveer un marco continente y una orientación o guía para los procesos cognitivos y sociales que en la organización se producen.

De lo anteriormente expuesto se deriva en una nueva apreciación personal, que el líder será reconocido como tal cuando las posiciones de autoridad coincidan con el poder cognitivo requerido para ocupar esas posiciones, la respuesta de los empleados o subordinados será la aceptación de tal autoridad. Lo precedente también se relaciona con los estilos cognitivos descritos por Witkin, a los que se hizo referencia en páginas precedentes, ya que aquellos líderes con un estilo cognitivo independiente presentan una mayor flexibilidad y fluidez ideacional a nivel del procesamiento de la información que hace posible la participación de los subordinados en las decisiones de la organización.

El otro componente de los sistemas administrativos son las variables organizativas, ellas son “variables o aspectos que permiten una visión comparativa de las organizaciones y componen cada uno de los sistemas administrativos a lo largo de un continuo”⁽⁸¹⁾. Esas variables organizativas son:

⁽⁸⁰⁾ Schlemenson A. La perspectiva ética en el análisis organizacional, 1a. ed. Buenos Aires: Paidós, 1992: 151.

⁽⁸¹⁾ Likert R. Un nuevo método de gestión y dirección, 1a. ed. Bilbao: Deusto, 1969: 268.

***Motivación**, toda clase de impulsos y esfuerzos por satisfacer un deseo o meta, es impulso hacia un resultado, la que condiciona la satisfacción del individuo porque ésta es el placer de haber experimentado ya el resultado.

***Comunicación**, es el proceso de transferencia de información de un emisor a un receptor, pero tal como lo señala Koontz ⁽⁸²⁾ "asegurándose de que éste último haya comprendido el mensaje". Cada acto del ser humano comunica algo, revela algún mensaje, así el silencio también está emitiendo un mensaje. Esto implica la generación de redes de comunicación o diálogo, las cuales representarán diferentes tipos de comunicación, existiendo una comunicación vertical o descendente (de niveles jerárquicos altos a niveles jerárquicos bajos) es la que predomina en las organizaciones rígidas o autoritarias; una comunicación ascendente fluye de los subordinados a los superiores, encuentra lugar en el sistema administrativo participativo y democrático; mientras que la comunicación cruzada incluye el flujo horizontal de información entre personas de niveles jerárquicos iguales y el flujo diagonal entre sujetos de diferentes niveles jerárquicos que no tienen relación de dependencia directa entre sí.

Tomando como referencia una investigación realizada sobre comunicación, participación y calidad de los servicios efectuada por Grace ⁽⁸³⁾, se sabe que la mayor y mejor comunicación entre los miembros de un hospital favorece la calidad de la atención brindada al paciente. Surgen interrogantes entonces, que pueden originar posteriores investigaciones: ¿existirá relación entre la comunicación cruzada y la mayor motivación del personal? ¿Los nexos lógicos de la hipótesis direccional serán a mayor comunicación mayor motivación? ¿La

⁽⁸²⁾ Koontz H y Weirich H. Administración. Una perspectiva global. 10a. edición. Buenos Aires: McGrawHill, 1995: 537.

⁽⁸³⁾ Grace V. Problems of communication, diagnosis and treatment experienced by women using the New Zealand Health Services for chronic pelvic pain: a quantitative analysis. Health-Care-Women-Int., 1996:16(6):512-35.

mayor comunicación puede implicar mayor rumor y por ende mayor conflicto organizacional?

¿Qué se entiende por mayor o menor comunicación?

***Proceso de interacción e influencia.** Es el tipo de contacto con el otro, ya sea par o personal de diferente nivel jerárquico de la organización, implica un grado de confianza en el otro, si existen vínculos de apoyo mutuo y solidaridad.

***Proceso decisorio.** La toma de decisiones es la selección de un camino o curso de acción entre varias alternativas diferentes, se encuentra en el núcleo de la planeación. Para poder elegir entre cursos alternativos de acción debe tener cada sujeto cognitivo información pertinente, pues esto le permitirá pensar mayor cantidad de alternativas posibles.

***Fijación de objetivos.** Esta es una tarea inherente a la planificación como etapa del proceso administrativo. En los sistemas administrativos autoritarios, los objetivos son impuestos mientras que en los participativos son pensados en equipo, participando todo el personal según el servicio o área de trabajo en la organización.

***Procesos de control.** Esta variable organizativa hace referencia al proceso de medir y corregir el desempeño alcanzado por la organización en relación a ciertos objetivos propuestos. Así, un control directo será propio o característico de un sistema autoritario, mientras que un control preventivo será característico de un sistema administrativo participativo.

***Actuación.** Es el nivel de productividad alcanzado por la organización y el pertinente control de calidad de servicios prestados.

Como se advierte, las variables organizativas expuestas constituyen componentes básicos de todo sistema administrativo, sea autoritario o participativo. De esta manera, cada variable organizacional tomará características y valores diferentes según cada cultura organizacional, pero más allá de esas diferencias Likert enfatiza en un nuevo modelo de gestión

que es el sistema administrativo participativo, que será mucho más eficaz, porque modela a la gente logrando personalidades emocionalmente más estables y maduras que permiten una participación ordenada y creativa.

4.1.1.2. Tipos de sistemas administrativos según Likert.

Los tipos de sistemas administrativos según Likert ⁽⁸⁴⁾son los cuatro que a continuación se exponen.

a. Sistema Autoritario Explotador. Según el autor sus administradores son autocráticos, la confianza en sus subordinados es casi nula. Las personas son motivadas por un sistema de castigos y premios, pero éstos últimos sólo se otorgan ocasionalmente. La comunicación predominante es vertical o descendente, siendo muy frecuentes las actitudes hostiles y en contra de los fines de la organización, con marcados conflictos. En la mayor parte de los subordinados predominan las actitudes serviles hacia los superiores. La toma de decisiones se produce en el nivel supremo de la organización y las órdenes son dadas por los jefes, mientras que los subordinados se dedican a aceptarlas sin cuestionamientos, aunque encubiertamente suelen resistirse con violencia. El clima organizacional no incentiva la productividad, la cual es definida por Likert como mediocre para este sistema administrativo, especialmente teniendo en cuenta uno de los indicadores fundamentales en este aspecto, el ausentismo.

b. Sistema Autoritario Benevolente. En este tipo de sistema administrativo los superiores se caracterizan por presentar cierto grado de seguridad y confianza en sus subordinados, motivan con recompensas y en algunas situaciones ocasionales recurren a temores y castigos. No obstante, el conflicto sigue siendo frecuente al igual que en los sistemas autoritarios explotadores, el sentimiento de responsabilidad se concentra en los directivos

⁽⁸⁴⁾ Likert R. Un nuevo método de gestión y dirección, 1a. ed. Bilbao:Deusto, 1969: 268-269.

superiores, quienes luchan por alcanzar una buena posición, lo que obviamente genera actitudes hostiles entre los iguales.

La comunicación es escasa, predominando la descendente. Existe comunicación ascendente pero muy limitada y la información previamente ha sido filtrada cuando llega a los jefes. En la interacción entre subordinados y superiores predomina el temor y la precaución por parte de los subordinados. El trabajo en equipo es casi nulo.

Los superiores dan órdenes y no existen oportunidades para formular comentarios. La productividad o actuación varía de aceptable a buena, y el ausentismo y las pérdidas todavía siguen siendo moderadamente altos.

c. **Sistema Consultivo.** En este tipo de sistema administrativo los directivos tienen mucha seguridad y confianza, pero no total en sus subordinados. Las fuerzas motivadoras son principalmente económicas y se encuentran relacionadas con el ego y otras como la verbigracia, deseo de una nueva experiencia. Las actitudes más corrientes son favorables y apoyan al comportamiento que mejora a la organización en su conjunto, no obstante suelen presentarse actitudes hostiles. Predomina la cooperación y una comunicación abundante, tanto descendente como ascendente, ya que existen diversas iniciativas desde los niveles inferiores para comunicarse con los superiores y sugerir sus ideas.

En la toma de decisiones existe gran amplitud de criterio, por lo general las decisiones que afectan a todos se toman en la cumbre y las más concretas o específicas en los niveles inferiores. Las órdenes se fijan o se dan luego de haber sido discutidas con los subordinados, pero existen algunas resistencias en ciertos miembros de niveles inferiores con bastante frecuencia, así los fines pueden ser aceptados abiertamente, pero a veces con bastante resistencia encubierta. La productividad es buena, siendo moderados el ausentismo y las pérdidas.

d. Sistema Participativo. Los superiores tienen una seguridad y confianza absoluta en sus subordinados, los motivos están relacionados con el ego y otros capitales como los procesos de grupo. Existen recompensas económicas basadas en un sistema de compensación que se desarrollan debido a la participación y compromiso del grupo de trabajo.

La comunicación es abundante y en diferentes direcciones, existe un espacio en la organización para la discusión. La interacción es amistosa y basada en la confianza de los miembros de la organización, por ello la información fluye en todas las direcciones.

Las decisiones son producto de la participación de todos los niveles de la organización, a través de un proceso integrado en el que colaboran todos los grupos de la organización, amparados en información completa y exacta.

En estos sistemas existen "sujetos bisagra" que son aquellos que forman parte de más de un grupo, y realizan una función de bisagra, de integración, fuente que genera mayor interacción y participación en la toma de decisiones.

Likert afirma en relación al sistema administrativo participativo: "El liderazgo y otros procesos de la institución deben ser tales que en todas las interacciones, en todas las relaciones del interior con la institución, cada miembro a la luz de sus condiciones personales y capacidad profesional, valores, deseos y esperanzas, entienda la experiencia positiva, de apoyo, y la estime como algo constructivo que puede mantener su sentido de la valía e importancia propias"⁽⁸⁵⁾.

Se entiende desde esta perspectiva que la participación elevada mejora el nivel de satisfacción y moral del personal y esto contribuye reduciendo la resistencia a las ordenes dadas por la autoridad y al cambio e innovación organizacional que todos construyen.

⁽⁸⁵⁾ Likert R. Un nuevo método de gestión y dirección, 1a. ed. Bilbao:Deusto, 1969: 68.

Desde el modelo teórico tomado en esta tesis, la Organización en tanto sistema sociocognitivo, usando el poder cognitivo de cada miembro desde su lugar de trabajo y función, aporta producción original al proceso de información general, entendiendo la toma de decisiones como un proceso de aprendizaje permanente, de segundo orden, tendiente al cambio y a la innovación.

4.1.2. Creatividad e Innovación organizacional.

Muchos son los desarrollos teóricos con que cuenta la ciencia actualmente acerca del tema creatividad e innovación, sin embargo, muchas son las páginas escritas acerca de lo que *no se sabe* sobre la creatividad, muchos son los mitos que genera este fenómeno y escaso el rigor científico y metodológico con el que se la ha estudiado, lo que en más de una oportunidad invalida los estudios realizados.

También es cierto, que la creatividad es un proceso complejo y como tal, autores como Fodor⁽⁸⁶⁾ dirían que es imposible abordarlo en el estado que la ciencia cognitiva se encuentra en nuestros días, opinión que es compartida *en parte* por la autora de esta tesis, el énfasis recae en la expresión *en parte*, porque si se sigue exactamente el planteo de Fodor, o la concepción fodoriana, según la primera ley de Fodor la ciencia cognitiva hoy no se tiene razón alguna que justifique su existencia, ya que dicha ley afirma que los fenómenos mentales complejos son inabordables para la ciencia de nuestros días, por lo tanto, si la ciencia cognitiva se ocupa sólo de esos fenómenos, hoy no existe.

Esto es altamente discutible, ya que si no se empieza a recorrer el prolongado camino de investigación para conocer y saber algo más sobre esos procesos complejos, como la creatividad e innovación, se estaría actualmente en un estado de vacío de conocimiento absoluto acerca del fenómeno creativo e innovador, interpretación que lleva a autores como

⁽⁸⁶⁾ Fodor J. La modularidad de la Mente, 1a. edición. Madrid: Morata, 1991. Parte IV.

Riviére a hablar de "pesimismo fodoriano"⁽⁸⁷⁾ . También resulta casi obvio sostener que en realidad ese prolongado proceso de búsqueda científica responde a la aspiración a un saber absoluto, aunque el hombre de ciencia, a diferencia del doctrinario sabe que ese saber absoluto sólo es posible como pretensión.

Al menos, los que investigamos el tema, podemos afirmar que existen algunas sospechas y supuestos acerca del fenómeno creativo, y que hasta el momento existen algunas formas de evaluarlo, ya sea cualitativa o cuantitativamente.

Ante períodos de crisis como el vivenciado actualmente, donde cambian los paradigmas, donde la tecnología aumenta en forma vertiginosa, y donde los procesos de información humanos se enfrentan al desafío de asimilar y acomodar sus estructuras cognitivas a estas situaciones de cambio, las fronteras entre lo posible e imposible se diluyen y los paradigmas que antes servían de guía para el pensamiento y la acción pierden fuerza. Así, toda crisis social y económica, es también una crisis de las ideas y perspectivas, que en la medida en que los miembros o partícipes de las ideas del paradigma en crisis lo abandonen y se incorporen al grupo del nuevo paradigma se podrá hablar de "revolución científica", en el sentido de Kuhn ⁽⁸⁸⁾. Se podrá hablar algún día de la revolución científica originada en la ciencia en general mediante el descubrimiento de las bases neurológicas y cognitivas de la creatividad? Tal vez el futuro no esté tan lejos como algunos presumen, aunque el camino entre la neurona y la conciencia es más largo de lo que Searle supone .

En este contexto es que desde la Psicología, Sociología y las Ciencias de la Administración, principalmente desde el modelo de planeamiento estratégico, la creatividad e innovación organizacional como herramientas para enfrentar el desafío del cambio administrativo que se presenta a las organizaciones de hoy. Esa creatividad e innovación sólo

⁽⁸⁷⁾ Riviére A. El sujeto de la Psicología Cognitiva, 1a. ed. Madrid:Alianza, 1991:55.

⁽⁸⁸⁾ Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas, 2a. edición. México: Fondo de Cultura Económica, 1975.

puede tener lugar en sistemas abiertos, con aprendizaje de segundo orden y con directivos con un estilo cognitivo independiente de campo que permita el predominio de la elaboración a partir de la participación.

El pensamiento creativo ha sido abordado desde diferentes líneas teóricas que constituyen los antecedentes de investigación sobre el tema, todas ellas frente a una misma preocupación u objetivo: definir la creatividad e innovación.

Al respecto, muchos son los interrogantes que existen, y que conducen a diferentes formas de concebir a la creatividad, por ejemplo uno de ellos plantea ¿será la creatividad un *proceso de exploración*, un *proceso de asociación*, un *proceso de inteligencia* o una *forma de resolver problemas*? Como se observa el interrogante encierra varias formas de conceptualizar la creatividad. Lo cierto es que no existe una sola y absoluta forma de definición, ni siquiera concensuada, como tampoco existe opinión uniforme respecto de otro planteo no menos formulado es ¿es enseñable la creatividad?, o bien, ¿se puede aprender a ser creativo?

El estudio científico de la creatividad comienza cuando Guilford⁽⁸⁹⁾ decide estudiar la mente dividiendo sus capacidades en funciones o factores, encontrando 120 factores diferentes, todos ellos asociados a una capacidad específica, entre ellas la fluidez, flexibilidad, originalidad y elaboración, aptitudes que posteriormente se analizan en mayor profundidad y extensión. Posteriormente, los científicos han dedicado 4 décadas de trabajo, buscando los métodos más rigurosos de medición y de evaluación e interpretación de los datos, sin duda Paul Torrance es quien dedicó toda su carrera a la investigación y actualmente Howard Gardner y David Perkins, dos investigadores de la Universidad de Harvard, director y codirector respectivamente del proyecto de investigación denominado: "Zero", denominación que alude al estado en el que se encuentra el saber acerca del fenómeno creativo.

⁽⁸⁹⁾ Sikora, J. Manual de Métodos Creativos, 2a.edición. Buenos Aires: Kapelusz, 1979.

Tomando en cuenta los aportes desarrollados a lo largo de 47 años sobre creatividad a nivel mundial, todo parece sugerir desde la perspectiva personal que existen tres líneas de investigación básicas. La primera de ellas es la perspectiva epistemológica, que se ocupa de investigar el origen del conocimiento, teniendo en cuenta aquello de que "Si quieres investigar, hazte con una buena teoría"⁽⁹⁰⁾, y toda teoría implica un proceso de construcción, que en ciencia nunca finaliza. La segunda perspectiva o línea de investigación es la denominada de los procedimientos, porque los investigadores se ocupan de estudiar los procesos que suceden en la mente humana o en el sistema cognitivo del sujeto luego de la entrada de estímulos y antes de la salida del producto creativo. Se encuadran aquí todos los estudios acerca de los estilos cognitivos y estrategias de resolución de problemas subyacentes a la producción creativa. Todos concluyen en que hay un plano de explicación intermedio entre la neurona y la conducta, que es el de los fenómenos cognitivos, de otro modo se remontaría nuestro pensamiento a la *tábula rasa* de los conductistas como Watson. Finalmente existe una tercera perspectiva o línea de trabajo que puede definirse como práctica en la medida que se encarga de investigar una amplia colección de métodos que cambian según las demandas de la situación y su efectividad para el entrenamiento de la creatividad. La investigación consiste en determinar si esas técnicas facilitan o inhiben el desarrollo de la creatividad, existiendo una cuestión primera o anterior: ¿la creatividad es innata o adquirida? De ser adquirida entonces: ¿cómo es posible esa adquisición?

Según Guilford⁽⁹¹⁾, Guastello⁽⁹²⁾, Webster⁽⁹³⁾ y otros, en el factor denominado pensamiento productivo (empleo de informaciones conocidas, que suelen utilizarse para generar nuevas informaciones) existen dos tipos de procesos: pensamiento divergente y pensamiento convergente. El pensamiento convergente se mueve en una sola dirección con el

⁽⁹⁰⁾ Pozo J. If you want to get ahead, get a theory. *Cognition*, 1974; 3: 195-199.

⁽⁹¹⁾ Guilford J. *Psicología General*, 1a. edición. México: Diana.

⁽⁹²⁾ Guastello S. Cognitive abilities and creative behaviors: CAB-5 and consequences. *Journal of Creative Behavior*, 1996, 26(4):260-267.

⁽⁹³⁾ Webster J. Creativity as creative thinking. *Music-Educators-Journal*, 1996; 7:22-28.

objetivo de buscar una respuesta correcta tradicional, una solución única al problema planteado.

Mientras que el pensamiento divergente avanza en diversas direcciones, donde el operador puede resolver el problema, previa elección de la rutina a seguir, siendo esta última, una entre varias alternativas de solución. Esto lleva a Guilford a definirlo como pensamiento creativo. La esencia del pensamiento divergente radica en cuatro aptitudes básicas, que también suelen denominarse "capacidades o habilidades cognitivas", ellas son fluidez, flexibilidad, originalidad y elaboración.

El empresario o director de hospital ser el principal guía o facilitador de la innovación, lo que lo convierte en el mayor responsable de la misma, pero esa creatividad necesaria para la innovación, ya que no puede haber innovación sin creatividad, implica según Schumpeter (1990) la capacidad de "recombinación de factores de producción preexistentes"⁽⁹⁴⁾, en donde el resultado de esta recombinação no puede ser precedido de antemano. Sin embargo, esto merece una crítica constructiva, porque al sostener el autor que es son "factores preexistentes" no se puede hablar de una verdadera creación u originalidad, ya que ésta requiere algo nuevo, pues la organización con este tipo de procedimiento tendería a rutinizarse, sería "más de lo mismo", volviendo en determinado momento al punto de origen, porque se agotó la producción del sistema según los recursos de información que toma del medio, la concepción del autor hace pensar en una organización como sistema cerrado, postura que no se comparte en este trabajo.

La capacidad para innovar depende de la capacidad de percibir por anticipado situaciones de incertidumbre, asumir ciertos riesgos personales y comprometerse con la acción, pero siempre ese compromiso depende de una percepción de "algo que la organización necesita" y que obviamente, hasta el momento "no existe".

⁽⁹⁴⁾ Schumpeter J. Teoría del desenvolvimiento económico, 1a. ed. México:Fondo de Cultura Económica, 1990:63.

En esta investigación se entiende a la creatividad e innovación organizacional como procesos de resolución de problemas, en el primero predomina la capacidad de exploración y abstracción, mientras que en el segundo predomina la capacidad de resolución concreta y experiencial de problemas organizacionales.

4.1.2.1. Definición conceptual de la variable Creatividad e Innovación Organizacional.

a. Creatividad.

Es el proceso cognitivo cuya función es la generación de ideas originales relacionadas con la planeación, organización, dirección, integración de personal y control, tendientes a producir cambios en la organización.

Implica cuatro capacidades o habilidades cognitivas básicas, a saber:

1-Fluidez.

Habilidad cognitiva que permite producir diversas ideas o soluciones expresadas en forma verbal, gráfica o motriz en un lapso determinado.

2-Flexibilidad.

Habilidad cognitiva para cambiar el enfoque de un problema.

3-Originalidad.

Habilidad cognitiva que posibilita la producción de ideas inusuales, (de baja frecuencia estadística).

4-Elaboración.

Habilidad cognitiva que implica la capacidad de integrar conocimientos previos con otros nuevos, completar detalles y organizar planes para generar respuestas.

b.-Innovación.

Es el proceso de aplicación práctica de ideas nuevas con el propósito de alcanzar los objetivos de la organización y resolver problemas organizacionales mejorando el

funcionamiento de la organización en cuanto a la planeación, organización, dirección, integración de personal y control.

4.1.2.2.Importancia de la Creatividad e Innovación en las organizaciones de servicios de salud.

Alguien puede preguntarse *¿qué importancia puede tener la creatividad e innovación en organizaciones de servicios de salud?*

En este trabajo se considera que la creatividad es de vital importancia para la supervivencia y buen desempeño de las organizaciones de servicios de salud, sea cual fuera su especialidad, aquí se trabaja en un hospital neuropsiquiátrico, pero la importancia y utilidad de la creatividad es independiente de la especialidad del hospital y el nivel de complejidad que éste presente. Son dos factores importantes para el éxito de la organización, siendo un elemento clave en tres cuestiones:

1. Estrategia Competitiva. Al buscar y encontrar formas imaginativas de ser más hábiles.
2. Nuevos productos y servicios que sean económicamente rentables.
3. Publicidad y campañas de promoción de los servicios prestados.

Las organizaciones de servicios de salud deben desarrollar "holgura organizacional"⁽⁹⁵⁾ es decir, flexibilidad y capacidad de adaptarse a un ambiente cambiante, buscando invertir recurso humano y financiero en programas, frente a un ambiente caracterizado por la elevada incertidumbre, propia de los ambientes complejos y dinámicos, es un medio que presenta diferentes factores que están en constante cambio. Por lo tanto, si el medio cambia, la organización inteligente también, en la medida en que deberá adaptarse al mismo, partiendo de un pensamiento crítico y creativo donde los principios pasan a ser materia de análisis, las tareas

⁽⁹⁵⁾ Schein E. Psicología de la organización, 1a. ed. México: Prentice-Hall, 1992: 184.

rutinarias pasan a ser excepciones, en ese marco, puede plantearse el siguiente interrogante: será que la creatividad e innovación constituyen una dimensión subyacente básica del poder cognitivo de la información.

Hasta el momento no se dispone de desarrollos teóricos y de trabajos de investigación que permitan convertir en afirmación ese interrogante. Se supone que la organización creativa es inteligente, y por lo tanto, en tanto sistema complejo, en relación con su medio obtiene y utiliza información, pero esto remite a precisar que no todas las organizaciones son iguales, o se comportan del mismo modo frente a la incertidumbre de tarea, la cual puede describirse como la diferencia entre la información que la organización posee para tomar esa decisión o ejecutar esa acción y la cantidad de información que la tarea realmente requiere, esto es lo que debe tener y lo que dispone. De esta manera, algunos autores como Bartoli ⁽⁹⁵⁾ sostienen que la organización funcionará mejor en la medida que disponga de gran cantidad de información para hacer un diagnóstico organizacional. Sin embargo, la experiencia en trabajos organizacionales anteriores a esta investigación conduce a rebatir esa postura, y sostener que, al menos en las organizaciones de los '90, un buen funcionamiento organizacional parte de la detección de necesidades y demandas del microsistema y del macrosistema, pero en función no sólo de la cantidad de la información, sino de la calidad de la misma. Esto último permite suponer, conforme al marco teórico expuesto, que las organizaciones inteligentes reaccionan ante determinados estímulos, lo que implica un mecanismo cognitivo de selección y clasificación de la información obtenida, dejando un resto acumulado para sobrevivir, recordando que las organizaciones al ser sistemas tienen presente en forma permanente la amenaza de la destrucción o entropía.

En cuanto a la información de buena calidad, se entiende que debe ser completa, precisa, clara y debe incluir aspectos de los diferentes niveles de análisis organizacional, esto es

⁽⁹⁵⁾ Bartoli A. Comunicación Organizacional, 1a. edición. Buenos Aires: Paidós, 1991. Cap. 1.

individual, grupal e institucional o del microsistema, además de la información de un ente relevante como el Ministerio de Salud que corresponde al macrosistema. También es preciso destacar que la información, como se describió al hablar de retroalimentación y de aprendizaje de primer y segundo orden, es procesada por la organización, así aquellas organizaciones participativas y creativas demandarán mayor cantidad y mejor calidad de información, porque ésta es el insumo para la crítica constructiva y para la producción creativa, la salida de este proceso será innovadora en algunos casos y rutinaria en otros.

Desde la postura aquí sostenida, se piensa que más allá del poder cognitivo relacionado con la imaginación que cada sujeto cognitivo y que la organización de servicios de salud consecuentemente presente, la posibilidad de lograr buenos resultados con la creatividad e innovación depende de una habilidad fundamental en el proceso administrativo, esto es, la coordinación de los recursos humanos, técnicos, científicos y económicos a partir de la amplia participación de los miembros del sistema, especialmente en la planificación. Lo siguiente desde una óptica estrictamente personal, los resultados obtenidos están determinados por la calidad de la decisión y la motivación para ejecutarla del personal, por ello el directivo es un diseñador de ese ambiente "inteligente" requerido por el aprender a aprender.

Se parte de pensar a las organizaciones inteligentes y creativas como aquellos sistemas que otorgan un lugar privilegiado a la planificación por sobre la organización, donde el proceso de construcción de los diferentes subsistemas en tanto método, determinará la solución del problema. Mientras que en las organizaciones rígidas predominará la organización por sobre la planificación, la norma domina la organización, donde la postura crítica es abortada.

Así es, como se describe el funcionamiento y algunas características de las organizaciones inteligentes y creativas, también se está en condiciones de sostener que en las organizaciones participativas el liderazgo es una función compartida, independientemente de las jerarquías y funciones, y los sujetos creativos también pueden existir en cualquier nivel

jerárquico, pero es de vital importancia que para que éstos existan, el gerente o director presente una capacidad de trabajo o poder cognitivo amparado en un "estilo cognitivo independiente de campo".

Según los avances sobre el tema creatividad, todos los sujetos presentan esta capacidad, la diferencia es de grado, pero no existe ningún sujeto que no presente creatividad. De esta manera se puede diferenciar entre sujetos más o menos originales, pero no entre sujetos originales y no originales.

El perfil de los sujetos con alto grado de creatividad presenta las siguientes características principales:

- 1.- Receptividad a los estímulos del medio;
- 2.- Facilidad para problematizar objetos, hechos y situaciones;
- 3.- Capacidad de imaginación y juicios;
- 4.- Interés por la investigación y curiosidad ante objetos, sucesos y fenómenos.
- 5.- Amplitud y flexibilidad ante distintos enfoques.
- 6.- Habilidad de reestructuración de ideas, generando nuevas estructuras cognoscitivas;
- 7.- Capacidad de análisis y síntesis.
- 8.- Integración de marcos o ideas lejanas, diferentes.
- 9.- Inconformismo (el propósito es hallar algo nuevo, diferente).
- 10.- Astucia y audacia.
- 11.- Autoconfianza;
- 12.- Nivel de tensión óptimo que le permite soportar conflictos cognitivos, siendo precisamente esas lagunas las que facilitan la elaboración de hipótesis para satisfacer los vacíos de sus experiencias y esquemas previos.
- 13.- Utilización frecuente de procedimientos heurísticos.

Mientras que el perfil de los sujetos con baja creatividad presenta estas otras características principales:

- 1.- No problematizan las situaciones, hechos u objetos con facilidad.
- 2.- Poca capacidad de integración de marcos o ideas diferentes, se someten a reglas para tratar objetos, hechos o datos.
- 3.- Escasa capacidad de anticipación de las soluciones, por ello intentan caminos de solución convencionales, prefieren la seguridad de lo tradicional, antes que el riesgo planificado y evaluado del cambio.
- 4.- Alta estereotipia y rigidez.
- 5.- Predominio del pensamiento reproductivo y del aprendizaje memorístico y receptivo.
- 6.- Empleo frecuente de algoritmos, esto significa, vías de resolución del problema fijas, que generan respuestas convencionales. Consisten en la aplicación de reglas a problemas.

De acuerdo a los resultados de una investigación ⁽⁹⁶⁾ sobre estrategias de resolución de problemas en sujetos con alta creatividad y con baja creatividad, la diferencia entre sujetos originales y sujetos no originales respecto de las estrategias de resolución de problemas no radica en el tipo de estrategias utilizadas, ya que ambos grupos emplean predominantemente la misma estrategia, esto es, análisis medios-fines; sino que se distinguen en cuanto a la cantidad de cambios en los tipos de estrategias utilizadas, siendo mayor en los sujetos originales, lo que hablaría entonces, de una mayor flexibilidad y elaboración en las respuestas dadas. Otra diferencia significativa consiste en que los sujetos originales producen mayor cantidad de

⁽⁹⁶⁾ Arnesto M. Tipos de Estrategias de Resolución de Problemas en la Producción de Respuestas Originales. Informe Final Beca de Investigación, Secretaría de Ciencia y Técnica. Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995.

cambios en la calidad de las respuestas que los sujetos no originales, dichos cambios se entienden como “saltos mentales cualitativos”, siendo convergentes los resultados hallados con el planteo teórico de Perkins⁽⁹⁷⁾.

4.1.2.3. Aptitudes Gerenciales y Creatividad e Innovación Organizacional.

Hoy el desafío es determinar qué características y aptitudes gerenciales deben reunir los directores de servicios de salud para otorgar lugar a sistemas de administración participativos y entornos donde se privilegie la creatividad e innovación organizacional.

Siguiendo a Balaguer⁽⁹⁸⁾, el perfil que debería tener un Gerente de Servicios de Salud implica las siguientes características:

a.- Formación.

Debe poseer título profesional en ciencias de la salud, sea médico, psicólogo, enfermero, terapeuta ocupacional, ya que debe tener experiencia y conocimientos acerca de los problemas de salud que en dicha organización se tratan. Es decir “zapatero a tus zapatos”. Además de tener formación en gerenciamiento.

b.- Capacidad de anticipación.

En lo referente a la toma de decisiones de manera rápida y oportuna frente a situaciones que se encuentran sometidas a constantes cambios. Incluye la capacidad de delegar funciones para optimizar la resolución de problemas, considerando la urgencia de ciertas demandas propias de las organizaciones de salud.

c.- Capacidad de Creatividad.

Debe ser capaz de lograr una integración o unión de ideas distantes, esto se denomina bisociación. Debe tener la capacidad de transformar los obstáculos en nuevas alternativas u

⁽⁹⁷⁾ Perkins D. Las obras de la mente, 1a. edición. México: Fondo de Cultura Económica, 1988. Cap. 3.

⁽⁹⁸⁾ Balaguer E. Aprendizaje Innovador. Desafíos metodológicos para un futuro perfecto, 1a. edición. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. Secretaría de Hacienda, 1995.

oportunidades, esto significa que debe reunir la capacidad para desarrollar el pensamiento lateral o divergente. Esta capacidad involucra ciertos indicadores que la permiten identificar:

- poca resistencia al cambio, con abandono sistemático del pasado.

- habilidad para formular decisiones estratégicas.

- destreza para el desarrollo e implementación de estrategias de resolución creativa de problemas, tales como el análisis morfológico, brainstorming y análisis medios-fines como estrategia cognitiva de resolución de problemas.

- presentar fluidez, flexibilidad, originalidad y elaboración como aptitudes cognitivas para la creatividad. Esta flexibilidad deber ser regulada con una gran cuota de rigor.

- ser curioso y presentar orientación hacia la investigación, pues la creatividad es “búsqueda de algo”, significa tomar decisiones fundamentadas en datos o en una comprensión profunda de los hechos o situaciones en cuestión, eliminando así, las aproximaciones no fundadas.

d. Capacidad de Trabajo en Equipo.

Para ello debe predominar una visión compartida y misión compartida, donde los valores comunes a todos los miembros de la organización son de vital importancia.

e. Capacidad de Motivación en todos los niveles.

Estimulando el desempeño de las personas, aumentando de esta manera la productividad.

f. Capacidad para tolerar la ambigüedad.

Esto implica que sea conciente de que hay problemas que no tienen solución y de que existen situaciones que son inciertas o no familiares.

g. Capacidad de Moebius.

Significa que puede conducirse en la realidad sin contradicciones, sin prejuicios que obstaculicen las posibilidades reales.

h. Capacidad para el manejo de Recursos Humanos.

Esta capacidad se traduce en ciertas habilidades o destrezas para:

- crear conciencia y compromiso, esto implica desarrollar redes informales para conseguir información en toda la institución de salud con el fin de precisar problemas y necesidad de cambio.

- evaluar sistemáticamente al personal, donde se maneje a la gente desde la autoridad y no desde un control punitivo, para ello debe partir del respeto por los demás y de él mismo como persona.

- considerar las resistencias de los diferentes sistemas, tanto administrativo, como técnico o político, frente a ciertas tareas.

- presentar una comunicación fluida con todos los miembros de la institución de salud, demostrando que sus ideas u opiniones importan, que es preocupación de los jefes la autorrealización del sujeto con su trabajo.

- cuidar los hábitos de lenguaje, evitando palabras que impliquen bloqueos, tales como "nunca", "todo", "nada", "jamás" y otras similares.

-reconocer y valorizar a las personas, ya sea profesionales o no profesionales, logrando mayor responsabilidad con los objetivos de la institución.

-respetar el "timing" esto es el tiempo del otro para enfrentar un problema, significa que debe manejar muy bien sus impulsos. Para ello primero debe sentir, pensar, hipotetizar y luego actuar.

- promover la docencia e investigación, el perfeccionamiento del personal como anclaje del desarrollo por una práctica eficiente y eficaz.

- partiendo del planeamiento estratégico, el directivo deber ser capaz de efectuar una redefinición radical de los procesos económicos del hospital, esto implica cambios tales como: poner el énfasis en el equipo, donde la figura del director funciona como un facilitador, generando un ambiente basado en un liderazgo distribuido y en la desestructuración como elementos básicos

para el desarrollo creativo basado en la participación⁽⁹⁹⁾.

i. Aspectos Económicos.

Capacidades relacionadas con aspectos económicos de la institución de salud:

- negociaciones, convenios con diferentes instituciones de salud, educativas, y toda otra institución que permita un enriquecimiento mutuo, de la organización que dirige y de la que demanda el aporte.

- evaluación de la relación costo-beneficio y de la productividad.

- lo anterior sólo lo podrá efectuar en gran parte si prima el acercamiento al usuario-paciente.

- racionalización de recursos y asignación según prioridades.

- ser conciente de la vida limitada de los equipos e instrumental técnico.

- capacidad para afrontar riesgos que redunden en un mayor crecimiento

- contar con herramientas o conocimientos de economía para tomar decisiones y planificar, esto es establecer una adecuada distribución del presupuesto que es como se financia las metas de la organización.

- predisposición a la evaluación del nivel de satisfacción del paciente-usuario del servicio, determinando la calidad del mismo y afrontando los posibles cambios para mejorarlo.

- redefinición radical de los procesos económicos del hospital, basándose en el planeamiento estratégico y la estrategia competitiva como modelo de administración.

j. Características de Personalidad.

- autoestima alta.

- estilo cognitivo independiente de campo.

- estrategias cognitivas, deben presentar capacidad para cambiar de una estrategia cognitiva

⁽⁹⁹⁾ Véase Balaguer E. Aprendizaje Innovador. Desafíos metodológicos para un futuro perfecto, 1a. ed. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. Secretaría de Hacienda, 1995:105.

a otra, porque los saltos cualitativos son los que permiten o favorecen la producción original y no una estrategia en particular.

- objetividad y humildad para el diagnóstico.
- magnanimidad y audacia para la toma de decisiones.
- constancia, confianza en sí mismo y en los demás, fortaleza para el mando.
- amplia tolerancia a la frustración.
- madurez intelectual.
- sentido ético en cada una de sus decisiones.
- autonomía y espíritu empresarial, íntimamente relacionado con la vocación por el mando y vocación de servicio para y por el prójimo.

Actualmente existen líneas de investigación que se ocupan del tema entrenabilidad de las aptitudes cognitivas subyacentes a la creatividad, diferentes estudios en entrenamiento en creatividad ⁽¹⁰⁰⁾ ⁽¹⁰¹⁾ constituyen pequeños ejemplos de esto, pero que plantean un interrogante una vez desarrollados los programas de entrenamiento, ¿la diferencia en los logros de los grupos entrenados y los grupos control son debidos al entrenamiento o a la motivación por el trabajo en equipo?, esa es una de las tantas variables que se presentan como intervinientes en el estudio de entrenamiento de la creatividad, y cuyo control es casi imposible, en condiciones humanas de trabajo.

⁽¹⁰⁰⁾ Ehuleche A. y Armesto M. Socioconstructivismo de ideas creativas. *Ensayos y Experiencias*, 1997; 17:20-24.

⁽¹⁰¹⁾ Armesto M. y Ehuleche A. Calidad Educativa: El entrenamiento de la creatividad en entornos de resolución de problemas como alternativa prometedora. *Ensayos y Experiencias*, 1996; 14:33-37.

A partir del enfoque teórico sostenido en esta tesis, entre las posibles asociaciones-relaciones entre las variables: "Sistema Administrativo Participativo" y Creatividad e Innovación organizacional se opta por la siguiente asociación: "A *mayor* participación, *mayor* nivel de creatividad e innovación organizacional".

Lo que no significa que se ignoren las otras alternativas posibles de asociación, entre ellas, las que refutarían esta hipótesis:

"A *mayor* participación, *menor* nivel de creatividad e innovación organizacional".

"A *menor* participación, *mayor* nivel de creatividad e innovación organizacional".

"A *mayor* autoritarismo, *mayor* nivel de creatividad e innovación organizacional".

"A *menor* autoritarismo, *menor* nivel de creatividad e innovación organizacional".

Mientras que las relaciones que apoyan a la sostenida en este proyecto serán:

"A *menor* participación, *menor* nivel de creatividad e innovación organizacional".

"A *mayor* autoritarismo, *menor* nivel de creatividad e innovación organizacional".

No obstante, se destaca que sean cuales fueran las conclusiones y resultados extraídos en este trabajo de investigación, son particulares de este momento histórico y limitados a la realidad del hospital que se investigó, sólo así serán válidos tomando esos recaudos metodológicos.

5. Metodología.

Este proyecto de tesis se realizó conforme a un plan de actividades que demandó un trabajo de once meses. En primer término se efectuó una recopilación y revisión bibliográfica a partir de fuentes primarias principalmente y secundarias en su minoría, estas últimas a los efectos de obtener información bibliográfica sobre las fuentes de investigación primaria. Se procedió al fichaje y clasificación de los materiales bibliográficos según tres categorías: 1. investigaciones científicas (resultados de la investigación, teoría, información metodológica), 2. material correspondiente a artículos de opinión y descripciones clínicas, 3. documentos de organismos oficiales y ONG. Se utilizaron dos gráficos de redes y diferentes modelos esquemáticos que facilitaron la representación de las variables, y conceptos afines, denotando sus interrelaciones (semejanzas y diferencias), con el fin de desarrollar un marco teórico que permitiera ubicar el problema bajo estudio. Lo expuesto permitió una conceptualización apropiada de las variables estudiadas, sistema administrativo y nivel de creatividad e innovación organizacional; como también facilitó la determinación de los factores que las componen y permiten su operacionalización.

En segundo término, se realizó el diagnóstico organizacional de la institución neuropsiquiátrica, mediante informes estadísticos que permitieron la caracterización de la institución hospitalaria y a través de técnicas de observación participante y no participante, que facilitaron el registro de mensajes. Con los mensajes obtenidos se efectuó un análisis de contenido tomando como unidad la palabra de diferentes miembros del hospital, se organizó la información, se codificó y categorizó, estos datos cualitativos fueron traducidos a datos cuantitativos, estableciendo la relación entre palabras que denotaban creatividad e innovación y aquellas palabras que denotaban presión psicológica del sistema de administración sobre el

personal del hospital. En tercer lugar se diseñó una escala tipo Likert para medir el nivel de creatividad e innovación de la organización, y se efectuó una experiencia piloto con este instrumento, para realizar los ajustes necesarios para su mejor construcción y administración, especialmente en el cálculo de la varianza del instrumento y la determinación del tamaño muestral. Esta experiencia piloto se realizó en otra institución semejante a la que es estudiada en este proyecto. Finalmente se administraron las escalas sobre nivel de creatividad e innovación organizacional y la escala Likert sobre Sistemas Administrativos, diseñadas por Rensis Likert para empresas o diferentes organizaciones productivas, la que fue adaptada en esta investigación a la situación y características de una institución sanitaria. El tratamiento estadístico de los datos obtenidos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 5.0 PC+, trabajándose con medidas descriptivas, de medidas de correlación y análisis factorial.

5.1. Tipo o Enfoque de Investigación.

Características de la Investigación:

Se trata de una investigación básica, cuyo diseño de investigación es descriptivo, asociativo (correlacional), con hipótesis asociativa, simple. La metodología utilizada para el análisis de los datos es cuali-cuantitativa.

Las disciplinas científicas que participaron son Psicología, Sociología, Administración . En cuanto a los campos de aplicación donde pueden ser útiles los resultados de la misma son: Salud Humana, Desarrollo Socioeconómico, Servicios de Salud y Condiciones de Trabajo del personal de Servicios de Salud y por extensión de otro tipo de organización o empresa.

5.2. Población. Muestra.

La población del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli es 106 personas, entre profesionales y no profesionales. En este proyecto de investigación, y por la naturaleza del mismo, se toma una muestra probabilística, es decir al azar, estratificada con proporción óptima, habiéndose tomado como criterio para la subdivisión de la población en partes, el "tipo de actividad" que realiza en el hospital. Se tomaron muestras al azar en cada uno de los estratos, respetando el tamaño de cada estrato de manera que a mayor tamaño y variabilidad mayor entonces corresponde un número mayor de casos en la muestra.

Para calcular el tamaño muestral, se tuvo en cuenta la experiencia piloto, a partir de una muestra piloto con 18 sujetos, también personal de una institución neuropsiquiátrica, obteniéndose la variabilidad del instrumento diseñado para evaluar nivel de creatividad e innovación organizacional, ya que la escala construída por R. Likert ya había sido trabajada en este aspecto por el autor. Se trabajó con una muestra de 70 sujetos, al 95% de confianza y con un error de 9.5 puntos del valor real. Siendo el desvío estándar 44.14 según los datos obtenidos en la prueba piloto desarrollada.

La muestra estratificada al azar con proporción óptima se compuso del siguiente modo:

Directivos del Hospital (directores, jefes de servicio): población 9; muestra 6.

Terapistas Ocupacionales: población 2; muestra 1.

Asistentes Sociales: población 1, muestra:1.

Psicólogos: población 3, muestra 2.

Médicos psiquiatras: población 4, muestra 3.

Médicos clínicos: población 5, muestra 3.

Médicos neurólogos: población 4, muestra 3.

Residentes en Psicología: población 7, muestra 5.

Enfermería de Guardia: población 12, muestra 8.

Enfermería de Terapia Ocupacional: población 5, muestra 3.

Becarios de enfermería: población 8, muestra 5.

Personal Obrero: población 2, muestra 1.

Personal de Servicio: población 14, muestra 9.

Personal Administrativo: población 19, muestra 12.

Técnicos: población 10, muestra 7.

Arquitectos: población 1, muestra: 1.

Se procedió a caracterizar la muestra según diferentes variables atributivas, entre ellas: género, edad, estado civil, composición familiar, lugar de residencia, profesión, actividad en el hospital, antecedentes laborales en instituciones de salud, antecedentes laborales en otras instituciones (para no profesionales), horario en el que desempeña funciones en el hospital, esto permitirá precisar las características del grupo a estudiar (homogeneidad/herogeneidad).

5.3. Operacionalización y medición de las variables.

5.3.1. Definiciones Operacionales de las variables:

5.3.1. a.-Definición Operacional de la variable Sistema Administrativo Participativo.

Considérese al tipo de sistema administrativo basado en la participación de los sujetos de la organización en la toma de decisiones, donde se trabaja en equipo y las variables organizacionales se caracterizan del siguiente modo:

a.- Motivación.

1. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de las fuerzas motivadoras.

2. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en que se utilizan esas fuerzas motivadoras.
3. Actitudes de confianza y compromiso que existen en la organización, calificadas entre 12-15 puntos, (escala Likert Sistema Administrativo Participativo).
4. Grado óptimo (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en que las fuerzas motivadoras están en conflicto.
5. Actitudes de cooperación hacia los demás miembros de la organización, calificadas entre 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo).
6. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de satisfacciones producidas.
7. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en que los superiores tienen confianza en sus subordinados.
8. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) elevado en el que los subordinados tienen confianza en sus superiores,
9. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) elevado en que los superiores muestran una conducta de apoyo con relación a los otros
10. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en el que los superiores se comportan de manera que hace sus subordinados se sientan libres para discutir cosas importantes relacionadas con la tarea encomendada con su inmediato superior.
11. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en que el inmediato superior al resolver problemas plantea el trabajo y trata de conseguir las ideas y opiniones de los subordinados, haciendo un uso constructivo de ellas.

b.- Comunicación.

12. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de interacción y de comunicación dirigidos al logro de los objetivos de la organización.

13. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en el que fluye la comunicación (hacia abajo, hacia arriba).
14. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en el que se puede iniciar la comunicación dentro de la organización.
15. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de aceptación, por parte de los subordinados, las comunicaciones.
16. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de adecuación de la comunicación ascendente a través de la marcha normal de la organización (sus canales de rigor).
17. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de responsabilidad entre los subordinados, a fin de iniciar una comunicación ascendente de tipo apropiado.
18. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de precisión de la información.
19. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de precisión de la comunicación ascendente, a través de los canales normales de la organización.
20. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de necesidad de un sistema complementario en cuanto a la comunicación en sentido ascendente.
21. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de precisión y utilización adecuada de la comunicación entre los miembros de la organización del mismo nivel jerárquico.
22. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de exactitud de las percepciones por parte de los subordinados y superiores. Por ej. grado de conocimiento del superior de los problemas que enfrentan los subordinados, y viceversa.

c.- Interacción.

23. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de interacción.

24. Nivel elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de trabajo en equipo que existe.

25. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en el que los subordinados pueden influir sobre los fines, métodos y actividad de sus respectivas secciones o departamentos, (según como lo ven los subordinados).

26. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en el que los subordinados pueden influir sobre los fines, métodos y actividad de sus respectivas secciones o departamentos, (según como lo ven los superiores).

27. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de influencia real que el supervisor puede ejercer sobre los fines, actividad y métodos de departamento, unidad o servicio.

28. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en el que una adecuada estructura puede existir, y con ello el flujo de la información va de una a otra parte de la organización, permitiendo así el ejercicio de influencia.

d. Toma de Decisiones.

29. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en el que el personal en general del hospital participa del proceso de selección de alternativas de solución, es decir de la toma de decisiones.

30. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert) de exactitud de la información que se dispone para tomar decisiones en el nivel en que realmente se toman.

31. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert) de decisión de los subordinados de la organización relacionados con problemas inherentes a los niveles inferiores de la misma a los que pertenecen.

32. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert) en el que se usa del conocimiento de índole profesional y técnica para tomar las decisiones.

33. Grado de información con adecuación elevada (de 13-16 puntos, escala Likert) con que cuentan los directivos para tomar decisiones.

34. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en que contribuye el proceso de toma de decisiones a motivar a los sujetos de la organización.

35. Grado elevado (de 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en el que el proceso de decisiones alienta a los que hacen labor de equipo.

e. Fijación de Objetivos.

36. Nivel alto (entre 13 y 16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de participación cuando se fijan objetivos.

37. Grado alto (entre 13 y 16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de participación de los distintos niveles jerárquicos, en la fijación y consecución de los objetivos de la organización.

38. Grado elevado (entre 13 y 16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de las fuerzas que aceptan los fines establecidos de común acuerdo en la organización.

f. Control.

39. Grado alto (entre 13 y 16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en el que los niveles jerárquicos tienen distribuido el control de la organización.

40. Grado elevado (entre 13 y 16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en que son exactas las mediciones utilizadas para guiar y realizar la función de control.

41. Grado alto (entre 13 y 16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en el que la revisión y control de funciones están compartidas.

42. Grado elevado (entre 13 y 16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en el que existe una organización no oficial (gremio, asociación, sindicato), dando pruebas de apoyar al personal del hospital.

g. Actuación.

43. Nivel de la productividad elevado (entre 13 y 16 puntos escala Likert Sistema Administrativo Participativo)

44. Grado alto (entre 13 y 16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de presentismo del personal en su sector o área de trabajo.

45. Grado alto (entre 13 y 16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en que se aprovechan las horas de trabajo.

46. Nivel elevado (entre 13-16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de control de calidad e inspección, previniendo errores en la prestación del servicio es elevado.

h. Entrenamiento o Actualización.

47. Cantidad elevada (entre 13 y 16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) de objetivos tendientes a la actualización y entrenamiento destinados al personal de la organización de servicios de salud.

48. Grado elevado (entre 13 y 16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo) en que se le haya facilitado a Ud. la clase de entrenamiento para la gestión que hubiera deseado.

49. Grado elevado (entre 13 y 16 puntos, escala Likert Sistema Administrativo Participativo)) en que fueron adecuados y aprovechables los conocimientos obtenidos durante en entrenamiento para su práctica diaria en el hospital.

Los sistemas administrativos según los puntajes totales de la Escala Likert sobre Sistemas Administrativos (Likert, 1969) de acuerdo a los intervalos reales son:

1.-*sistema administrativo autoritario explotador*, (1 a 4 puntos por cada ítem) entre 49,50 y 220.49 puntos.

2.-*sistema administrativo autoritario benevolente*, (5 a 8 puntos por cada ítem) entre 220.50 y 392.49 puntos.

3.-*sistema administrativo consultivo*, (9 a 12 puntos por cada ítem) entre 392.50 y 563.49 puntos.

4.-*sistema administrativo participativo*, (13 a 16 puntos por cada ítem) entre 563.50 y 735 puntos.

5.3.1.b.- Definición Operacional de la variable Creatividad e Innovación Organizacional.

1.-Creatividad Organizacional.

Proceso cognitivo cuya función es la generación de ideas originales en sentido estadístico (poco frecuentes) relacionadas con la planeación, organización, dirección, integración de personal y control, tendientes a producir cambios en la organización.

Las cuatro capacidades o habilidades cognitivas básicas que componen la creatividad e innovación organizacional son:

a.-**Fluidez:** Considérese como tal a la cantidad total de ideas generadas ante un problema, evaluadas según los ítems 1-11-21-31 y 41 de la escala Likert sobre Creatividad e Innovación Organizacional.

-bajo nivel de fluidez, entre 5 y 20 puntos en los ítems citados.

-nivel medio de fluidez, entre 20.5 y 40 puntos en los ítems citados.

UCA

-nivel bueno de fluidez, entre 40.5 y 60 puntos en los ítems citados.

-nivel alto de fluidez, entre 60.5 y 80 puntos en los ítems citados.

b-Flexibilidad: Considérese como tal a la cantidad de cambios de enfoques o modos de pensamiento frente a un problema, evaluada mediante los ítems 2-12-22-32 y 42 de la Escala Likert sobre Creatividad e Innovación Organizacional.

-bajo nivel de flexibilidad, entre 5 y 20 puntos en los ítems citados.

-nivel medio de flexibilidad, entre 20.5 y 40 puntos en los ítems citados.

-nivel bueno de flexibilidad, entre 40.5 y 60 puntos en los ítems citados.

-nivel alto de flexibilidad, entre 60.5 y 80 puntos en los ítems citados.

c.-Originalidad: Considérese como tal a la cantidad de respuestas con baja frecuencia de aparición (frecuencia estadística baja), evaluada mediante los ítems 3-13-23-33 y 43.

-bajo nivel de originalidad, entre 5 y 20 puntos en los ítems citados.

-nivel medio de originalidad, entre 20.5 y 40 puntos en los ítems citados.

-nivel bueno de originalidad, entre 40.5 y 60 puntos en los ítems citados.

-nivel alto de originalidad, entre 60.5 y 80 puntos en los ítems citados.

d-Elaboración: Considérese como tal a la cantidad de resoluciones de problemas logradas a partir de la integración entre los conocimientos previos o respuestas a problemas del pasado y las ideas creativas generadas para resolver situaciones-problemas actuales. Se evalúa según los ítems 4-14-24-34 y 44 de la Escala Likert sobre Creatividad e Innovación Organizacional.

-bajo nivel de elaboración, entre 5 y 20 puntos en los ítems citados.

-nivel medio de elaboración, entre 20.5 y 40 puntos en los ítems citados.

-nivel bueno de elaboración, entre 40.5 y 60 puntos en los ítems citados.

-nivel alto de elaboración, entre 60.5 y 80 puntos en los ítems citados.

2.-Innovación Organizacional.Definición Operacional.

Considérese como tal a la cantidad de casos o veces en los que se aplican o ponen en práctica las ideas originales o nuevas generadas por los miembros de la organización en procesos de resolución de problemas organizacionales. Se evalúa mediante los ítems 5-16-28-35-45 de la Escala Likert sobre Creatividad e Innovación Organizacional.

- bajo nivel de innovación, entre 5 y 20 puntos en los ítems citados.
- nivel medio de innovación, entre 20.5 y 40 puntos en los ítems citados.
- nivel bueno de innovación, entre 40.5 y 60 puntos en los ítems citados.
- nivel alto de innovación, entre 60.5 y 80 puntos en los ítems citados.

3.-Formas de desempeño creativas e innovadoras en las diferentes etapas del proceso administrativo:

a. Planeación. Según los puntajes de los ítems 6-7-8-9 y 10 de la Escala Likert sobre Creatividad e Innovación Organizacional.

-bajo nivel de creatividad e innovación en la planeación, entre 5 y 20 puntos en los ítems citados.

-nivel medio de creatividad e innovación en la planeación, entre 20.5 y 40 puntos en los ítems citados.

-nivel bueno de creatividad e innovación en la planeación, entre 40.5 y 60 puntos en los ítems citados.

-nivel alto de creatividad e innovación en la planeación, entre 60.5 y 80 puntos en los ítems citados.

b. Organización. Según los puntajes de los ítems 15-17-18-19 y 20 de la Escala Likert sobre Creatividad e Innovación Organizacional.

-bajo nivel de creatividad e innovación en la organización, entre 5 y 20 puntos en los ítems citados.

-nivel medio de creatividad e innovación en la organización, entre 20.5 y 40 puntos en los ítems citados.

-nivel bueno de creatividad e innovación en la organización, entre 40.5 y 60 puntos en los ítems citados.

-nivel alto de creatividad e innovación en la organización, entre 60.5 y 80 puntos en los ítems citados.

c. Integración de Personal. Según los puntajes de los ítems 25-26-27-29 y 30 de la Escala Likert sobre Creatividad e Innovación Organizacional.

-bajo nivel de creatividad e innovación en la integración de personal, entre 5 y 20 puntos en los ítems citados.

-nivel medio de creatividad e innovación en la integración de personal, entre 20.5 y 40 puntos en los ítems citados.

-nivel bueno de creatividad e innovación en la integración de personal, entre 40.5 y 60 puntos en los ítems citados.

-nivel alto de creatividad e innovación en la integración de personal, entre 60.5 y 80 puntos en los ítems citados.

d. Dirección. Según los puntajes de los ítems 36-37-38-39 y 40 de la Escala Likert sobre Creatividad e Innovación Organizacional.

-bajo nivel de creatividad e innovación en la dirección, entre 5 y 20 puntos en los ítems citados.

-nivel medio de creatividad e innovación en la dirección, entre 20.5 y 40 puntos en los ítems citados.

-nivel bueno de creatividad e innovación en la dirección, entre 40.5 y 60 puntos en los ítems citados.

-nivel alto de creatividad e innovación en la dirección, entre 60.5 y 80 puntos en los ítems citados.

e. Control. Según los puntajes correspondientes a los ítems 46-47-48-49 y 50 de la Escala Likert sobre Creatividad e Innovación Organizacional.

-bajo nivel de creatividad e innovación en el control, entre 5 y 20 puntos en los ítems citados.

-nivel medio de creatividad e innovación en el control, entre 20.5 y 40 puntos en los ítems citados.

-nivel bueno de creatividad e innovación en el control, entre 40.5 y 60 puntos en los ítems citados.

-nivel alto de creatividad e innovación en el control, entre 60.5 y 80 puntos en los ítems citados.

4.-Nivel de Creatividad e Innovación Organizacional.

El nivel de creatividad de las organizaciones se evalúa según los puntajes obtenidos en los 50 reactivos de la Escala Likert sobre Creatividad e Innovación Organizacional que evalúan:

1-las cuatro aptitudes (fluidez, flexibilidad, originalidad y elaboración),

2-la innovación.

3-las formas de desempeño según las mismas en las diferentes etapas del proceso administrativo (planeación, organización, dirección, integración de personal y control) .

De acuerdo a la escala tipo Likert diseñada y a partir de los puntajes totales para la creatividad e innovación organizacional distribuidos en cuatro intervalos reales, las organizaciones se clasifican del siguiente modo:

-organizaciones con bajo o malo nivel de creatividad e innovación (1 a 4 puntos por cada ítem). El puntaje total de la escala oscila entre 50,50 y 237.49 puntos.

OneA

-organizaciones con nivel medio o regular de creatividad e innovación (5 - 8 puntos por cada ítem). El puntaje total de la escala oscila entre 237.50 y 425.49 puntos.

-organizaciones con nivel bueno de creatividad e innovación (9 - 12 puntos por cada ítem). El puntaje total de la escala oscila entre 425.50 y 612.49 puntos.

-organizaciones con nivel alto o excelente de creatividad e innovación (13 - 16 puntos por cada ítem). El puntaje total de la escala oscila entre 612.50 y 800 puntos.

5.4. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos.

5.4.1. Datos cualitativos.

En el diagnóstico organizacional se utilizaron observaciones en las modalidades: participante y no participante. Dichas observaciones son técnicas de tipo cualitativa, la primera incluye al observador o investigador, el cual puede efectuar intervenciones en el aquí y ahora; mientras que la segunda, se caracteriza por ser también una observación, que registra mensajes verbales y no verbales, pero el observador o investigador no participa en los procesos de interacción entre los agentes sociales.

5.4.2. Datos cuantitativos.

a.- Estadísticas efectuadas en el hospital que reúnen información acerca de: cantidad de recursos humanos, total de pacientes derivados a otras instituciones, número de consultas ambulatorias, grupos institucionales de tratamiento y rehabilitación que desempeñan funciones dentro de la institución, tiempo promedio de internación, distribución del recurso humano por hospital.

b.- Escalas tipo Likert que permiten medir las actitudes psicosociales de los sujetos estudiados:

*Escala de Likert para evaluar el sistema de administración.

*Escala de Likert diseñada para evaluar el nivel de creatividad e innovación de la organización.

MICA

5.4.3. Identificación de los instrumentos.

a. Cuadernos de campo para el registro de las observaciones participantes y no participantes, y para las notas de campo tomadas.

b. Formularios correspondientes a las escalas Likert, los cuales son independientes, uno corresponden a la escala de sistema administrativo y otro a la escala de nivel de creatividad e innovación organizacional. (Véase Anexo IV: Instrumentos.)

5.4.4. Control de calidad de la información.

En cuanto a los datos cualitativos, recogidos especialmente en el diagnóstico organizacional, se tuvo especial cuidado en la forma de ingreso a la institución, cuidando los valores, creencias y normas de la misma, especialmente evitando alianzas con cualquiera de los diferentes niveles jerárquicos del hospital que pudieran sesgar los datos obtenidos, y generar resistencias que invalidaran la investigación, traducidas en deformidad de los datos y en malestar institucional frente a la presencia de una tesista y su investigación. Ante ello, se procedió, en primera instancia a obtener la debida autorización de la dirección del hospital, ya conseguida en octubre de 1996, y luego se realizó una presentación de la tesista y del proyecto de investigación en forma clara y precisa, sus objetivos y la necesidad de la participación del personal del hospital para evitar temores, aumentar la participación y con ello el compromiso con la investigación. Al mismo tiempo, se evitó la generación de falsas expectativas, que pudieran luego conducir a afirmaciones tales como "la investigación no logró nada", sino explicitar claramente cuáles son los alcances de la misma. De este modo la investigación, pasó a ser una tarea de la que participaron todos aquellos que fueron seleccionados al azar, método que también fue explicado oportunamente para evitar rumores, mitos institucionales que pudieran afectar el buen curso de la investigación. La participación resultó amplia, y desde los diferentes niveles jerárquicos y sectores del hospital, no fueron pocas las veces que se

comunicaron con la tesista para ver como iban los resultados, y cuando iban a tener la devolución, para poder así, ver qué podían cambiar del hospital.

En función de la mayor confiabilidad, validez y precisión, el diseño de la escala Likert para evaluar el nivel de creatividad e innovación fue sometido en dos oportunidades a un estudio piloto. La primer prueba piloto fue realizada en una clínica psiquiátrica privada de Mar del Plata, detectándose problemas en la redacción de los reactivos y en la organización de los mismos. Luego de efectuar las correcciones pertinentes a la escala, fue nuevamente aplicada en una segunda experiencia piloto en la misma clínica psiquiátrica privada, pero a diferentes sujetos, porque pueden haber aprendido respuestas y generar sesgos en los resultados, especialmente como mejora en la comprensión de los enunciados de los diferentes reactivos. Esta segunda prueba piloto permitió determinar la validez del instrumento y confiabilidad. A tales efectos, se administraron paralelamente la escala diseñada y los cuestionarios diseñados por Majaro (1992) para medir creatividad e innovación en empresas o instituciones, realizándose así la prueba de métodos alternativos, la muestra fue tomada al azar, siendo 18 sujetos-pilotos, que obviamente quedaron fuera de la muestra al azar estratificada tomada en el estudio, en el Hospital Taraborelli. De esta manera se procedió a la nueva redacción de aquellos reactivos que presentaban dificultades en la comprensión para quien respondía el instrumento de creatividad e innovación organizacional.

Los resultados obtenidos permiten precisar mediante el coeficiente r de Pearson una correlación positiva y significativa entre el puntaje general de la escala diseñada y el de los cuestionarios de Majaro (+0.72), lo que revela una mayor confiabilidad del instrumento. A los fines de evaluar la consistencia interna de la escala diseñada se calculó el coeficiente alfa o alfa de Cronbach, como índice de congruencia interna del instrumento, obteniéndose el resultado +0.92, valor que denota la consistencia entre los diferentes ítem del instrumento diseñado. Al mismo tiempo se efectuó el análisis factorial de los datos obtenidos en la prueba piloto, a los

efectos de determinar la coherencia interna de los ítems, según los factores predeterminados (Véase Anexo III).

En principio, en esta investigación se había diseñado un instrumento similar pero que adolecía de varios problemas, entre ellos constaba de 65 ítems, lo que implicaba mayor tiempo para que el sujeto respondiera y mayor cansancio, como así también mayor complejidad en su procesamiento, esos 65 ítems se redujeron a 50. Partiendo del principio metodológico de construcción que sostiene que la mayor cantidad de ítems conduce a una mayor confiabilidad y por lo tanto validez. A los fines de estimar la confiabilidad de esta escala de 15 ítems menos, es decir un 23% menos de reactivos, se calculó el alfa de Cronbach, obteniéndose el resultado +0.94 con el primer instrumento diseñado, mientras que con la nueva escala se obtuvo el valor del alfa de Cronbach de +0.92, lo que implica que dicha reducción fue beneficiosa, ya que el instrumento sigue siendo teniendo suficiente consistencia interna y por ende, sigue siendo eficiente e involucra menor esfuerzo para la administración del mismo.

5.4.5. Información Recolectada: aspectos éticos.

La información recolectada durante este proceso de investigación, así como cualquier otra publicación que pudiera ser consecuencia del mismo, mantiene en absoluta reserva la identidad de las personas que participaron de la misma y también la de la institución de salud donde se efectuó el trabajo de investigación.

A tales efectos los instrumentos en primer término se pensaron como autoadministrables, luego de la experiencia piloto se resolvió la administración a cargo de la tesista, pero en todos los casos son anónimas, preservándose así la identidad de quienes participaron y evitando posibles resistencias que podrían haber sesgado los datos recolectados.

5. 5. Presentación, análisis e interpretación de los datos.

5.5.1.Resultados del tratamiento cualitativo de los datos.

5.5.1.1.Diagnóstico Organizacional

El diagnóstico organizacional se realizó según las pautas desarrolladas por Alvarez (1995), Wagner Boss (1992) y Rodríguez (1995). Se recogió la información sobre:

- la historia de la organización en forma breve, a los fines de su contextualización.
- la estructura actual de la organización según su organigrama y las características especialmente de la comunicación y condiciones de trabajo de los empleados.
- las observaciones participantes y no participantes se analizaron teniendo en cuenta la descripción de secuencias de comportamientos verbales y no verbales (por canales extralingüísticos), posteriores a la acción de los directivos y de los líderes, a los fines de realizar inferencias acerca de los efectos de los mensajes producidos en el espacio hospitalario.

A partir de las notas correspondientes a las observaciones participantes y no participantes, sobre los mensajes verbales se realizó un análisis de contenido. El análisis de contenido comenzó a partir de una organización de la información, codificación y categorización, estos datos cualitativos fueron cuantificados siguiendo la metodología de Dollard y Mowrer (1977), esto es, mediante el cálculo de un cociente, tomando como unidad la palabra. El cociente calculado es:- cantidad de palabras que reflejan creatividad e innovación sobre cantidad de palabras que reflejan presión psicológica del sistema administrativo sobre el personal, (de todas las notas de campo y observaciones realizadas, donde se han registrado los mensajes verbales, disponiéndose de un total de 38 notas de campo, tomadas en los diferentes turnos de trabajo). Los datos obtenidos mediante el presente diagnóstico organizacional se presentan de acuerdo a dos fases o momentos claramente diferenciables, a saber:

1.-Fase 1. Descripción Organizacional. Entre las técnicas utilizadas se encuentran, notas periodísticas del diario de la ciudad de Necochea, desde 1969 hasta la fecha; observaciones participantes y no participantes con miembros del Hospital; material correspondiente al microprograma por radió FM, "FM Püenté" (Necochea) a cargo de pacientes y ex-pacientes del hospital; informes oficiales emitidos por la dirección actual del hospital; Ley de Descentralización, Nº 11072/91; Decreto Nº 578/93 "Hospital de Autogestión"; Disposición Provincial 0017/78 para hospitales psiquiátricos; Decreto-Ley 8801/77 (SAMO); Decreto 9/93 "Desregulación de Obras Sociales" y datos estadísticos proporcionados por el departamento de estadística del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli. El objetivo es la descripción, sin interpretación de la situación del sistema.

Fase 2. Análisis Organizacional. Notas de campo; observaciones participantes y no participantes tomadas por la tesista durante la estadía en el hospital neuropsiquiátrico antes mencionado. El objetivo es la interpretación desde el marco teórico construido para este trabajo de tesis.

Fase 1. Descripción organizacional del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli (Necochea).

a. Caracterización del Hospital.

Localización. Ubicación Geográfica; Edificación y dependencia del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El Hospital Subzonal Neuropsiquiátrico Especializado Dr. Domingo Taraborelli se encuentra ubicado en la localidad bonaerense de Necochea, que es un partido ubicado en el centro-oeste de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Este establecimiento de salud pertenece a la Región Sanitaria VIII, Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Buenos Aires, región ésta que abarca 15 partidos, entre ellos el de Necochea (Véase Anexo IV.

Mapa). La ciudad de Necochea tiene una superficie edificada de 4.465 Km² y 89.000 habitantes. La zona geográfica corresponde a una llanura costera, bordeada por el mar argentino y por el río Quequén Grande, que recorre su límite oriental, siendo el accidente geográfico más cercano al hospital, tan sólo a 150 metros. El hospital se encuentra ubicado en la calle 49 N° 1868, de la localidad de Necochea, edificado sobre un terreno de 10.000 m², el estilo de edificación no presenta características carcelarias, no existen rejas, ni muros, simplemente jardines llenos de flores y árboles prolijamente cuidados, y un pequeño paredón de aproximadamente 20 cm de altura y otros 20 cm de espesor que sirve para delimitar la manzana extensa en la que se encuentra ubicado el hospital (Véase Anexo VI. Plano). También dispone de una Granja Protegida ubicada en la Avenida 75 y calle 114, también de la ciudad de Necochea, donde se procede a la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, es decir a la prevención terciaria, y se efectúan tareas tales como cultivo de girasol y trigo, cria de gallinas y cerdos. Esta granja fue inaugurada en 1992, y presenta 7 hectáreas que fueron donadas al hospital, un 10% del personal se halla afectado a las tareas de la granja, especialmente con técnicos agropecuarios altamente especializados y con capacidad pedagógica y contenedora para guiar y enseñar a los pacientes.

b. Aspectos Históricos del Hospital.

El Hospital fue creado el 12 de diciembre de 1969, fecha que coincide con el Aniversario de Necochea, por una disposición provincial y de acuerdo a un relevamiento de necesidades que fuera efectuado en la Región Sanitaria VIII en materia de Salud Mental. Ante los resultados obtenidos se tomó la decisión de transformar el Hospital "Díaz Vélez", que era un hospital general, con pabellones para enfermos de tuberculosis, en el Hospital de Agudos Especializado Neuropsiquiátrico de Necochea.

El periódico de Necochea, "Ecos Diarios", del 13 de octubre de 1969, registra ese momento titulando la nota "En adhesión a los festejos fue inaugurado un hospital", con ello se

hacía referencia a los festejos de 88° aniversario de la ciudad, respondiendo dicha inauguración al Programa-Convenio de Salud Mental firmado entre el Instituto Nacional de Salud Mental y el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires. En ese momento la capacidad máxima de camas era de 60 camas, según las características y espacio físico disponible, anunciando el desarrollo de un programa de gran alcance con la Unidad Hospitalaria de Mar del Plata, cuyas tareas se centrarían en la prevención primaria, secundaria y terciaria. En esos momentos el Director del Instituto de Salud Mental era el Dr. Ricardo Estévez, y el coordinador de la antes denominada Zona Sanitaria VIII, el capitán de navío-médico Dr. Armando Manuel Forneris, el Director Nacional del Departamento de Asistencia y Prevención Psiquiátrica, Dr. Oscar Oliva Otero.

El fundador y primer director del hospital neuropsiquiátrico fue un médico psiquiatra, que desempeñó funciones durante un año, luego lo sucedieron otros dos médicos psiquiatras, un hombre y una mujer. En ese momento el equipo técnico estaba compuesto por 2 psiquiatras, 1 psicólogo, 2 laborterapistas y personal de enfermería, siendo la mayor parte de las derivaciones locales.

Desde el comienzo fue un Hospital de Puertas Abiertas, cuyo objetivo principal fue desarrollar un programa de trabajo comunitario destinado a la recuperación y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de trastornos psiquiátricos.

En 1972, siendo el director otro médico psiquiatra de Necochea, se evaluó la necesidad de incorporar a los recursos humanos del hospital, personal especializado, por lo tanto se modificó la composición del equipo técnico, quedando conformado por 3 psiquiatras, 4 psicólogos, 1 terapistas ocupacional, y se aumentó considerablemente el personal de enfermería. Luego de cinco años, este médico psiquiatra vuelve a hacerse cargo de la dirección del hospital durante el período comprendido entre 1978, y 1987, llegando a tener el hospital 62 camas para internación y aumentando las consultas anuales en cifras altamente significativas.

Dado que las demandas iban en aumento, se presentó la necesidad de incorporar más personal, por lo que se firma un convenio con el Hospital Interzonal General de Agudos y el Hospital Interzonal Especializado Materno-Infantil, ambos de la ciudad de Mar del Plata, los cuales diariamente envían en calidad de concurrencias: 1 médico psiquiatra y 1 psicólogo. En 1980 comienzan a tomarse residentes en psiquiatría, siendo en principio dos los cupos, hasta que en 1989 llegaron a ser 4 las plazas para esa especialidad médica. A partir de 1990, con los primeros egresados de la Licenciatura en Psicología, luego del cierre de la misma durante el proceso militar, actualmente Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, se abren en este hospital residencias de pre y postgrado en Psicología, siendo los cupos 2 para cada tipo y nivel de formación.

En 1982 y 1983 fueron creados por decreto los servicios de Docencia e Investigación, el Servicio de Psiquiatría-Infanto-Juvenil y el de Neurología. Al mismo tiempo se procedió al contrato de los Servicios de Mantenimiento, Cocina y Vigilancia.

También en esos años es cuando comienza a funcionar un Hospital de Día, el cual se mantenía en el mismo espacio físico que el destinado a internación. La provincia dona tierras fiscales en 1986 y 1987, las que se destinaron a la creación de la mencionada anteriormente "Granja Protegida Psiquiátrica". Ante esta apertura fue requerido gran cantidad de personal técnico, debido a que también fue incrementándose las demandas de la zona de cobertura del establecimiento.

El quehacer terapéutico tenía como bases ciertos puntos claros que definen el perfil humanístico del establecimiento, a saber:

- el funcionamiento a puertas abiertas.
- el clima emocional comunitario de seguridad y permisividad.
- la permanente explicitación de sistemas comunicacionales.

-la constante tarea de revalorización del rol personal que está presente en cada uno de los pacientes y el uso de todos los recursos terapéuticos existentes sobre el telón de fondo de la Comunidad Terapéutica.

En esos momentos, al igual que en la actualidad, la mayor parte de las actividades realizadas en el hospital se efectúan a través de programas y subprogramas en relación con otros servicios de salud, tal es el caso de la extensión de cobertura al Hospital General Municipal "Dr. Emilio Ferreyra" de la ciudad de Necochea, realizada en 1989 y hasta el momento mantenida.

En 1989 hasta 1991, las funciones de dirección quedan a cargo de un médico neurólogo, período breve en el que no fueron importantes los aumentos de demandas en el hospital.

En 1991, el hospital fue intervenido durante 6 meses, posteriormente fue nombrada la directora actual, una médica psiquiatra. En ese mismo año, debido al trágico fallecimiento en un accidente del que fuera intendente de la ciudad de Necochea, el Dr. Domingo Taraborelli, se le coloca su nombre a este hospital, y una placa con una frase que de alguna manera revela lo valiosa que fuera la figura del mencionado edil y el reconocimiento que el pueblo necochense siente también por el hospital neuropsiquiátrico, que pese a ser el único provincial, es desde la creencia comunitaria definido como "el hospital neuropsiquiátrico de Necochea".

c. Aspectos Político-Jurídicos de la organización del Hospital.

Según los informes oficiales a cargo de la dirección del hospital, desde el subsistema político-jurídico, la normatización de la organización y funcionamiento del hospital Dr. Taraborelli, se encuadra en los principios rectores de la Comunidad Terapéutica, ya que dicho modelo ha demostrado durante más de 25 años, ser el de mayor eficacia para la recuperación, rehabilitación y reinserción familiar y social del paciente.

Este modelo se enmarca en principios humanistas de la salud mental, lo que facilita el control y prevención del sufrimiento mental, realizándose el tratamiento en condiciones gratificantes, tanto para los recursos humanos del hospital, como para los pacientes del mismo. En este marco de trabajo se efectúan prestaciones en un sistema de puertas abiertas, donde las limitaciones están dadas por las características psicopatológicas de los pacientes, lo que condiciona ciertos grados de libertad o movilidad externa, (sistema de listas). Este sistema de listas implica tres categorías, tomando como analogía el semáforo, así el rojo significa que no puede salir; el amarillo equivale a sale pero vuelve y el verde, sale. Con este código se manejan las opiniones del equipo interdisciplinario que trabaja con cada paciente e incluso se realizan reuniones con los pacientes en grupos que permiten consultar a otros pacientes de igual o más nivel de rehabilitación alcanzado, para que todos puedan brindar su opinión.

La mayor parte de los pacientes que ingresan provienen del Tribunal Judicial, traídos por la Policía, o bien, por su familia que solicita la internación, siendo mínimo el porcentaje de pacientes que llegan en forma espontánea.

Normas Administrativas. Las disposiciones de sistema ambulatorio en salud mental parten del establecimiento de una lista de prioridades programáticas en las cuales debe concentrar sus esfuerzos todo el personal de la organización de servicios de salud.

Se entiende por prioridad la esencia de la planificación y se base en la magnitud y severidad clínica y social del problema, la respuesta de la comunidad y la disponibilidad de medios eficaces y eficientes para enfrentarlo.

Se define el trabajo en cada servicio, según los resultados esperados para el mismo o de cada una de sus unidades, es decir los estándares que sirven para efectuar el control de gestión, primando un control de tipo preventivo y no directo, en el sentido de Koontz (1995).

Existen manuales de procedimientos de modo que cada miembro del personal del hospital sea consciente de sus límites, de sus derechos y obligaciones, determinándose qué destrezas o habilidades son necesarias para alcanzar los objetivos y metas del servicio.

Los registros de los pacientes contienen toda la información pertinente a la situación clínica del mismo, en forma individual y describen procedimientos y acciones tomadas por cada prestador de cuidados en relación con el paciente, sus respuestas y reacciones. Actualmente se ha unificado en los hospitales provinciales, la existencia de una H.C.U. esto es, Historia Clínica Única, en función de los cambios de otro subsistema, el tecnológico, más precisamente la informática, de modo que en un futuro no muy lejano todas las organizaciones de servicios de salud, provinciales al menos en un principio, se encuentren interconectadas a través de una red informática. Existe un registro de quejas para atender a familiares y a pacientes en sus reclamos.

Según los informes oficiales, esto es aquellos provenientes de la Dirección del Hospital, y que son de vital importancia para esta tesis de Maestría, la participación del personal es posible, debido a que se ofrecen numerosas oportunidades de discutir con sus superiores las dificultades que encuentra en su trabajo con enfermos mentales. Además, de prodigar un espacio para que cada miembro del personal efectúe un estudio interno para identificar las fortalezas y debilidades de políticas, programas y actividades del servicio al que pertenece. Estos estudios aportan datos sobre los que se basa la fijación de metas programáticas vinculadas con objetivos específicos y que permiten evaluar los alcances de las políticas de salud mental implementadas.

También el funcionamiento del hospital depende de normas para la administración de la atención, priorizando el tratamiento individual, que es seguido por todo el personal involucrado, para ello se realizan reuniones de personal-profesional para discutir los planes individuales de atención de los pacientes. De esta manera los pacientes también son

estimulados a desarrollar trabajos compatibles con sus habilidades, no practicándose la contención física ni el confinamiento de los pacientes bajo llave en cuartos de aislamiento.

Funciona un Comité de Ética, de esta manera antes de iniciar un programa de tratamiento se obtiene el consentimiento informado del paciente o de su representante. Esto se complementa con las normas escritas acerca de las indicaciones y usos de las diversas terapias medicamentosas. Uno de los principios éticos rectores del sistema de internación consiste en que el hospital debe priorizar y potenciar todos aquellos factores que favorezcan la personalización y la humanización de la situación traumática que vive, entendiendo la internación como el primer paso para la resocialización del paciente y su alta. Es también norma del sistema de internación según el artículo 7º de la Disposición Provincial 0017/78 para Hospital Psiquiátricos, que no se internarán débiles mentales ni pacientes menores de 18 o mayores de 60 años, que no presenten patología psiquiátrica activa. Tampoco se internarán casos de alcoholismo u otros trastornos de drogadependencia o intoxicación que no se encuentren en estado de alienación (psicosis y estados subagudos psiquiátricos), ni trastornos de personalidad que no se beneficien de tratamiento psiquiátrico en un modelo de puertas abiertas.

Destacan además, que los pacientes que por sociopatía o trastornos de personalidad no puedan adaptarse a esta modalidad de puertas abiertas o representen un grave peligro para terceros, se derivarán a otras instituciones de régimen cerrado o custodiales, con la debida autorización judicial.

Las normas para los tratamientos y atención en diferentes servicios involucran ciertas actividades tales como:

-Entrevistas individuales y familiares, en las que participan todos los servicios de manera conjunta e independiente, según las necesidades.

-Grupos Terapéuticos, los cuales están conformados por integrantes de los servicios de psicología, psiquiatría, terapia ocupacional y servicio social. El ingreso del paciente se basa en un diagnóstico presuntivo, conciencia de la situación, niveles de deterioro y período estimativo de internación. El objetivo general es trabajar conciencia de enfermedad y tratamiento, relaciones interpersonales y confrontación con la realidad, siendo un total de tres grupos, que se reúnen una vez por semana, durante 90 minutos.

-Asambleas Comunitarias, según las expresiones de los directores del hospital, es el mecanismo idóneo para lograr una mayor participación interactiva, tomando como base los problemas comunes de los pacientes, sus privilegios, sus deberes, su trabajo, la desvinculación familiar, el prejuicio social, el miedo a la soledad, el miedo a la locura, miedo a la muerte, sus percepciones acerca de los compañeros y del personal, su opinión sobre la organización hospitalaria.

De esta asamblea participan todos los internos, y los integrantes de distintos servicios, siendo rotativa la coordinación de la misma, y estando a cargo de los profesionales del Equipo Técnico. Su frecuencia es dos veces por semana, con una duración de 60 minutos cada encuentro.

-Grupo de Atención en Crisis, el objetivo de este grupo es la recepción del paciente en estado agudo de su enfermedad y determinar el régimen de tratamiento que se va a abordar. El psicólogo, el psiquiatra y el trabajador social, evalúan el diagnóstico, el tratamiento alternativo, necesidad de internación, período estimativo de la misma, etc.

-Hospital de Día, es una estrategia terapéutica tendiente a la revinculación sociocomunitaria, fortaleciendo vínculos familiares y laborales. Entre las actividades se encuentran trabajos grupales como lectura de diario, cine, debate, asamblea de comunidad de apertura y cierre, terapia grupal, reunión multifamiliar, psicofarmacología, terapia ocupacional, taller, granja, actividades extrahospitalarias y reunión de equipo.

-Terapia Ocupacional. Cuando el paciente es derivado a un terapeuta ocupacional se realiza una entrevista individual, evaluación, determinación de actividades a las que se incorporará el paciente. Las actividades dependen de los grupos específicos de cada terapeuta ocupacional. Existen grupos de producción, de laborterapia, recreativos y de salidas programadas, de granja, de entrenamiento de hábitos, de lectura de diarios.

-Servicio Social. Se ocupa de la recepción de pacientes, entrevistas individuales y familiares, elaboración de informes, recreación de vínculos sociocomunitarios, seguimiento de los pacientes dados de alta y de los casos de atención ambulatoria.

-Docencia e Investigación. Sus acciones principales son de formación, capacitación e investigación que apuntan a la prevención dentro del marco de una política sanitaria de descentralización. Conciernen a este servicio la formación del sistema de residencias (Residencia en Psiquiatría y Psicología Médica y Residencia en Psicología); capacitación continua, ya sea intrainstitucional o comunitaria; supervisión de pasantías por los distintos servicios solicitados al hospital (estudiantes de Terapia Ocupacional, Servicio Social y Enfermería), éstos principalmente provenientes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, aunque también han trabajado con estudiantes de la Facultad Nacional de La Rioja. Se efectúan diseños de investigación longitudinales y transversales, ateneos, cursos, seminarios, talleres, conferencias a cargo de invitados especiales, etc.

Entre las normativas más importantes en este momento para el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, se encuentra la Ley de Descentralización: "Ley de Nuestro Hospital", N° 11072/91 (Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires) y el Decreto 578/93 "Hospital de Autogestión", esa importancia otorgada por el personal, obedece a que la organización de servicios de salud a la que pertenecen ha sido recientemente descentralizada, y ésto en tanto, cambio político-jurídico-administrativo, implica diferencias notables en el

funcionamiento del hospital. Entre ellas, el funcionamiento se encuadra en los siguientes principios de acuerdo a la Ley 11.072/91, que define un nuevo perfil hospitalario producto de la delegación de funciones y potestades. En dichos principios predomina la equidad y eficacia social, la jerarquización de la prevención, la participación de diferentes actores sociales institucionales y extrainstitucionales, el incremento de la calidad de la atención y criterio de integración de la misma, y el desarrollo del rol educativo y de investigación del efector. Se apunta a la integración de una red asistencial y al trabajo en equipos interdisciplinarios, enfatizando en los derechos del paciente y del personal de los diferentes servicios.

Esta ley sienta las bases para la reestructuración técnico-administrativa y del ente descentralizado, en tanto un proceso de transferencia de competencias a los servicios hospitalarios que incrementen su capacidad de gestión y de resolución de acciones sanitarias sobre la población del área programática, acompañada de los correspondientes recursos que permitan ejercerlas. Los objetivos principales de ese Ente descentralizado son:

- a. La eficiencia y eficacia social en las prestaciones de salud.
- b. La optimización de la calidad de los servicios asistenciales.
- c. La institucionalización de la participación y el protagonismo de los trabajadores del equipo de salud y de la comunidad en la programación, ejecución y control de gestión de las acciones sanitarias integrales que se desarrollen en el área de influencia.

Se deja claro que todos los hospitales descentralizados desarrollarán su actividad en el marco de los programas preventivo-asistenciales que determine el Ministerio de Salud, adaptándolos a la realidad local y regional, y con el objetivo de garantizar acciones integrales de salud a toda la población bajo programa, buscando la extensión de cobertura y el logro de la equidad, a partir de la priorización de acciones dirigidas a la población en riesgo.

Entre los principios, se prohíbe absolutamente todo mecanismo discriminatorio hacia la población sin cobertura social. Siendo el Ministerio de Salud, a través del área normativa

correspondiente, y a propuesta del Consejo de Administración, el que apruebe el perfil y estructura del ente descentralizado, además de disponer los mecanismos para la evaluación de la gestión. También deja claro que no se exigirá ningún comprobante o certificación referida a la condición económico-social de los pacientes a los efectos de su atención por parte del Ente.

Entre los derechos de los pacientes establece:

- El respeto a su persona, a su dignidad humana e identidad.
- La ausencia de condicionantes para su atención resultantes de limitaciones económicas individuales.
- Secreto profesional en todo lo atinente a su proceso de salud-enfermedad.
- Derecho a la información continua y correcta, tanto la dada al paciente como a sus familiares sobre su proceso de salud-enfermedad.

Entre las responsabilidades a asumir por el Ente Descentralizado se encuentran la planificación, programación y ejecución de acciones sanitarias, en el marco de las políticas dispuestas por el Ministerio de Salud para la prevención, recuperación y rehabilitación de la población a asistir, conforme a sus necesidades. También debe elevar un organigrama de funcionamiento de los diferentes sectores y servicios de diagnóstico y tratamiento, así como un redimensionamiento y readecuación de las áreas técnico-administrativas, de acuerdo al perfil del establecimiento, complejidad y a la red de servicios de salud con que cuente su área de influencia, tanto del subsector público como privado.

En cuanto a los recursos económicos, debe arbitrar los mecanismos para el manejo de los fondos con ajuste a la Ley de Contabilidad y Decreto Reglamentario N° 3300/72 para recaudación y pagos, con la Jerarquía de Director General de Administración. Debe además presentar mensualmente a los organismos de control externo la rendición del estado contable correspondiente.

MCA

Con respecto a la capacitación del personal debe presentar anualmente los planes de capacitación continua para el personal de las distintas áreas o servicios que contarán con el apoyo correspondiente del Ministerio. Asimismo, debe elaborar programas de docencia de postgrado y diseños de investigación aplicada.

Esta ley presenta las normas para el funcionamiento del Consejo Administrativo y del Director Ejecutivo. Este último será nominado y removido por el Consejo de Administración, de acuerdo a los mecanismos a reglamentar por Resolución Ministerial. El régimen laboral será de 60 horas semanales y dedicación exclusiva, con un nivel salarial propio a fijar por el Ejecutivo a propuesta del Ministro de Salud.

El Director debe regirse en cuanto a sus derechos y obligaciones por la Ley 10471 Categoría de Director de Hospital y sus modificatorias, además de lo contemplado en la Ley 11072/91. Entre esos derechos y obligaciones se encuentran:

Misiones: ejecutar las acciones inherentes a la conducción del Ente Descentralizado, a través del cumplimiento de los planes y programas elaborados, así como las directivas emanadas del Consejo de Administración.

Funciones de los Directivos:

- participar de las reuniones del Consejo de Administración, con voz pero sin voto.
- ejecutar los programas preventivo-asistenciales elaborados al efecto, en el área programática asignada.
- coordinar el funcionamiento del efector.
- programar las actividades de los diferentes servicios conjuntamente con sus responsables.
- supervisar la gestión asistencial, técnica y administrativa del ente a su cargo.
- responder a las inquietudes que realicen los pacientes, o sus familiares en cuanto a reclamos y sugerencias.

-formular la política de recursos humanos del establecimiento, así como los programas de docencia e investigación aplicada, los que serán elevados al Consejo de Administración para su estudio correspondiente.

-comunicar por intermedio de quien corresponda al Registro Civil, los movimientos de altas y bajas (nacimientos y defunciones).

Una vez al año y antes del 30 de junio, el Consejo de Administración debe elevar al Ministerio de Salud un anteproyecto de presupuesto a los fines de su evaluación y aval. En el mismo se deben dejar claras las necesidades financieras del Ente en función de desarrollo de sus programas preventivo-asistenciales.

El Ministerio realizará las observaciones que considere pertinentes antes del 30 de setiembre de cada año, quedando obligado el Ente u Hospital a garantizar las prestaciones asistenciales, una vez aprobado el presupuesto.

Existe una Cuenta Especial SAMO (Sistema de Atención Médica Organizada) según el Decreto Ley 8801/77, las imposiciones e inversiones de carácter financiero girarán a la orden conjunta de Dirección Ejecutiva y Administración del Ente Descentralizado.

La Ley 11072/91 también establece las condiciones o causales para la remoción del o los miembros del Consejo de Administración y los casos en los que deba ser intervenido el hospital.

En cuanto al decreto 578/93, es el que permite la transformación de los Hospitales Públicos en Hospitales de Autogestión. Así, los hospitales públicos de autogestión actúan como organismos descentralizados, según las normas vigentes en la provincia de Buenos Aires y con las facultades legales que le asigna la autoridad competente, según la Ley 11072/91. Al respecto, es importante la dimensión territorial que cubren los hospitales y las características sanitarias heterogéneas que se presentan, por lo tanto, resulta valiosa la mayor flexibilidad que

MCA

ofrece esta nueva reglamentación para superar obstáculos que retardan el cumplimiento de su función.

Los hospitales públicos de autogestión pueden realizar gestiones tales como convenios con entidades de la seguridad social de acuerdo a las normas vigentes y las dictadas en relación a las prestaciones que las mismas estén obligadas a brindar a sus beneficiarios; cobrar servicios que brinde a personas con capacidad de pago o a terceros pagaderos que cubran las prestaciones del usuario de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, seguros de accidentes, medicina laboral, u otras similares que estén obligadas por normas vigentes, dentro de los límites de la cobertura, oportunamente contratada por el usuario. A los fines de establecer la situación socioeconómica y el tipo de población que demanda servicios, debe disponer de un área de Servicio Social. Por lo tanto, la descentralización es una condición necesaria para lograr la autogestión, pero esto genera ciertas tensiones propias de una situación de cambio la cual será analizada en la fase 2 de este diagnóstico organizacional.

Otra ley que resulta más que vigente en el marco de la descentralización y autogestión, es la Ley 8801/77 SAMO. Recuperación de Costos, cuyo objetivo general consiste en la organización de la demanda mediante la identificación y registro de la población que requiere prestaciones. Mientras que los objetivos específicos giran en torno a la estructura de costos de las prestaciones mediante la facturación de todas ellas. Se establece así, un programa de cobertura basado en la identificación, registro y facturación de toda la demanda y en la organización de un sistema de protección y garantía de la prestación a aquellos pacientes sin cobertura.

El área de recuperación de costos en el contexto de la autogestión y descentralización es de vital importancia, dado que permite generar recursos genuinos, a esto se anexa la Desregulación de las Obras Sociales (Decreto 9/93), donde se establece para las obras sociales la obligación de pago al efector público por las prestaciones brindadas a sus afiliados.

Entre las tareas principales se encuentran la identificación de pacientes con cobertura social, realizar convenios nuevos para atraer los afiliados no cautivos y profundizar la lucha contra la evasión.

El hospital se encuentra así, en un proceso de reconversión que exige:

1. clara definición de la población asistida.
2. eficientización de la gestión económica-financiera.
3. adecuación de la organización interna.
4. control de estándar de calidad de los servicios que se brindan y su determinación.
5. formación direccionada de los recursos humanos que lo operan.

Dado que los hospitales cuentan con una dotación de recursos humanos en áreas administrativo-operativas cuya capacitación estuvo centrada en cursos de formación técnica y en menor medida en niveles de jefatura y gerenciales, entonces la premisa es capacitar la planta de personal utilizando técnicas participativas dirigidas a todos los integrantes de la organización para la enseñanza y concientización de temas vinculados a la calidad de la atención.

Se parte de la premisa acerca del rol del hospital público dentro del sistema de atención médica como un instrumento que permita la mejor accesibilidad y lograr una efectiva extensión de la cobertura con acciones del mejor nivel de calidad posible y al menor costo económico-social.

El hospital de autogestión continúa recibiendo los aportes presupuestarios que le asigna la jurisdicción para el habitual funcionamiento del mismo de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población que asiste, tendiendo a reemplazar progresivamente el concepto de subsidio a la oferta, por el subsidio a la demanda.

Los ingresos que percibe son administrados por el Hospital Público de Autogestión, debiendo establecer la autoridad sanitaria jurisdiccional el porcentaje a distribuir entre:

a.El fondo de redistribución solidaria, asignado por el nivel central, con destino al desarrollo de acciones de atención de salud en áreas prioritarias (Fondo Provincial de Salud).

b.El fondo para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del Hospital, administrado por las autoridades del establecimiento (Capital-funcionamiento).

c.El fondo para distribución mensual, entre todo el personal del Hospital (Bonificaciones).

Los agentes del Sistema Nacional de Seguro de Salud podrán convenir la atención de sus beneficiarios libremente con el Hospital, en base a convenios o contratos de riesgo con la modalidad de capitación o cartera fija.

La modalidad de facturación queda limitada a los nomencladores globalizado (SAMO) y modulado 282.

Con respecto a la organización hospitalaria, el organigrama (Veáse Anexo VI) tiene por propósito ayudar a los integrantes de los diferentes servicios a expresar la idea de organización en actividad, estableciendo relaciones jerárquicas, funcionales y asesoras, dentro de un encuadre formal, donde se puede verificar el proceso administrativo adecuadamente.

Se diferencian los encargados de servicio y de función. El primero se refiere al desempeño con alto grado de autonomía y especialización, conducción del grupo de trabajo, programación, coordinación y supervisión de tareas, y la responsabilidad por los resultados obtenidos. Cumpliendo líneas programáticas y directivas emanadas de la superioridad.

El encargado de función, requiere de un desempeño basado en conocimiento específico, criterio formado, cierta iniciativa y cierto grado de autonomía y decisión sujetos a orientación.

El auxiliar de tareas implica la realización de tareas simples y/o de rutina, auxiliares de trabajos complejos que se realizan en el sector, sujetos a frecuente control y orientación.

d. Otros aspectos actuales del Hospital, relativo a los Recursos Humanos, demandas y datos epidemiológicos y modelo de pensamiento administrativo en vías de implementación.

El total de recursos humanos del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli es 106, existiendo 114 cargos considerando a los cargos jerárquicos, ya que existen profesionales que desempeñan doble función, es decir función directiva o jerárquica y prácticas de consultorio en su especialidad (9 profesionales), siendo la distribución según cargo y profesión tal como se indicó en la pág. 59, en el apartado II.5.2. Muestra.

La cantidad de enfermeros por médico es 1.38, existiendo 18 enfermeras de planta permanente y 13 médicos de planta permanente. La proporción de psicólogos por médicos es 0.38, existiendo 5 psicólogos de planta permanente y 13 profesionales médicos de planta permanente, si se consideran los psicólogos residentes suman 12, siendo la proporción 0.92, es decir no alcanza a un psicólogo por cada médico.

La dirección ejecutiva del Hospital está a cargo de una médica psiquiatra y el director asociado es un Licenciado en Psicología. Otros cargos jerárquicos a cargo de profesionales son: Jefe de Psiquiatría, Jefe de Psicología, Jefe de Terapia Ocupacional, Jefe de Unidad de Diagnóstico, Responsable de Hospital de Día y Responsable del área de Clínica Médica.

Los turnos de distribución del personal son tres, de acuerdo a los siguientes horarios: mañana (7 a 13), Tarde (13 a 19) y Noche (19 a 21) este último es un doble turno, pero tiene mayor cantidad de francos.

En cuanto al modelo de pensamiento administrativo en vías de implementación, es el planeamiento estratégico, donde se diferencian las funciones del Consejo de Administración,

MCA

director ejecutivo y director asociado, concentrándose en las funciones de planificación, organización, dirección, ejecución y coordinación.

Mientras que existe un área de Control de Gestión que se ocupa del asesoramiento en el diseño de la organización, verificación del control de gastos, recupero de costos, medición de la gestión, corrección del desempeño no satisfactorio, colaboración para el cumplimiento de las líneas programáticas y fijación de procedimientos tendientes a la optimización de la administración.

Entre las medidas tomadas se encuentran aquellas que buscan el desarrollo organizativo del sector, basadas en los manuales de procedimientos, el diseño de formularios para exponer quejas por escrito de los agentes, que son remitidas al jefe y seguidamente a la dirección. También se trabaja en la integración de los servicios mejorando los canales de comunicación y la promoción de la información mediante folletos, afiches, etc., con especial énfasis en las matrices DOFA o FODA, es decir aquellas que permiten identificar fortalezas y debilidades, amenazas y oportunidades, participando de su construcción todo el personal del hospital.

El personal de control de gestión evidencia una gran resistencia en muchos miembros del hospital a la inserción de este nuevo modelo de administración, resistencia que encubre temor a lo desconocido y falta de capacidad de adaptación en algunos miembros del hospital, que no representan de ningún modo la mayoría, sino algunas excepciones.

En el campo cultural se advierte la necesidad tanto por parte de la Dirección como por parte del Área Docencia e Investigación y el Área Control de Gestión de implementación de cursos de capacitación para el personal de enfermería y para el personal no jerárquico en general acerca de los nuevos modelos en gerenciamiento y las posibilidades de participación que los mismos brindan al personal de las organizaciones de servicios de salud mental.

En el caso de los profesionales generalmente deben buscar los cursos afuera, por ejemplo los psicólogos buscan cursos de Psicoterapia Sistémica que se dictan en Mar del Plata, en otros casos deben ir a Buenos Aires. Una de las mayores demandas de capacitación es en enfermería psiquiátrica dado que existen becarias empíricas.

Entre los indicadores de atención hospitalaria y datos epidemiológicos se obtienen los siguientes, el total de internos es 64, siendo aproximadamente el 30% pacientes crónicos. El giro-cama es muy lento por el tipo de patologías que se atienden, lo que dificulta a nivel económico el cobro a las obras sociales. Se ha registrado últimamente un aumento de patologías relacionadas con las adicciones (alcoholismo, drogadicción) en íntima relación con las presiones económicas que afectan a todo el grupo familiar. Estas demandas son atendidas en consultorios externos, dado que son patologías que se inscriben dentro de las neurosis.

Con respecto a las patologías, el 44% corresponde a psicosis, el 42% a neurosis y el 7% a alcoholismo. En la actualidad se han incrementado también los episodios agudos por angustia y ansiedad como consecuencia de las presiones socioeconómicas.

Se efectúan psicoterapias individuales (niños y adultos) , grupales, de familia y de pareja; pruebas psicométricas y proyectivas; pericias judiciales; evaluaciones neurológicas; electroencefalogramas; terapia ocupacional; sesiones del equipo terapéutico; actividades de granja y evaluaciones preocupacionales (bomberos, tñoneles, policías, etc.).Se trabaja como una unidad funcional integral, desde que el paciente ingresa al sistema debe ser atendido por un equipo terapéutico donde pueda pasar de un sistema ambiental donde están comprendidos desde el consultorio externo, consultas telefónicas permanentes, la medicación ambulatoria, hasta una internación ya sea en la modalidad hospital de día o una internación completa. El médico orientador psiquiatra es semejante al médico de familia pero en psiquiatría.La capacidad total del hospital es de 64 camas y está completa.

Onca

Como resultado de ciertas observaciones participantes realizadas en el lugar, se obtienen las siguientes apreciaciones que hacen a la interacción entre la organización de servicios de salud y el medio social, es decir entre el microcontexto y el macrocontexto, que funcionan así como un todo integrado.

Se observan carteles con las siguientes leyendas: "Prohibido fumar en el horario del taller mientras se está trabajando"; "Atención!!! No arrojar basura al desagüe de la pileta"; "Solicitamos colaboración del personal y de todo aquel que así lo pueda hacer, para donar ropas, bijouteri, artículos de perfumería, adornos, u otro tipo de elemento de esta naturaleza, para poder realizar una linda fiesta de Navidad y Año Nuevo, a la que todos están invitados".

Otro aspecto importante, el es relacionado al control de las puertas de acceso principal del hospital, el control de la puerta principal donde se lleva un registro de quien ingresa al mismo lo efectúan los propios pacientes más recuperados, que tienen una mesa y silla en la entrada y registran el ingreso de las personas, preguntándole el nombre y a qué institución pertenece o quién es.

A partir de un microprograma de radio titulado: "Locos al Ataque", que los internos y ex-pacientes del Hospital Taraborelli tienen en una FM de Necochea, denominada FM Puente, se evidencian algunas cuestiones relacionadas a la interacción entre el microsistema (hospital) y el macrosistema (medio social o comunidad), siendo el objetivo principal de este programa "llegar a la comunidad y que sirva para la comunidad", al respecto una frase que revela la falta de información, y con ella de poder cognitivo, para poder hacer, desde la comunidad, es la verbalizada por un paciente en este programa radial: "En la calle todos vuelan cuando le decimos que somos del Neuropsiquiátrico", o en un poema que demuestra también el tipo de intercambio entre esos sistemas citados:

“Cuando uno está bien, cuando uno está en condiciones, tiene amigos a granel, y al penetrar al hospital, ya no tenemos un amigo fiel. Para decirte a vos si podés algún día, vos que tanto me quisiste, hacerme compañía, yo que estoy tan solo y tan triste, lloro sin contener”.

Asimismo, son numerosas las bromas entre los profesionales y no profesionales del hospital, la más frecuente: “Tenemos la capacidad del hospital completa, pero hay que hablar con el Equipo Terapéutico para que te hagan un lugarcito”, bromas éstas en las que se dá amplia participación a la tesista de esta Maestría, cuyo sentido será analizado en la fase 2 del diagnóstico organizacional.

2.-Fase: Análisis Organizacional del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli (Necochea).

El hospital constituye un sistema, que en tanto microsistema se encuentra inserto en un macrosistema o suprasistema, al que se denomina comunidad, y en cierto sentido como se trata de una comunidad en la que está inserto, que es la correspondiente a la ciudad de Necochea, pero que también está inserto en una comunidad más amplia que es la comprendida por quince partidos de la Región Sanitaria VIII, se puede hablar de una comunidad primaria, la más cercana y una comunidad secundaria, los catorce partidos restantes.

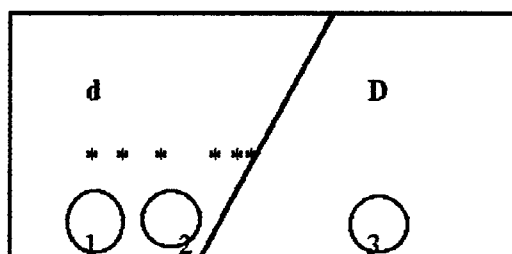
A nivel del macrocontexto o suprasistema existe un amplio reconocimiento de la labor del hospital, tanto en los medios masivos de comunicación, como en la población en general, desde comerciantes, taxistas y otros profesionales de la salud que trabajan en clínicas privadas de la zona, una prueba de ello es que el nombre del intendente que fue más reconocido y querido por la comunidad necochense se le colocó como denominación al hospital provincial y no al municipal, es decir en la representación social o colectiva de ese pueblo, aparece el sentido de otorgar a “algo honorable, un nombre honorable”. Este prestigio del hospital

MEGA

también puede interpretarse a partir de la expansión propia de todo sistema abierto y complejo, como es el hospital, extendiendo sus prestaciones a exámenes preocupacionales a policías, educadores y obreros de la zona portuaria, estrategia que fortaleció los lazos entre el microcontexto y el macrocontexto. La calidad de las prestaciones del hospital es percibida y calificada como “excelente”, pero al mismo tiempo, ya sea el personal del hospital como el resto de la comunidad expresan la necesidad de que continúe perfeccionándose y en continua mejora.

El poder cognitivo se halla repartido por especialidad y nivel de complejidad entre los diferentes hospitales de esa comunidad, estableciéndose relaciones de intercambio entre las tres grandes organizaciones de servicios de salud más importantes y las unidades sanitarias, según las siguientes relaciones y situaciones donde la distribución del poder varía.

Cuadro II. Relaciones de poder en materia de Salud Mental.



Referencias:

D: dominantes.

d: dominados.

*****: Unidades Sanitarias.

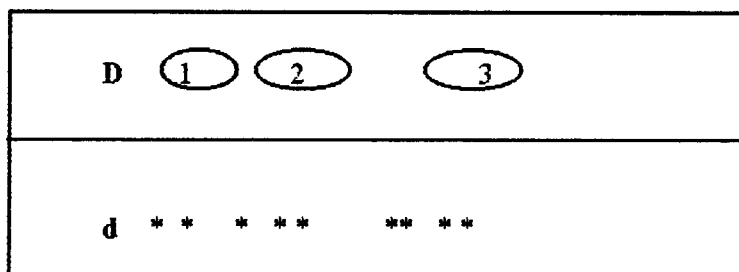
①: Hospital Municipal Irurzun (General).

②: Hospital Municipal General Emilio Ferreyra.

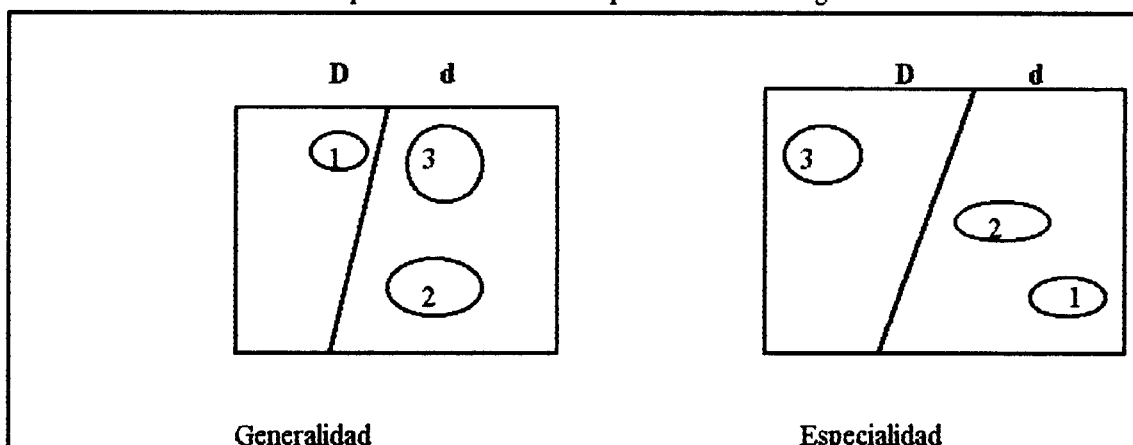
③: Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli.

MCA

Cuadro III. Relaciones de poder en materia de Complejidad.



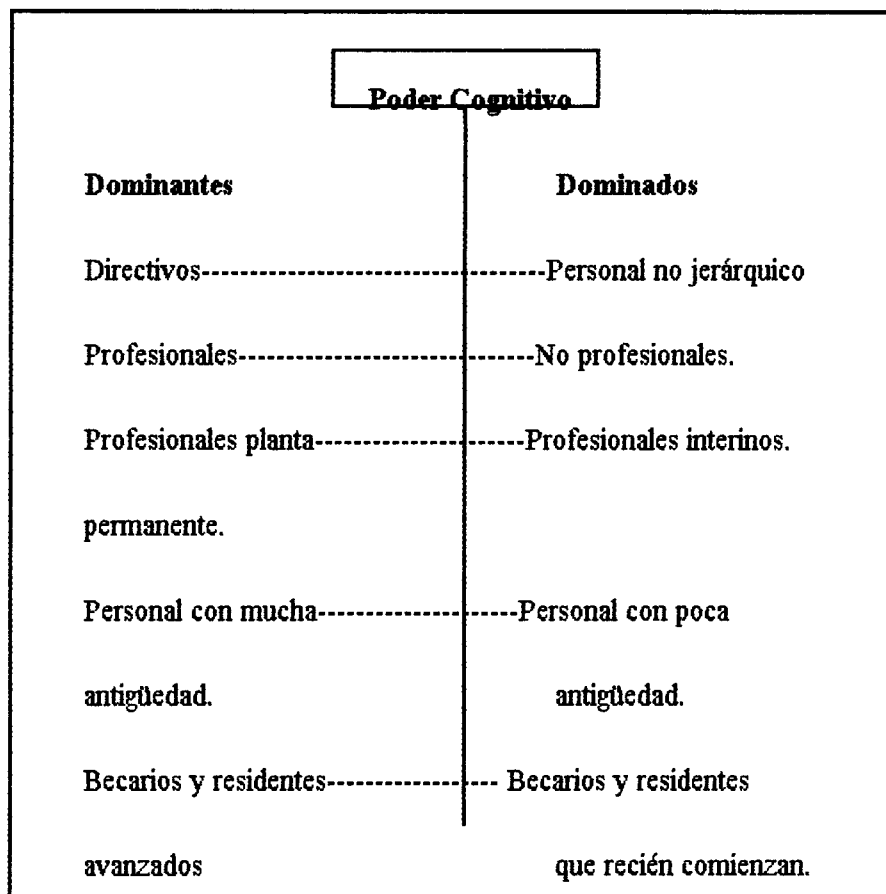
Cuadro IV. Relaciones de poder en materia de especialidad versus generalidad.



Se observa que cada uno de los recursos humanos del hospital reconoce las diferencias de poder cognitivo en la atención sanitaria y el límite entre dominados y dominantes se corre, lo que hace cambiar del lugar de dominantes a dominados o a la inversa. También la diferenciación entre los dominantes y dominados se observa entre los miembros del hospital, del siguiente modo:

ONEA

Cuadro V. Relaciones de poder según el poder cognitivo de los agentes de salud.



Se destaca la rivalidad entre dos sectores de enfermería, uno enfermería de mujeres cuya jefa tiene el título de licenciada en enfermería, es decir universitario; el sector de hombres a cargo de una enfermera empírica con amplia experiencia en salud mental y gran capacidad de trabajo. La rivalidad y competencia se expresa de diferentes maneras, en gestos, verbalizaciones de todos los sectores del hospital, ya sean médicos, terapeutas ocupacionales, difectivos, cocina, etc., también en la ubicación espacial que han tomado cada una de las “enfermerías”, cuando deberían funcionar juntas en el mismo espacio. Así, la enfermería de mujeres tiene su propio espacio, cercano a una de las dos puertas de acceso al hospital; lo

mismo ocurre con la enfermería de hombres que también cuenta con su espacio y está ubicada cerca de la otra puerta del hospital, entendiendo las puertas como sinónimo de poder, el límite entre el afuera y el adentro. El primero de los espacios, es decir el conducido por una jefa universitaria, se identifica con el poder del referente, donde las bases de ese servicio desean ser y estar formadas como esa jefa-líder intelectual. Mientras que el segundo espacio descrito, el dirigido por una enfermera empírica, se identifica con otro tipo de poder, el poder del experto, a quien la organización delega gran parte de la autoridad y toma de decisiones, por lo tanto también tiene una autoridad legítima, reconocida por sus bases, quienes tratan de imitarla.

Tanto el poder del referente como el del experto generan admiración en los dominados cognitivos, o bases de cada servicio, admiración que se basa en el conocimiento y experiencia de esas jefas como forma de diferenciación. Esto se corresponde con la marcada diferencia entre profesionales y no profesionales, entre residentes y planta permanente y especialmente entre médicos y no médicos (cualquiera sea la profesión), donde predomina en muchos de ellos el modelo médico hegemónico, y se advierte gran resistencia al trabajo interdisciplinario, quedando el personal médico como aislado en la participación de las fiestas y actividades recreativas, sólo una médica participa activamente de ello.

Estas divisiones entre dominantes y dominados, por otorgarles una denominación que permita distinguir y ubicarlos en una posición, también marca el límite entre los directivos y los subordinados, siendo esto último lo que constituye a la autoridad del hospital como dominante y como autoridad legítima, porque el personal le reconoce su capacidad cognitiva y de trabajo para conducir y hacer crecer al sistema, y no como un funcionario público que se elevó más allá del nivel de su competencia, sea por colocación o por antigüedad.

Ese poder cognitivo no está concentrado sólo en la figura del médico directivo, sino que la directora ejecutiva del hospital es médica psiquiatra y el director asociado es licenciado

en psicología, integrándose en un trabajo en equipo, donde la interdisciplina se observa en todos los niveles jerárquicos donde desempeñan funciones profesionales y/o técnicos.

La situación en la que se encuentra inserto el hospital es un suprasistema o macrocontexto que incluye diferentes subsistemas, lo que permite la siguiente lectura:

❖ **Subsistema científico-técnico**, donde los avances científico-tecnológicos, tales como la informática ha comenzado a brindar sus aportes al sector de administración, control de gestión e investigación y docencia del hospital, y consecuentemente generado ciertas resistencias entre miembros del personal debido a que esta herramienta marca notables diferencias entre el que sabe y el que no sabe, basadas como se observa, en la información como insumo del sistema y en el conocimiento, es decir en el poder cognitivo de cada sujeto.

❖ **Subsistema Administrativo**, que se constituye desde hace 20 años en la creencia y valores de la cultura organizacional como el mejor sistema administrativo, basado en un modelo clásico de pensamiento administrativo, más precisamente en Fayol, con rigurosa disciplina, poca o nula participación, premios y castigos; mientras que en los últimos cinco años comienza a producirse un cambio, implementándose el modelo de pensamiento administrativo de planeamiento estratégico, siendo el mayor contraste para el personal, el hecho de participar, de ser parte de.

Sin embargo, la participación exige mayor compromiso y pensar antes de actuar, como proceso cognitivo subyacente al acto de planificar, operación que demanda información y búsqueda constante de equilibrio frente a cada nueva perturbación que se le presenta al sistema y al sujeto que lo compone. Ante ello aparece la resistencia al cambio, cuyo mayor indicador es la resistencia a todas aquellas nuevas normas derivadas de leyes, nuevas políticas provinciales y del consenso que se logra en las reuniones de los jefes y directores del hospital.

MCA

Pero se destaca que a ese consenso se llega también con las opiniones por escrito de cada miembro del personal del hospital, y que los jefes son voceros de las mismas y las presentan en dichas reuniones, existiendo también asambleas donde todos están presente y brindan sus puntos de vista u opiniones.

Se advierte una tendencia al cambio sistémico tipo 1 o aprendizaje de primer orden, en situación de plena crisis. El estímulo del macrocontexto que generó la crisis de la institución deviene del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a través de la descentralización de los hospitales y la autogestión.

Esas nuevas medidas y marcos jurídicos que condujeron a una crisis organizacional implican dos interpretaciones en el personal, que son totalmente antagónicas:

-por una parte piensan que el Estado se desentiende definitivamente de la atención de la salud mental y también de los trabajadores de la salud mental.

-por otra parte, entienden que el Estado busca mayor delegación de funciones y poder a los directores de servicios de salud para optimizar las prestaciones y también las condiciones y calidad de vida de los trabajadores de la salud.

Así, como entrada en toda situación de crisis, producto del cambio, aparecen con gran intensidad ansiedades y conflictos, que sólo permiten ver al personal la realidad y calificarla según blanco o negro, es decir opiniones extremas, y no pueden integrar ventajas y desventajas de ese nuevo acontecimiento. Ese cambio brusco forma parte del impacto crisógeno, dando lugar a reacciones indiscriminadas, producto de que ese estímulo externo o hecho externo es vivido como una amenaza que ejerce un efecto altamente desestructurante.

Las ansiedades confusionales predominantes y el conflicto confusional, por momentos ambivalente y bivalente hacia la figura de los directores, se manifiesta en expresiones como ésta: "Cuando estaba el Dr. XX (Director) estábamos bien y el hospital funcionaba bárbaro, él

era un genio, organizaba todo y simplemente te decía lo que tenías que hacer, ahora no, te piden opinión, opinar para qué?...”

Esto revela impotencia de las bases frente al cuerpo directivo, revela además el poder de una figura masculina que aparece como mito para la organización; mientras que marca el contraste respecto de una figura femenina que consulta al personal. Al mismo tiempo, se destaca la diferencia en el comportamiento del personal en un sistema administrativo autoritario como fue el anterior, al cual convirtieron en mito y un sistema administrativo consultivo como el actual. Todos éstos son elementos de la cultura organizacional del hospital, donde la creencia en la omnipotencia de un director carismático expresa el deseo de verlo nuevamente como figura capaz de dominar el mundo, potenciándose la idea del salvador o héroe en la situación de crisis.

Esas ansiedades y contenidos subyacentes del pensamiento del personal sanitario son depositados en la dirección del hospital, buscando un “culpable” del cambio.

Se trata de una organización en plena crisis en la que predominó un modelo de organización con aprendizaje de primer orden y lo que permite fundamentar e interpretar la necesidad del personal de no cambiar, de lograr un círculo vicioso donde el principio sea “más de lo mismo”, manteniendo un statu quo. Sin embargo, la dirección y el sector administrativo principalmente, busca lograr una organización flexible, que se adapte a un ambiente o suprasistema turbulento, de modo que pueda sobrevivir, buscando construir una organización inteligente, es decir, con poder cognitivo de cada uno de sus miembros basado en un aprendizaje de segundo orden.

El momento que actualmente está atravesando la institución, corresponde a la superación de la crisis, y al pasaje de la fase de reconocimiento de la situación de crisis a la de adaptación y cambio, ese pasaje se observa en las diferencias de opiniones que pueden

escucharse entre sus miembros, pero la mayor parte del personal ha tomado conciencia de la necesidad de cambio como medio de subsistencia del hospital frente a los cambios vertiginosos del suprasistema. Esto se evidencia a partir del análisis de mensajes contradictorios que revelan la siguiente paradoja: cuanto más información se les brinda y buscan, más dicen que no están informados.

En realidad, se evidencia que saben mucho más de lo que ellos creen sobre la descentralización, lo cierto es que ese poder cognitivo ha aumentado, y la libertad para pensar su propia organización y su participación, les genera interrogantes, dudas que constituyen desequilibrios y por ende sensaciones de insatisfacción o de incompletud.

Esas lagunas en la falta de conocimiento, son perturbaciones cognitivas que conducen a una homeorresis y ésta como proceso de equilibrio dinámico, proceso de ajuste y anticipación constante, hace que el hospital como sistema, a través de su personal salga a operar a través de mecanismos de adquisición de información buscando reestablecer la homeostasis, como equilibrio producto, pero nunca final ni permanente, sino en constante crecimiento. Lo expuesto, permite observar cómo el hospital, en tanto sistema cognitivo, realiza construcciones tomando como insumo la información y el conocimiento que permiten lograr cierta estabilidad momentánea y una salida fortalecedora de la crisis, que implica un nivel de equilibrio superior cualitativamente hablando al que presentaba antes de entrar en crisis.

Lo anterior se corresponde con una demanda explícita del personal, la necesidad de una mayor formación y capacitación en su trabajo específico, que se entiende como demanda a partir de una serie de estímulos externos a un medio interno o microsistema, entre esos estímulos externos se encuentra la desocupación y el miedo a perder su trabajo, verbalizado en numerosas oportunidades por el personal del hospital. Este reclamo también apunta a la organización del hospital y se basa en el tipo de modelo administrativo nuevo, ya que antes la organización estaba simbiotizada y burocratizada con alta concentración del poder en una

persona. Actualmente, a través de frases como: "Esto ya no es más como antes, antes todos sabíamos todo de todos, ahora estamos sin información". En ciertos sujetos aparece la diferenciación entre rumor de pasillo e información, que responde a dos organizaciones, una la informal y otra la formal, pero que ambas coexisten, por el simple hecho de que son seres humanos las que las componen y por ende se producen procesos psicosociales.

El rumor sigue existiendo, pero no como tipo predominante de comunicación, un caso de su existencia es el siguiente:

Dado que el uso del teléfono era excesivo por parte del personal, la dirección del hospital operó a través del siguiente mensaje verbal: "Sea breve al usar el teléfono", que los jefes de servicio colocaron al lado de los teléfonos por escrito. A ese mensaje escrito le fueron anexando al cabo de una semana: "En realidad lo que se dijo desde dirección es: El uso del teléfono solamente se permite ante urgencias"; a la tercer semana de la comunicación el mensaje según el personal había sido "No llamar por teléfono", mientras que en la cuarta semana se anexó: "No recibir llamados". Obviamente que esto último ya resultaba contraproducente como mensaje especialmente en un hospital, lo que convertía al mismo en una isla.

Así, el grado de ansiedad confusional y el nivel de fantasía invadió al de la realidad, no obstante aquellas personas que afirman el anexo: "No recibir llamados", se "dejan" llamar por sus hijos para comentarios no urgentes hasta cinco veces por día, este fenómeno psicosocial organizacional se entiende como la profecía autocumplidora de que esa orden no dicha, realmente se efectivice.

También aquellos servicios que aún presentan directivos con mayor nivel de rigidez en el tratamiento de las personas colocan carteles del siguiente tipo para que sean leídos por los pacientes, lo que refleja que toda la organización funcionaba bajo un sistema autoritario. "NO

se atenderán aquellos pacientes que no vengan acompañados por la enfermera". Se observa que la frase comienza con negación, luego refuerza la negación, exponiendo lo que no se hace en lugar de exponer lo que es necesario hacer para ser atendido, por ejemplo: Los pacientes serán atendidos cuando vengan acompañados de una enfermera. Esto revela el pasaje hacia la última fase de toda crisis organizacional, que corresponde a la adaptación y cambio sistémico tipo 2 o verdadero cambio, que rompe con el círculo vicioso generado por el modelo administrativo anterior.

Esa crisis generó una confusión desestructurante que fue vivenciada como una fluctuación violenta referida a la interrelación organización-medio ambiente, es decir microsistema-suprasistema ambiental, lo que implica una pérdida progresiva de la eficacia de los mecanismos de regulación que fueron útiles hasta el momento, especialmente en un sistema administrativo autoritario, con una figura carismática como director, ese orden del que en su momento se quejaban, sólo es percibido como bueno, cuando faltó, amparado en la creencia o representación sociocognitiva popular acerca de que el pasado siempre es mejor que el presente.

La amenaza externa, nueva ley y la amenaza interna el planeamiento estratégico, amenazan la continuidad y estabilidad del sistema, aquellos límites y normas bien marcadas y destacadas daban contención al proceso de construcción y también de participación. Esta fluctuación indica que el sistema administrativo puede dejar de existir o pasar a un estado cualitativamente diferente, así la comprensión de esto implica un largo proceso de toma de conciencia, aparece ante ello una ansiedad confusional que es representada en el personal del hospital como una catástrofe virtual, que se denomina incertidumbre y que genera desorganización y comienzan a aparecer dificultades con la autoridad que son inéditas.

Al tomar conciencia mediante la participación en reuniones donde están todos los miembros del hospital, disminuyen los temores y ansiedades y se advierte una nueva realidad,

turbulenta, cambiante, donde la información cubre el espacio o hueco de la incertidumbre y permite tomar conciencia de que el director no puede sacar solo a todo el hospital adelante, ni tampoco con la colaboración de un sector, el administrativo, lo que logra cierta estabilidad en la organización, apartir de la toma de conciencia como proceso cognitivo metareflexivo que fue provocándose en cada uno de los miembros del hospital, a ritmos y niveles de abstracción diferentes, según su capacidad cognitiva, pero predominando una ley de los sistemas, la equifinalidad, que permitió arribar al mismo resultado, la comprensión y adaptación a la nueva situación organizacional.

Esto generó un cambio interno ante un cambio externo, el cual se denota en cambios de actitudes y de percepción de la autoridad del hospital, lo que produjo un cambio en el clima organizacional que obedece a una modificación más profunda relativa a la cultura de la organización, especialmente en las creencias y valores que la conformaban y que ahora la conforman, entre esos valores y creencias subyacentes imperantes en el momento de crisis y antes del mismo se encontraba el cambio administrativo como sinónimo de pérdida del trabajo, la creencia del trabajo público como un regalo que ahora implica mayor sacrificio para conservarlo y mayor compromiso, entendiendo que el hospital no es una isla y debe salir a competir con los hospitales y clínicas privados para captar usuarios. Este cambio favoreció también la comunicación multidireccional, siendo más fluida y espontánea, entre las estrategias implementadas por el nuevo área de trabajo, llamada Control de gestión, es la construcción de matrices DOFA o FODA, propias del modelo de pensamiento estratégico y con el objetivo de mejorar la calidad de las prestaciones y de las condiciones de trabajo y medio ambiente laboral.

Ese clima organizacional nuevo permite la construcción en equipo, el aprendizaje de segundo orden y la pérdida de miedo a la crítica y a la participación, facilitando también la libertad para pensar e innovar, explotando la creatividad del personal. Como se observa el subsistema psicosocial y la estructura (roles, organigrama, funciones) son inseparables del

subsistema administrativo y del científico-técnico, como también del político, económico-social y educativo, pero estos tres últimos escapan a un análisis minucioso en este trabajo de investigación.

El significado del cambio fue el deseo de adaptarse y de superar el impulso conservador propio del modelo precedente, por lo tanto la resistencia al cambio ha sido una reacción esperable y típica de todo sistema abierto, complejo y humano; sin embargo, lo estratégico consistió en la elección del momento para comenzar a informar al personal del hospital, evitando niveles de mayor desestructuración y ansiedad confusional, además de establecer un límite claro entre el microsistema y el macrosistema, de modo que el hospital por el hecho de ser un sistema abierto, dicha apertura no sea total y fuese una misma cosa el adentro que el afuera.

Se pasó de un ambiente turbulento, donde predominó la complejidad y carácter múltiple de las conexiones causales, a un ambiente apacible, por momentos fortuito y en momentos agrupado, dependiendo de la necesidad de incorporar información del medio, como insumos y de la cantidad de productos hacia el medio.

El hecho de recurrir a la comunidad primaria y secundaria implica el reconocimiento de que el hospital no es una estructura autosuficiente, sino un sistema dinámico y en constante crecimiento, que requiere información, energía.

Ese nuevo insumo que tomó del medio aportó una nueva modificación en la cultura y clima organizacional, ya que lo transformó en planeamiento estratégico, en el entrenamiento del personal entendido como inversión y no como gasto, en la incorporación de la informática, de modo que la prestación de servicios y entre ellas, la reinserción social del enfermo mental (que sería uno de sus productos, el hombre sano), sea apropiada o coherente con el suprasistema y sus demandas. Esto se evidencia en los diferentes talleres y enseñanza de técnicas de cultivo y

crianza de aves de corral, por ejemplo, dado que una de las actividades económicas principales de la zona de influencia es la agrícola-ganadera, de esta forma se enseña al paciente un tipo de trabajo, que permita de alguna manera su reinserción social, su sostén y además, su autorrealización como persona.

Esas actividades de intercambio entre el hospital y la comunidad son cíclicas, es una cadena de acontecimientos que no vuelven al punto de partida en la misma situación, sino con algún pequeño avance o construcción, es decir desde un nivel superior al origen, en un proceso de aprendizaje permanente.

La Organización de servicios de salud al pensar diferentes estrategias de acción como un todo, toma mayor información del medio de la que consume y la almacena, lo que le permite sobrevivir obedeciendo esto a una entropía negativa, dado que la entropía sería el proceso que destruiría al sistema.

La gran mayoría del personal colaboró adaptándose al cambio, a la nueva forma de trabajo, esto denota entre otras cuestiones la tendencia a buscar un nuevo equilibrio, pero siempre mayorante o mejorante y nunca definitivo, logrando coordinar dos tipos de funcionamiento que son complementarios, el funcionamiento de mantenimiento que se ocupa del microsistema y el funcionamiento de adaptación que pone énfasis en el exterior, esa noción de límite y de intercambio entre el afuera y adentro, permitió coordinar dos movimientos:

- la toma de información del suprasistema para conocer esas fuerzas externas, sus alcances y consecuencias para el hospital y el sistema sanitario todo.

- la modificación de la estructura organizacional del hospital de acuerdo a ese ambiente o suprasistema.

Esto resulta coincidente con la imagen del hospital como sistema en movimiento constante hacia una aproximación a su forma ideal, a partir de diferentes verbalizaciones de su

mea

personal donde dejan ver las diferencias entre lo que es, lo que debería ser y lo que puede llegar en ser con la participación de todos.

Es innegable también la existencia de conflictos con la autoridad, observándose que el conflicto organizacional surge ante el choque de fuerzas antagónicas en el sistema, entre diferencias, ya sea entre los diferentes niveles jerárquicos o entre los sujetos de acuerdo a su formación académica, que continúa dividiendo a los recursos humanos, especialmente los de enfermería en dominados y dominantes.

Sin embargo, se observa que esas diferencias son bastante bien manejadas estratégicamente desde la dirección del hospital, arbitrando las demandas opuestas, y generando instancias donde el poder o capacidad de trabajo se comparte con el otro en un proceso de aprendizaje de segundo orden, donde la verdad no la tenga ni el experto, ni el universitario, esto genera mayor capacidad de inclusión del sistema y se corresponde con una mayor participación y creatividad. Esa inclusión incrementa el sentimiento de pertenencia a la organización y ello aumenta el nivel de satisfacción del personal, lo que no sólo permite hablar de mejores condiciones y medio ambiente de trabajo, sino de una retroalimentación negativa que vuelve, en tanto insumo, para lograr una mayor calidad de las prestaciones, lo que se denota en el trato paciente-personal del hospital.

El cambio de actitudes en el personal fue logrado mediante una combinación de información más técnicas motivacionales en la dinámica de grupo de las reuniones y asambleas con todo el personal, que hizo que la gente se integre y aumente el nivel de confianza en sí mismos, en su desempeño, aumentando su autoconcepto, lo que también explica un cambio en la percepción del hospital que pasó de una imagen de hospital-totalitario a hospital participativo, que busca adaptarse al suprasistema conservando a sus recursos humanos y haciéndolos crecer con el microsistema, capacidad de adaptación fundamentada en la concepción de autoorganización del hospital, en tanto sistema sociocognitivo.

Esa toma de conciencia de "ser parte de" también encuentra soporte en la correspondencia entre los objetivos de la organización y los personales, aparece una adecuación entre los valores y las metas de la organización y del sujeto, una identificación con el modelo, a través de la defensa que hacen del mismo y de las ventajas que trae aparejadas.

Se evidenció mayor presentismo y mayor productividad, mediante organización de numerosas fiestas y actividades recreativas para los enfermos, de las que participaron los diferentes subsistemas del hospital, formando equipos de trabajo para Navidad, Año Nuevo, Reyes y Carnaval especialmente. Se destaca allí, la labor de coordinación del sector de Terapia Ocupacional y Enfermería, donde las diferencias académicas quedaron a un lado en el momento de disfrutar de la fiesta junto a los pacientes, que también son parte del sistema, una de las más importantes del mismo, concebidos así, dentro de un hospital que funciona encuadrado en un modelo de atención de la salud mental humanístico.

3.-Análisis de Contenido. Resultados.

A partir del análisis de contenido efectuado a un total de 38 mensajes verbales del personal del hospital de las diferentes jerarquías y turnos. Dichos mensajes fueron registrados en forma textual mediante notas de campo durante once días y cuatro noches de trabajo completos. Lo expuesto permitió arribar a los siguientes resultados según la metodología de Dollard y Mowrer, se tomó como unidad de análisis la palabra. Se confeccionó un listado de palabras que expresan creatividad, innovación y libertad y un listado de palabras que expresan presión psicológica del personal (Véase anexo VIII). Se calculó el cociente entre palabras que expresan creatividad, innovación y libertad del personal (categoría 1) sobre las que reflejan tensión o presión psicológica (categoría 2), siendo los totales 149 para la primera categoría y 57 para la segunda, la proporción obtenida es 2.61; que significa que por cada palabra que refleja

tensión psicológica existen 2.61 que reflejan creatividad, innovación y libertad del personal, lo que significa que existe un espacio importante para la participación y construcción original, amparado en la generación de ideas. Este resultado coincide con las opiniones y los contenidos de las observaciones participantes y no participantes, que hacen hincapié en su participación en cada servicio y que las sugerencias son elevadas fielmente por sus jefes a la dirección, con el fin de participar en la toma de decisiones y promover una mejora permanente de la calidad de los servicios prestados y de vida laboral del personal de salud. Además, también estos resultados resultan convergentes con los obtenidos mediante las escalas Likert administradas, los cuales son presentados a continuación.

5.5.2. Resultados del Tratamiento Cuantitativo de los datos.

Tabla I. Sistema Administrativo y nivel de Creatividad e Innovación Organizacional según el personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea, Argentina. Período 11-96 al 03-97.

Sistema Administrativo	Creatividad e Innovación Organizacional									
	Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aut. Explotador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Aut. Benevolente	3	18.75	7	43.75	6	37.5	0	0	16	100
Consultivo	0	0	8	25.80	19	61.30	4	12.90	31	100
Participativo	0	0	1	4.34	12	52.18	10	43.48	23	100
TOTAL	3	4.28	16	22.86	37	52.86	14	20	70	100

Abreviaturas: Aut: Autoritario.

De acuerdo a los datos obtenidos, en la tabla I se observa que la mayor parte del personal del hospital concentra sus respuestas en el sistema administrativo consultivo y un nivel bueno de creatividad e innovación organizacional (61.30% de las respuestas). (Véase Anexo Gráficos. Gráfico1).

mea

Tabla II. Sistema Administrativo y nivel de Creatividad e Innovación Organizacional según el personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborrelli, Necochea, Argentina. Período 11-96 al 03-97

Sistema Administrativo	Creatividad e Innovación Organizacional					
	Bajo		Alto		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Autoritarios	10	62.50	6	37.50	16	100
Participativos	9	16.66	45	83.34	54	100
TOTAL	19	27.14	51	72.86	70	100

De acuerdo a la Tabla I, el mayor porcentaje de respuestas corresponde al nivel "bueno" de creatividad e innovación organizacional y al sistema administrativo "consultivo", esto es dentro de los sistemas participativos, siendo 19 casos que representan el 61.30% de las respuestas que califican al sistema como consultivo-bueno, representando el 27.14% de la muestra total tomada.

Se observa también un porcentaje alto de respuestas en participativo y nivel bueno de creatividad e innovación organizacional, esto es 12 casos que representan el 17.14% del total de la muestra.

Según la Tabla II de contingencia entre "Sistema Administrativo Participativo" (consultivo y grupo participativo) y nivel de Creatividad e Innovación Organizacional (bueno y alto), siendo el estadístico CHI², de 78.90 con 1 grado de libertad y valor p asociado menor de 0.05, lo que resulta mayor que el valor crítico correspondiente, esto es 3.84, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula. Se ha verificado una diferencia estadística significativa, lo que indica que es poco probable que esa diferencia se deba al azar, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula. Con un grado de probabilidad del 95% se puede afirmar que las diferencias no son al azar, y que obedecen a las razones expuestas en el marco teórico y expresadas como relación directa y proporcional en la hipótesis científica que guía esta investigación, es decir la hipótesis alternativa siguiente: a mayor nivel de participación mayor nivel de creatividad e innovación organizacional, existiendo asociación entre ambas variables.

MCA

De acuerdo a los resultados, el tercer nivel de la escala de sistema administrativo, que corresponde al tipo de sistema participativo-consultivo se corresponde con el tercer nivel de la escala de creatividad e innovación organizacional, se advierte una asociación entre las variables evaluadas de carácter directo y proporcional.

Tabla III. Sistema Administrativo según sexo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Género	Sistema Administrativo							
	Aut. Benevolente		Consultivo		Participativo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	10	22.72	17	38.64	17	38.64	44	100
Masculino	6	23.07	14	53.86	6	23.07	26	100
TOTAL	16	22.85	31	44.30	23	32.85	70	100

*Abreviaturas:

Aut. Benevolente: autoritario benevolente.

Considerando la Tabla III, los sujetos de género femenino representan el 62.85% de la muestra, mientras que los sujetos de género masculino el 37.14%. En ambos grupos se observa una tendencia a calificar al sistema administrativo como consultivo, siendo significativamente menor la cantidad de respuestas obtenidas como autoritario benevolente, y no existiendo respuestas que lo califiquen como autoritario explotador.

Tabla IV. Sistema Administrativo según edad del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Edad	Sistema Administrativo							
	Aut. Benevolente		Consultivo		Participativo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20-25	1	25	2	50	1	25	4	100
26-30	2	40	1	20	2	40	5	100
31-35	3	27.27	5	45.46	3	27.27	11	100
36-40	3	15.78	9	47.36	7	36.84	19	100
41-45	4	40	4	40	2	20	10	100
46-50	2	12.50	8	50	6	37.50	16	100
51-55	1	33.33	2	66.67	0	0	3	100
56-60	0	0	0	0	2	100	2	100
TOTAL	16	22.85	31	44.30	23	32.85	70	100

*Abreviaturas: Aut. Benevolente: autoritario benevolente.

MCA

Según los datos de la Tabla IV, la franja de edad comprendida entre 36 a 40 años es la que predomina (19 sujetos), esto representa el 27.14% de la muestra tomada, seguida del grupo de sujetos cuyas edades se ubican en el intervalo de 46 a 50 años, con 16 sujetos, esto es el 22.85% de los casos. Ambos grupos de sujetos califican mayoritariamente al sistema administrativo como participativo, modalidad en la modalidad consultivo.

Tabla V. Sistema administrativo según el lugar de nacimiento del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Lugar de Nacimiento	Sistema Administrativo							
	Aut. Benevolente		Consultivo		Participativo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Necochea	9	27.27	16	48.49	8	24.25	33	100
Pcia. Bs. Aires.	7	23.33	10	33.33	13	43.34	30	100
Otras Pcias.	0	0	5	71.43	2	28.57	7	100
Otro País.	0	0	0	0	0	0	0	100
TOTAL	16	22.85	31	44.30	23	32.85	70	100

* Abreviaturas:

Pcia. Bs. Aires: Provincia de Buenos Aires. Argentina.

Aut. Benevolente: Autoritario Benevolente.

Participativo: Grupo Participativo.

De acuerdo a la Tabla V, la mayor parte del personal del Hospital ha nacido en la ciudad de Necochea, (47.14%), seguido por otros lugares de la provincia de Buenos Aires (42.85%), siendo poco frecuentes los sujetos que nacieron en otras provincias (10%) y ningún caso de personal nacido en otro país. La mayor parte de los sujetos de Necochea califican al sistema administrativo como consultivo, mientras que los nacidos en otros lugares de la provincia de Buenos Aires lo califican como grupo participativo, en ambos casos corresponde a la categoría sistemas administrativos participativos. Al mismo tiempo se observa que son poco frecuentes las respuestas que califican al sistema administrativo como autoritario y únicamente dentro de la categoría autoritario benevolente (22.85%), siendo de Necochea y de otros lugares de la provincia de Buenos Aires.

MCA

Tabla VI. Sistema administrativo según estado civil del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Estado Civil	Sistema Administrativo							
	Benevolente		Consultivo		Participativo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltero	4	20	10	50	6	30	20	100
Casado	12	31.56	15	39.50	11	28.94	38	100
Separado	0	0	1	50	1	50	2	100
Divorciado	0	0	5	62.50	3	37.50	8	100
Viudos	0	0	0	0	2	100	2	100
TOTAL	16	20	31	44.29	23	35.71	70	100

De acuerdo a los datos de la Tabla VI, el personal del hospital en su mayoría es casado, esto es el 54.28% de los sujetos de la muestra, seguido por los solteros (28.57%). Los casados califican al sistema administrativo como consultivo o bien como grupo participativo, lo mismo ocurre con los solteros, pero es mayor la cantidad de sujetos que lo califican como consultivo que como grupo participativo, a la inversa del grupo de casados y en forma semejante al de divorciados. Es escaso el personal separado (2.85%) y el viudo con igual porcentaje.

MCA

Tabla VII. Sistema Administrativo según profesión del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Profesión	Sistema Administrativo							
	Aut. Benevolente		Consultivo		Participativo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Psicólogos	0	0	3	100	0	0	3	100
Médicos	2	18.18	5	45.45	4	36.36	11	100
Enfer./Farm.	1	10	0	0	9	90	10	100
Ter. Ocup.	0	0	2	50	2	50	4	100
Asist. Soc.	0	0	2	50	2	50	4	100
Técnicos.	5	27.79	12	66.66	1	5.55	18	100
Administrativos	7	46.68	4	26.66	4	26.66	15	100
Becarios/Res.	1	20	3	60	1	20	5	100
TOTAL	16	22.85	31	44.30	23	32.85	70	100

*Abreviaturas: Enferm./Farm.: Enfermería y Farmacia; Ter. Ocup. : Terapistas Ocupacionales; Asist. Soc. : Asistentes Sociales; Becarios/Res.: Becarios/Residentes.

En cuanto a la Tabla VII, los psicólogos califican en su totalidad al sistema administrativo como consultivo, los médicos en su mayoría como consultivo (45.45%), el personal de enfermería y farmacia como grupo participativo (90%), las terapistas ocupacionales en partes proporcionales como consultivo y grupo participativo al igual que las asistentes sociales. Los técnicos en su mayor parte lo califican como consultivo (66.66%), mientras que los administrativos lo definen como autoritario benevolente en su mayoría (46.68%) y con una distribución equivalente en consultivo y participativo significativamente menor (26.66% de la respuestas). Por último los becarios y residentes en su mayoría lo califican como consultivo (60%). (Véase Anexo Gráficos: Gráfico 2).

MCA

Tabla VIII. Sistema Administrativo según jerarquía del cargo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, de la ciudad de Necochea. Período: 11-96 al 03-97.

Jerarquía del Cargo	Sistema Administrativo							
	Aut. Benevolente		Consultivo		Participativo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cargo Jerárquico	0	0	4	57.14	3	42.86	7	100
Cargo no Jerárquico.	16	25.39	27	42.87	20	31.74	63	100
TOTAL	16	22.85	31	44.30	23	32.85	70	100

En cuanto a la relación entre el sistema administrativo y la jerarquía del cargo que ocupa el personal que emite la respuesta, el personal jerárquico lo califica como participativo en su totalidad, con predominio del tipo de sistema consultivo (57.14%). Mientras que el personal no jerárquico lo califica mayoritariamente como sistema participativo, tanto consultivo como grupo participativo; sin embargo la proporción es significativamente menor que las respuestas obtenidas del personal jerárquico, incluyéndose las respuestas de 16 sujetos no jerárquicos que lo califican como autoritario benevolente, representando el 25.29% de las respuestas totales, y el 25.39% de las respuestas del personal no jerárquico.

Tabla IX. Sistema Administrativo según experiencias laborales anteriores del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Experiencias Laborales Anteriores.	Sistema Administrativo							
	Aut. Benevolente		Consultivo		Participativo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hosp. Psiq.	3	23.07	7	53.86	3	23.07	13	100
Hosp. Gral.	4	21.05	12	63.17	3	15.78	19	100
No en S. Salud	6	50	6	50	0	0	12	100
Ninguna Exp.	3	11.53	6	23.07	17	65.40	26	100
TOTAL	16	22.85	31	44.30	23	32.85	70	100

*Abreviaturas:

Hosp. Psiq.: Hospital Psiquiátrico.

Hosp. Gral: Hospital General.

No en S. Salud: No en Servicios de Salud.

Ninguna Exp.: Ninguna experiencia.

El personal según sus experiencias laborales anteriores en otros hospitales psiquiátricos califica al sistema administrativo en su mayor parte como consultivo (53.86%), situación

mea

similar a la del personal que trabajó en hospitales generales (63.17%). En el caso del personal que no trabajó en salud resulta proporcional el número de sujetos que lo califican como autoritario benevolente y como consultivo. Mientras que la mayor diferencia se observa en el caso de los sujetos que no tenían experiencia laboral alguna, los que mayoritariamente lo califican como grupo participativo (65.40%). Este dato relativo al personal que lo califica como autoritario benevolente y consultivo y que no han trabajado en salud se corresponde con las respuestas de la Tabla VII, de los administrativos que en su mayoría están ubicados en la categoría "No en salud" de la Tabla IX. Lo expuesto podría deberse a que en los servicios de salud el nivel de libertad y de procesos heurísticos en las tareas y/o funciones es menor que en los de una empresa, ya que el hospital genera servicios a personas y la empresa genera tanto servicios como productos para personas. La diferencia radicaría en el manejo de los recursos humanos a nivel administrativo que puede realizarse en un caso y no en el otro, especialmente cuando se trata de un hospital público donde la mayor parte de los pacientes acceden gratuitamente al servicio, no contando con demasiado capital económico como para desarrollar estrategias demasiado arriesgadas para la organización. Otra fundamentación radica en los cambios administrativos que han afectado al hospital, tales como la Autogestión, Descentralización, que en tanto cambio político-técnico-administrativo importante hace transitar al hospital por un período de crisis y en el momento de la evaluación iniciando el período de adaptación, que incluye nuevo personal, de otros hospitales que constituyen un equipo llamado "control de gestión", lo que generó bastante resistencia al cambio en gran parte del personal administrativo del hospital.

Tabla X. Sistema Administrativo según nivel educativo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Nivel Educativo del Personal.	Sistema Administrativo							
	Aut. Benevolente		Consultivo		Participativo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primario	2	7.69	9	34.61	15	57.70	26	100
Secundario	9	39.13	10	43.48	4	17.39	23	100
Terciario	1	20	4	80	0	0	5	100
Universitario	4	25	8	50	4	25	16	100
TOTAL	16	22.85	31	44.30	23	32.85	70	100

De acuerdo al nivel educativo el personal califica al sistema administrativo como grupo participativo (57.70%) en su mayoría aquellos que cuentan con primaria y que corresponden al personal auxiliar de enfermería y personal obrero. En el personal administrativo se observa mayor cantidad de sujetos con estudios secundarios completos y dentro de ellos califican al sistema administrativo mayoritariamente como consultivo (43.48%) y autoritario benevolente (39.13%). Con respecto al personal con estudios terciarios (técnicos estadísticos, técnicos en alimentación, técnicos en tareas agropecuarias, etc.) el 80% lo califican como consultivo. El personal con estudios universitarios el 50% lo califican como consultivo. Nuevamente los datos permiten afirmar que la menor participación la tiene el personal administrativo y de enfermería profesional, donde le 39.13% de los sujetos con estudios secundarios completos califican al sistema administrativo como autoritario benevolente, apreciación que encuentra correspondencia con lo afirmado anteriormente.

Tabla XI. Creatividad e Innovación Organizacional según género del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Género	Creatividad e Innovación Organizacional									
	Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	3	6.81	10	22.72	22	50.02	9	20.45	44	100
Masculino	0	0	6	23.07	15	57.70	5	19.23	26	100
TOTAL	3	4.28	16	22.86	37	52.86	14	20	70	100

De acuerdo a la Tabla XI, el nivel de creatividad e innovación organizacional según género del personal del hospital, permite realizar la lectura acerca de que el 50.02% de las mujeres califican al sistema como "bueno", sólo el 6.81% como bajo. Mientras que los hombres lo califican como "bueno" en su mayoría (57.70%) y ningún hombre lo califica como "malo". Esto indica que desde la percepción del personal masculino es en general visto el hospital como más creativo e innovador que desde la percepción del personal femenino.

Tabla XII. Creatividad e Innovación Organizacional según edad del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Edad	Creatividad e Innovación Organizacional									
	Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20-25	3	75	1	25	0	0	0	0	4	100
26-30	0	0	2	40	3	60	0	0	5	100
31-35	0	0	4	36.36	5	45.46	2	18.18	11	100
36-40	0	0	8	42.10	11	57.90	0	0	19	100
41-45	0	0	0	0	9	90	1	10	10	100
46-50	0	0	0	0	7	43.75	9	56.25	16	100
51-55	0	0	1	33.33	0	0	2	66.64	3	100
56-60	0	0	0	0	2	100	0	0	2	100
TOTAL	3	4.28	16	22.85	37	52.86	14	20	70	100

En cuanto a la Tabla XII que presenta los datos correspondiente a las variables creatividad e innovación organizacional y edad del personal se observa que la franja de edad comprendida entre 36 a 40 años es la mayoritaria y los sujetos comprendidos en este grupo etario califican al sistema con un nivel "bueno" en creatividad e innovación (57.90%), seguidos

MCA

por los sujetos entre 46 a 50 años que califican como "excelente" el nivel de creatividad e innovación organizacional (56.25%). La calificación "malo" la otorgan los sujetos entre 20 a 25 años (75%) y como "regular" (25%) el resto. Se observa que los más jóvenes son los que mayoritariamente califican al sistema organizacional como poco creativo e innovador, lo que merecerá discusiones posteriores acerca de la participación en la toma de decisiones que presenta el personal comprendido en ese intervalo de edad.

Tabla XIII. Creatividad e Innovación organizacional según lugar de nacimiento del personal del Hospital Neuropsiquiátrico de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Lugar de Nacimiento.	Creatividad e Innovación Organizacional									
	Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Necochea	3	9.09	1	3.03	20	60.61	9	27.27	33	100
Pcia. Bs. As.	0	0	14	46.67	13	43.33	3	10	30	100
Otras Pcias.	0	0	1	14.28	4	57.15	2	28.57	7	100
Otro País.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
TOTAL	3	4.28	16	22.86	37	52.86	14	20	70	100

* Abreviaturas:

Pcia. Bs. As.: Provincia de Buenos Aires ;

Otras Pcias.: Otras provincias.

Según la Tabla XIII, el personal del hospital califica el nivel de creatividad e innovación organizacional según su lugar de nacimiento del siguiente modo, los nacidos en Necochea en su mayoría como "bueno" (60.61%), los nacidos en otros lugares de la provincia de Buenos Aires en su mayoría lo califican como "regular" (46.67%), los nacidos en otras provincias lo califican como "bueno" (57.15%).

Tabla XIV. Creatividad e Innovación Organizacional según estado civil del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Estado Civil	Creatividad e Innovación Organizacional									
	Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solteros	2	10	7	35	8	40	3	15	20	100
Casados	1	2.63	6	15.78	24	63.17	7	18.42	38	100
Separados	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100
Divorciados	0	0	1	12.5	4	50	3	37.5	8	100
Viudos	0	0	0	0	1	50	1	50	2	100
TOTAL	3	4.28	16	22.86	37	52.86	14	20	70	100

El nivel de creatividad e innovación organizacional para el personal cuyo estado civil es soltero, el 40% lo califican como "bueno", al igual que los casados, el 63.17% lo define como "bueno". Mientras que el 100% de los separados lo califican como "regular" y el 50% de los divorciados como "bueno", siendo significativo el porcentaje de divorciados que lo califican como alto (37.5%), dato que se corresponde con datos cualitativos acerca de que aquellas personas divorciadas son quienes entienden que el trabajo en este hospital es el centro de sus vidas, es lo primordial, dado que la mayoría no tienen hijos y viven solos en su casa. En cuanto a las personas viudas lo califican como "bueno" y "excelente" en forma proporcional.

Tabla XV. Creatividad e Innovación Organizacional según profesión del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Profesión	Creatividad e Innovación Organizacional									
	Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Psicólogos	1	33.33	1	33.33	1	33.34	0	0	3	100
Médicos	0	0	7	63.64	3	27.27	1	9.09	11	100
Enf./Farm.	0	0	2	20	8	80	0	0	10	100
T. Ocup.	0	0	2	50	0	0	2	50	4	100
Asist. Soc.	0	0	2	50	2	50	0	0	4	100
Técnicos	1	5.55	2	11.11	14	77.79	1	5.55	18	100
Administr.	0	0	0	0	9	60	6	40	15	100
Bec./Resid.	1	20	0	0	0	0	4	80	5	100
TOTAL	3	4.28	16	22.86	37	52.86	14	20	70	100

*Abreviaturas:

Enf./Farm.: Enfermería/Farmacía;

T. Ocup.: Terapistas Ocupacionales;

Asist. Soc.: Asistentes Sociales;

Bec./Resid.: Becarios/Residentes.

En los datos de la Tabla XV se puede interpretar que el nivel de creatividad e innovación organizacional desde el punto de vista del personal médico y asistentes sociales es visto como "bueno", mientras que para los administrativos es "excelente". En cambio para los becarios y residentes y para los técnicos es visto como "bajo" en porcentajes altamente significativos para ese grupo de sujetos. (Véase Anexo Gráficos. Gráfico 3).

Tabla XVI. Creatividad e Innovación Organizacional según jerarquía del cargo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Jerarquía en el Cargo.	Creatividad e Innovación Organizacional									
	Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Jerárquico	0	0	0	0	3	42.83	4	57.14	7	100
No Jerárquico	3	4.76	16	25.39	34	53.98	10	15.87	63	100
TOTAL	3	4.28	16	22.85	37	44.30	14	20	70	100

Según la jerarquía en el cargo el personal califica el nivel de creatividad e innovación organizacional como "bueno" y "excelente" en el caso del personal jerárquico; mientras que el

mea

personal no jerárquico lo califica en su mayoría como “bueno” (53.98%) y “regular” (25.39%), además del 4.76% de estos sujetos que responde “malo”, lo que permite relacionarlo con el mayor o menor poder cognitivo y poder informativo inherente a la toma de decisiones de la organización según el marco teórico.

Tabla XVII. Creatividad e Innovación Organizacional según experiencias laborales anteriores del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Experiencias Laborales Anteriores	Creatividad e Innovación Organizacional									
	B Maloo		Medio		Bueno		Alto		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hosp. Psiq.	0	0	3	23.07	7	53.86	3	23.07	13	100
Hosp. General.	0	0	9	47.38	4	21.05	6	31.57	19	100
No en S. Salud	0	0	4	33.33	3	25	5	41.67	12	100
Ninguna Exp.	3	11.53	0	0	23	88.47	0	0	26	100
TOTAL	3	4.28	16	22.85	37	52.86	14	20	70	100

*Abreviaturas:

Hosp. Psiq.: Hospitales Psiquiátricos;

Hosp. General: Hospital General; No en S. Salud:

No en Servicios de Salud;

Ninguna Exp.: Ninguna experiencia.

De acuerdo a los datos de la Tabla XVII, el personal con experiencias laborales anteriores en hospitales psiquiátricos en su mayoría lo califican como “bueno” (53.86%), aquellos que han trabajado en hospitales generales como “regular” en su mayoría (47.38%). Mientras que el personal que no trabajó en servicios de salud en su mayor parte lo califica como “regular” y “bueno” (58.33%) y es altamente significativo el porcentaje de sujetos que lo califican como “bueno” y que no trabajaron en otra institución (88.47%), ya que el juicio de estos sujetos no implica poder comparar este hospital con otras instituciones, situación semejante se presentó al calificar el sistema administrativo, donde las respuestas fueron “consultivo” y “grupo participativo” especialmente, en este aspecto la opinión del personal que ha trabajado en otras instituciones de salud presenta mayor valor, en la medida que éstos últimos pueden

QACA

establecer comparaciones con otros hospitales que pueden servir de parámetro para establecer convergencias y divergencias inherentes a la comparación y calificación consecuente.

Asimismo resulta llamativo que los sujetos que trabajaron en hospitales psiquiátricos califican al sistema administrativo como consultivo (tercer nivel de participación) representando el 53.86% de los sujetos, al igual que en el nivel de creatividad e innovación organizacional, que es visto como "bueno" (53.86%), lo que también se relaciona con la dirección positiva y la asociación fuerte entre el puntaje total de las variables Sistema Administrativo y Creatividad e Innovación Organizacional, que se analiza en las páginas siguientes a partir del cálculo de correlaciones y análisis factorial. Lo anterior también encuentra sustento en los datos de la tabla 1, la relación directa entre el tercer nivel de creatividad e innovación organizacional y el tercer nivel de participación que define al sistema como "consultivo".

Tabla XVIII. Creatividad e Innovación Organizacional según nivel educativo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, de la ciudad de Necochea. Período 11-96 al 03-97.

Nivel Educativo	Creatividad e Innovación Organizacional									
	Malo		Regular		Bueno		Excelente		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primario	0	0	3	11.53	21	80.78	2	7.69	26	100
Secundario	0	0	5	21.73	9	39.14	9	39.13	23	100
Terciario	0	0	5	100	0	0	0	0	5	100
Universitario	3	18.75	3	18.75	7	43.75	3	18.75	16	100
TOTAL	3	4.28	16	22.86	37	52.86	14	20	70	100

De acuerdo al nivel educativo, el nivel de creatividad e innovación organizacional del hospital en casi todos los casos independientemente del nivel educativo del personal el mayor porcentaje de respuestas califican a la organización con un nivel "bueno" (tercer nivel), la excepción radica en el personal con estudios terciarios que el 100% lo califica como "regular", y que corresponde a técnicos en estadística, alimentación y tareas agropecuarias. El porcentaje mayor de respuestas que lo califican como "excelente" corresponde al personal con estudios

mea

secundarios completos, entre esas personas se encuentra gran cantidad de personal de enfermería que denota muy buena capacidad de adaptación a los cambios y aprendizaje de segundo orden en sus comportamientos y desempeño de las funciones diarias, procesando al mismo tiempo gran cantidad de información que fluye desde arriba-abajo y abajo-arriba.

Teniendo en cuenta los datos producto del cálculo y análisis de las correlaciones, dado que la pregunta inicial o problema de esta investigación es la relación entre el sistema administrativo participativo y el nivel de creatividad e innovación organizacional del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli según el personal para el período 11-96 al 03-97, e hipotetizando que la mayor participación se corresponde con el mayor nivel de creatividad e innovación organizacional, la lectura e interpretación de los datos obtenidos según la tabla de contingencias 1 aporta ya una visión tentativa a favor de una relación entre ambas variables. Dicha relación es estudiada a través del coeficiente r de Pearson hallado entre los puntajes totales de las variables Sistema Administrativo Participativo y nivel de Creatividad e Innovación Organizacional siendo $r = +0.6836$ ($p < 0.05$), entonces ambas variables siguen un mismo sentido o dirección, es decir a mayor participación mayor nivel de creatividad e innovación organizacional, se trata de una relación positiva y de fuerte o alta asociación de acuerdo al tipo de variables que se estudian. Al respecto, considerando la significación de r mediante la prueba de la hipótesis nula de t , para 68 g. de l. t al 5% es 2.00 y al 1% es 2.66, por lo tanto dado que la t hallada para estos datos es 7.67, es mucho mayor que los valores críticos o teóricos de t , se concluye entonces que la r hallada es significativa, y se rechaza la hipótesis nula, lo que constituye el soporte de la hipótesis científica formulada en esta tesis.

La covariación entre la variable atributiva edad y el sistema administrativo es 0.077 ($p < 0.05$), lo que indica que las diferencias no son significativas, tratándose de una asociación positiva y muy débil. Siendo la significación de r mediante la prueba de la hipótesis nula de t , 0.42, para 6 gl. al 5% es 2.00 el valor teórico, al ser un valor mucho menor el hallado,

entonces no se rechaza la hipótesis nula porque según el tratamiento estadístico enunciado no existe relación alguna entre edad y sistema administrativo, además se evita así, el error beta. En cuanto a la relación entre edad y nivel de creatividad e innovación organizacional, $r=+0.1131$ ($p < 0.05$), la prueba de hipótesis nula de t sobre la significación de r es 0.89 al 5%, esto significa que siendo t (valor teórico) 2.00, el valor hallado es menor a t, entonces no se rechaza tampoco aquí la hipótesis nula porque ésta puede ser verdadera, al igual que en la asociación entre edad y sistema administrativo.

El análisis de las correlaciones entre las variables organizativas o dimensiones del Sistema Administrativo permite exponer los siguientes resultados e interpretaciones:

* **Motivación.** Entre motivación y sistema administrativo, $r=+0.8153$ ($p < 0.05$), siendo una asociación fuerte y positiva. Mientras que para motivación y creatividad e innovación organizacional el $r= +0.5582$, es una relación media y positiva. Es decir que la motivación presenta una asociación mayor con la variable sistema administrativo que con creatividad e innovación organizacional.

* **Comunicación.** Entre comunicación y sistema administrativo el $r= +0.5747$ ($p < 0.05$), se trata de una asociación media y positiva. Mientras que entre comunicación y creatividad e innovación organizacional el r es de $+0.4508$ ($p < 0.005$), siendo una asociación positiva y media.

La dimensión organizativa comunicación de la variable sistema administrativo presenta entonces, una asociación media y positiva tanto para con el sistema administrativo en general como para la variable creatividad e innovación organizacional.

***Interacción.** Entre la dimensión Interacción y sistema administrativo el r hallado es $+0.70$ ($p < 0.05$), mientras que entre interacción y creatividad e innovación organizacional el r es de $+0.5240$ ($p < 0.05$). De este modo, la dimensión interacción presenta una asociación positiva

significativamente más fuerte con el sistema administrativo que con la creatividad e innovación organizacional.

* **Toma de Decisiones.** La dimensión toma de decisiones y sistema administrativo permiten hallar un $r=+0.7872$ ($p<0.05$), revelando una asociación alta y positiva. También se encuentra una asociación alta y positiva entre toma de decisiones y creatividad e innovación organizacional, $r=+0.6465$ ($p<0.05$), siendo la asociación alta y positiva.

La dimensión toma de decisiones que desde el marco teórico de esta investigación forma parte de la planificación presenta una variación concomitante con el sistema administrativo fuerte y positiva, al igual que con el nivel de creatividad e innovación organizacional, lo que opera como sustento a la hipótesis de esta investigación, a mayor grado de participación mayor nivel de creatividad e innovación organizacional.

* **Fijación de Objetivos.** En cuanto a la Fijación de Objetivos como dimensión del sistema administrativo y su relación con éste según $r=+0.34$ ($p<0.05$) es una asociación débil y positiva. En forma semejante la relación entre fijación de objetivos y creatividad e innovación organizacional resulta débil y positiva ($r=+0.2810$ para $p< a 0.05$).

***Control.** La dimensión control y sistema administrativo presentan una asociación fuerte y positiva ($r=+0.7085$, para $p< a 0.05$), mientras que la asociación con el nivel de creatividad e innovación organizacional es media y positiva ($r=+0.4507$ para $p< a0.05$). De esta manera se observa como el control administrativo clásico se asocia fuertemente a la variable sistema administrativo, no siendo así con la variable creatividad e innovación organizacional, punto que merece discusión y comentarios, especialmente en cuanto a los factores subyacentes obtenidos a través del análisis factorial.

***Actuación.** La dimensión actuación y sistema administrativo presentan una asociación media y positiva, $r= +0.51$ ($p< a 0.05$), situación semejante en cuanto a la asociación con el nivel de creatividad e innovación organizacional $r= +0.42$.

* **Entrenamiento.** El entrenamiento y el sistema administrativo presentan una asociación según el r calculado de $+0.6432$, esto es alta y positiva, con respecto a la asociación entre la dimensión entrenamiento y el nivel de creatividad e innovación organizacional el r es $+0.5373$, asociación positiva y media. De esta manera, la dimensión entrenamiento se asocia más significativamente con la variable sistema administrativo que con la variable creatividad e innovación organizacional.

* **Fluidez.** La fluidez y el sistema administrativo presentan una asociación media y positiva, $r=+0.5882$ ($p < 0.05$). Siendo la asociación entre fluidez y creatividad e innovación organizacional alta y positiva, $r=0.8247$ ($p < 0.05$). La fluidez de ideas se asocia positivamente y en forma alta especialmente con la variable creatividad e innovación organizacional, registrándose una asociación media alta con el sistema administrativo. Sin embargo, fluidez y toma de decisiones presentan un $r=+0.4921$ ($p < 0.05$), lo que indica que no basta con generar ideas para tomar decisiones, sino que requiere de otras aptitudes, especialmente de una de ellas, la elaboración, afirmación ésta que encuentra también soporte en el marco teórico.

* **Flexibilidad.** La asociación entre la dimensión flexibilidad y sistema administrativo es media y positiva ($r=+0.5951$ para $p < 0.05$), mientras que se encuentra una asociación alta y positiva con el nivel de creatividad e innovación organizacional ($r=+0.08185$ para $p < 0.05$).

* **Originalidad.** La dimensión originalidad y sistema administrativo es media y positiva ($r=+0.5150$ para $p < 0.05$); mientras que entre originalidad y creatividad e innovación organizacional es alta y positiva ($r=+0.8179$ para $p < 0.05$).

* **Elaboración.** La dimensión elaboración y sistema administrativo presentan una asociación alta y positiva ($r=+0.6713$ para $p < 0.05$), al igual que con el nivel de creatividad e innovación organizacional ($r=+0.6709$ para $p < 0.05$). Los resultados expuestos encuentran fundamento en el punto enunciado al tratar fluidez y sus correlaciones, lo que implica que la

elaboración es fundamental tanto para el sistema administrativo como para un nivel de creatividad e innovación alto, lo que se fundamenta en el marco teórico, al definir la planificación como procesamiento de la información, “pensar antes y para actuar”, propio del aprendizaje de segundo orden correspondiente a las organizaciones inteligentes.

***Innovación.** La innovación se asocia positiva y en forma alta con el sistema administrativo ($r=+0.6229$ para $p < 0.05$) y con el nivel de creatividad e innovación ($r=+0.8960$ para $p < 0.05$). De esta manera, la innovación organizacional es fundamental para un nivel alto de creatividad e innovación organizacional, es decir, la mayor innovación se corresponde con mayor nivel de creatividad e innovación organizacional y con mayor nivel de participación del sistema administrativo.

***Planeación.** La planeación se asocia con el sistema administrativo en forma positiva y media ($r=+0.5544$ para $p < 0.05$), mientras que la relación con la creatividad e innovación organizacional es alta y positiva ($r=0.7191$).

*** Organización.** La organización se asocia con el sistema administrativo en forma positiva y media ($r=+0.5610$ para $p < 0.05$), mientras que con la creatividad e innovación organizacional presenta una asociación fuerte y positiva, ($r=+0.7591$ para $p < 0.05$), a mayor organización entonces mayor creatividad e innovación organizacional.

*** Integración de Personal.** Esta dimensión de la creatividad e innovación organizacional se asocia en forma positiva y media con el sistema administrativo ($r=+0.4431$ para $p < 0.05$), y en forma positiva y fuerte con la creatividad e innovación organizacional ($r=+0.7937$).

***Dirección.** La dirección presenta una asociación media y positiva con el sistema administrativo ($r=+0.5433$ para $p < 0.05$) y una asociación alta y positiva con el nivel de creatividad e innovación organizacional ($r=+0.8281$ para $p < 0.05$). La función administrativa de dirección se relaciona en forma fuerte y positiva con el nivel alto de creatividad e

innovación organizacional, es decir que a mayor apertura de la dirección entonces, los niveles de creatividad e innovación organizacional son más altos.

***Control Anticipante.** El control como dimensión de la creatividad e innovación organizacional es de tipo preventivo o anticipante, como ya se expuso en el marco teórico y al conceptualizar y operacionalizar las variables, la asociación entre el control preventivo o anticipante al que se hace referencia y el sistema administrativo es media y positiva ($r=+0.5681$ para $p < 0.05$), mientras que para con la creatividad e innovación organizacional es alta y fuerte ($r=+0.7990$ para $p < 0.05$). Los resultados obtenidos permiten interpretar que el control preventivo o anticipante se asocia más con la creatividad e innovación organizacional que con el sistema administrativo clásico, donde el control es directo y no permite participación alguna del personal, ni creatividad. Esto revela que los sistemas organizativos creativos e innovadores requieren un control preventivo o anticipante, utilizando la capacidad de procesamiento de información como sistema sociocognitivo, amparada en el aprendizaje de segundo orden y en el rol constructivo del error, evitando así riesgos innecesarios.

De acuerdo al análisis factorial efectuado mediante el SPSS 5.0 PC+, se determinaron que existen cuatro factores subyacentes que explican el 73.8% de la varianza, en total se hallaron 20 factores, pero a partir del quinto factor explican menos del 5% de la varianza, tomándose ese criterio como límite entre factores subyacente principales y secundarios. El análisis de las correlaciones en cada factor permite precisar que la dimensión toma de decisiones de la variable sistema administrativo junto con todas las dimensiones (aptitudes) de la variable creatividad e innovación organizacional presentan asociaciones muy fuertes, que oscilan entre +0.73 a +0.84, lo que permite pensar en el **primer factor** subyacente como “capacidad de procesamiento de información por parte de la organización” o “poder cognitivo” de acuerdo a lo expuesto en el marco teórico de este trabajo. Este factor 1 explica el 53.7% de la varianza.

El **segundo factor** subyacente se define como “exigencia-rendimiento”, porque las asociaciones más altas se hallan con motivación y control administrativo clásico, como evaluación de logros personales y de la organización. Sin embargo, los valores de r hallados son +0.46 y +0.48, para motivación y control clásico respectivamente, lo que habla de relaciones positivas y de fuerza media. Este factor explica el 8.6% de la varianza.

El **tercer factor** subyacente presenta una única correlación alta y positiva, con la dimensión fijación de objetivos de la variable sistema administrativo, predominando asociaciones débiles y negativas, especialmente con las dimensiones de la variable creatividad e innovación organizacional, por lo tanto se entiende como el factor que alude a “aspectos normativos”, lo que además se fundamenta en una asociación sumamente débil con la dimensión planificación evaluada mediante la escala de creatividad e innovación organizacional, esto es $r=+0.00767$ (para $p < a 0.05$) y con la dimensión elaboración evaluada por la misma escala ($r=-0.02735$ para $p < a 0.05$), también con integración de personal ($r=-0.2931$ para $p < a 0.05$) y comunicación ($r=-0.1773$ para $p < a 0.05$). Este factor explica el 6.1% de la varianza.

El **cuarto factor** se lo puede identificar como “producción”, porque en él resulta más elevada la actuación como dimensión de la variable sistema administrativo, dando cuenta de la importancia del “hacer”, lo que también se explica en las correlaciones débiles y negativas, tales como con comunicación ($r=-0.45$ para $p < a 0.05$), esto es el “decir”, o con fluidez ($r=-0.2559 < a 0.05$), que implica generar la mayor cantidad de ideas posibles. Presenta además una asociación media baja con el entrenamiento del personal y con la planificación, las restantes asociaciones son negativas y medianamente débiles. Este factor alcanza a explicar el 5.3% de la varianza.

Se observa la mayor comunalidad entre los factores identificados con las variables fijación de objetivos (+0.85), con la innovación (+0.82), siendo muy alta en estos dos casos la comunalidad, lo que admite fundamentación desde el marco teórico, dado que la fijación de

objetivos, metas, programas, es inherente a la planificación y a la aplicación de nuevas ideas a problemas concretos, propio de la innovación. En un nivel alto medio de comunalidad se observan las variables motivación, toma de decisiones, actuación, flexibilidad, fluidez, originalidad, elaboración, integración de personal y control anticipante o preventivo.

6.-Discusión.

Los resultados obtenidos permiten confirmar la hipótesis planteada inicialmente, esto es: El hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli presenta un sistema administrativo con alta participación del personal que se corresponde con alto nivel de creatividad e innovación organizacional. De esta manera la relación entre las variables es del siguiente tipo: a mayor participación mayor nivel de creatividad e innovación organizacional. Aparecen datos significativos acerca de la asociación entre el grado de participación que permite definir al sistema administrativo, como participativo, de tipo "consultivo", y el nivel de creatividad e innovación organizacional "bueno", esto es, el tercer nivel de participación con el tercer nivel de creatividad e innovación organizacional de acuerdo a las escalas Likert administradas, ($r=+0.6836$, $p<0.05$).

Respecto al análisis cualitativo de los datos, los resultados indican que existe un ambiente o clima organizacional que facilita la creatividad e innovación organizacional y consecuentemente la participación; clima o atmósfera grupal que hace referencia a una situación de trabajo con importante libertad para actuar por parte del personal, pero que sin embargo responde a un sistema participativo consultivo, pudiendo explicarse esto en los aspectos históricos de la organización, ya que direcciones anteriores presentaban liderazgos de tipo autoritarios benevolentes, donde la toma de decisiones era altamente centralizada, por lo tanto, el personal actualmente requiere una toma de conciencia y adaptación al nuevo tipo de sistema administrativo, bajo principios humanistas y estratégicos.

Como se observa existe coherencia entre los datos obtenidos mediante el análisis cualitativo de los mensajes registrados mediante notas de campo y que fueron objeto de un análisis de contenido y los datos cuantitativos de las dos escalas administradas. Este resultado constituye un aporte más a favor de la metodología cuali y cuantitativa, y a la triangulación

MMA

metodológica, especialmente cuando se trata de investigaciones en ciencias sociales, donde las variables estudiadas presentan complejidad significativa, porque el hombre en tanto objeto de estudio también es complejo.

Esta investigación permitió identificar cuatro factores subyacentes al proceso administrativo participativo y creativo e innovador en las organizaciones, uno de ellos denominado "capacidad de procesamiento de la información por parte de la organización" o "poder cognitivo", tema en el que se insistió en el marco teórico de esta tesis de acuerdo a las posturas de Schlemenson, Grinstein y Etkin; un segundo factor que es definido como "exigencia-rendimiento", el tercero denominado "aspectos normativos" y el cuarto factor "producción". Como se puede apreciar los resultados obtenidos resultan convergentes con lo formulado en el marco teórico de esta tesis, encontrándose asociaciones positivas y altas entre los factores predeterminados en las escalas y entre las variables estudiadas. Sin duda, esto hace suponer que la creatividad e innovación organizacional requiere de un clima de trabajo participativo, pero también del desarrollo de ciertas capacidades sociocognitivas que subyacen a esos procesos creativos e innovadores, esto es, flexibilidad, fluidez, originalidad y elaboración en las diferentes funciones del procesos administrativo, aptitudes éstas que permiten a los actores sociales de ese sistema organizacional desarrollar estrategias tendientes al cambio organizacional, cambio del tipo 2, esto significa cambio del cambio, tal como lo reseñan los autores inscriptos en la corrientes sistémica y cognitiva de las organizaciones. Esta modalidad de cambio implica el cambio del sistema y no simplemente un cambio de posición, sino que incluye la noción de aceleración y de acción colectiva dentro del sistema en la búsqueda de libertad para crear y crecer como individuo y como parte de un todo, de la acción organizada tendiente a la autorregulación del sistema frente a la crisis o desequilibrio del mismo.

De esta manera, resulta limitado un marco teórico que no abarque la teoría de los grupos, donde la psicología social y la sociología principalmente aportarían los fundamentos

teóricos del fenómeno de influencia social a través de los grupos minoritarios sobre la mayoría, y ésto incluye necesariamente corrientes teóricas que se encuadran en la lógica del conflicto y no del orden, donde el indeterminismo y el cambio organizacional y social resultaría el agente de dependencia de la minoría, y los actores sociales, en tanto sujetos cognitivos, serían los agentes que llevarían al cambio. Mientras que la mayoría tendría como agente de dependencia el orden organizacional y la tendencia al control social. Lo anterior significa que esta misma institución sanitaria y las dos variables estudiadas bien pueden ser abordadas desde otros marcos conceptuales, ni mejores ni peores que el considerado aquí, simplemente diferentes, pero que abren una nueva línea de investigación.

Los resultados obtenidos en esta investigación resultan convergentes con los hallazgos de Rensis Likert al estudiar en 1967 la relación entre libertad y participación en el personal de la administración pública e industrias norteamericanas, como así también en el caso de Scutchfield (1995) quien descubre que los estilos de liderazgo en instituciones de salud deben implicar capacidad de organización, pero principalmente la capacidad de planificación y de toma de decisiones, donde la organización funciona como un grupo cooperativo y altamente participativo.

También existe convergencias con los hallazgos de Merry (1994), autor que estudió la variable liderazgo considerando a la información y los procesos subyacentes de aprendizaje organizacional como el fundamento del accionar de la organización, que de ese modo se puede definir como "organización inteligente", tal como se expuso en el marco teórico retomando los aportes de Grinstein, y que según Merry permiten hablar de "liderazgo científico", pero ahora encuadrado dentro de un modelo de pensamiento administrativo estratégico.

Existe una concurrencia entre los resultados obtenidos en este trabajo y los de Garner (1996) quien utiliza la cultura organizacional como agente de cambio, en un trabajo de investigación-acción en una institución de salud norteamericana, y quien considera que cada

sujeto constituye una fuente de saber única de la organización, en tanto presenta vivencias, creencias, conocimientos y experiencias que condicionan su punto de vista frente a una determinada situación, y desde un lugar o posición única e irrepetible, tanto como su personalidad y su historia de vida como agente de servicios de salud. El aspecto a considerar en las apreciaciones de este autor es acerca de la doble función que puede desempeñar la cultura organizacional, ya sea como facilitadora o como inhibidora del cambio organizacional, de esta manera, debería aclararse que para que la cultura organizacional llegara a ser un instrumento de cambio organizacional debería tratarse de organizaciones abiertas, donde predomina la planificación sobre la organización.

Lo anterior hace referencia entonces a la necesidad de establecer características inherentes a la formación de los recursos humanos en salud para el manejo de personal, más precisamente, en lo relativo a un componente básico de todo sistema administrativo, como se expuso en el marco teórico, esto es, el liderazgo y los principios en los que éste se funda. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta tesis de Maestría, el directivo o gerente de servicios de salud deberá otorgar libertad suficiente como para que el sujeto pueda pensar para actuar, opinar y constituir un grupo abocado a la construcción de propuestas organizacionales, semejantes en cuanto al funcionamiento y características a los círculos de calidad, que también se llamarían círculos de creatividad.

En este sentido, el gerente podrá lograr un incremento en el sentido de pertenencia del personal a la organización de servicios de salud, una mayor autorrealización del sujeto, una comunicación multidireccional óptima. Esto último también podría ser objeto de una investigación-acción futura en la medida que se pudieran diseñar las redes de diálogo circulares que cada organización de salud necesita para optimizar los procesos comunicacionales y con ello la distribución de información como forma de poder, lo que implicaría una mejor

ma

distribución de tareas según las funciones y una mayor responsabilidad con las mismas, en la medida que cada sujeto fue constructor de cada propuesta.

Además, el directivo, cualquiera sea el nivel gerencial que ocupe, bajo, medio o alto, deberá otorgar importancia al entrenamiento o capacitación del personal de su hospital o servicio, dado que en la organización estudiada, la queja es permanente en ese aspecto, ya que según la percepción del personal la capacitación y actualización están algo descuidadas y esto genera fuertes sentimientos de desvalorización y de frustración, que se supone que inciden en la calidad de las relaciones interpersonales.

La función principal del gerente del servicio de salud será entonces, la de un facilitador o guía que sin generar crisis ante cambios menores, ni intentar acelerar el pasaje del estado burocrático al innovador, sea generador de la toma de conciencia en su personal de la necesidad del cambio como forma de adaptación de la organización a las demandas del afuera, integrando el afuera y el adentro de la organización.

Lo expuesto anteriormente también se fundamenta en que cada sujeto sociocognitivo que forma la organización que es un sistema sociocognitivo, funciona de acuerdo a los polos semejanza-diferencia, unión-división, persistencia-cambio, por lo tanto el directivo debe otorgar cierta cuota de autonomía para que los sujetos procesen información y produzcan con esa materia prima.

Ese directivo debe considerar que la innovación organizacional es una tarea de todos, aunque no son pocas las opiniones de gerentes de salud con los que se discute el tema a diario, acerca de la ineficacia de las organizaciones que dirigen cuando se flexibiliza el sistema de administración, es decir cuando se otorga al personal mayor libertad para opinar, tal vez el problema aquí sea la falta de capacitación del directivo para otorgar esa libertad y del personal para trabajar en ese contexto nuevo. El otro problema derivado de la innovación organizacional, radica en que el cambio debe ser generado por todos los sujetos del sistema,

porque esto significa participar y comprometerse para y en la gestión del mismo, de no ser así, no serán poco frecuentes las oportunidades en las que los sujetos formulen la pregunta de rigor en toda organización burocrática: ¿cambiar... para qué?

Se entiende entonces, que más allá que aún sea discutible si la mayor productividad y calidad del servicio de salud que se ofrece se asocia a modelos más o menos autoritarios, que la participación y la creatividad e innovación organizacional son variables que van por el mismo camino y que para ello se requieren sistemas administrativos con gerentes cuyos principios de liderazgo respondan a la autonomía, libertad y crecimiento del sistema, es decir, de acuerdo a la experiencia de esta investigación, el gerente que se ampara en modelos humanísticos que tienden a producir un sistema organizacional o administrativo como espacio social motivante y autorrealizador, tal como se ha señalado al conceptualizar y operacionalizar la variable sistema administrativo desde el enfoque de Likert, modelo que continúa vigente en otros estudios recientes tales como los de Hannah (1995), Petrack (1995), Legnini (1994), Peterson (1994), Taylor (1994), Pearson (1994), Boyer (1987) y diferentes trabajos sobre liderazgo y administración de servicios de salud de la OPS (1993, 1990), con los cuales presenta coincidencias importantes esta investigación de tesis.

Además, el gerente deberá disponer de alta capacidad para el análisis crítico de la situación organizacional de modo que ello permita correcciones que retroalimenten el curso de acción de la organización y faciliten la toma de decisiones. Lo expuesto encuentra un fundamento más en las investigaciones (Arnesto, 1995) que relacionan autoconcepto y creatividad, donde la asociación entre ambas variables es positiva y fuerte, lo que significa que los gerentes o directivos ante todo para disponer de cierta creatividad deben previamente tener alta autoestima, lo que les otorga una base de seguridad personal que les permite generar propuestas y emitir juicios críticos. Además, muchos son los trabajos de investigación que enuncian que para ser creativo un sujeto debe disponer de un bagaje de estrategias de

resolución de problemas que le permitan formular soluciones originales, sin embargo, una investigación reciente (Armesto, 1995) y que constituyó un antecedente de peso para la realización de esta investigación es la que permitió luego de tomar una muestra de 115 sujetos establecer que la diferencia entre sujetos originales y no originales no radica en el tipo de estrategia que utilizan, sino en el permiso que éstos se dan para cambiar de estrategia de resolución cuando lo creen conveniente, lo que revela que el sujeto creativo presenta mayor flexibilidad en el uso de las estrategias o procedimientos cognitivos de resolución de problemas organizacionales.

Lo anterior también se relaciona con otra investigación (Ehuleche y Armesto, 1996) sobre la creatividad en situación individual y en situación grupal, siendo el rendimiento de los sujetos originales y no originales significativamente superior en grupo que en forma individual. Esto constituye otro fundamento para hablar de gestión del cambio como proceso construido entre todos los miembros de la organización.

Con respecto a las capacidades de los directivos, es preciso plantear un nuevo problema de investigación derivado de la presente tesis, ya que en este marco teórico, siguiendo a Schlemenson se dice que las habilidades del directivo para lograr un liderazgo más o menos efectivo dependen de los niveles de abstracción que presente y utilice en la resolución de problemas organizacionales. Sin embargo, éste es un aspecto de la postura teórica de ese autor con el que no se acuerda luego de esta experiencia de investigación, y que permite realizar una formulación bastante más profunda, esto es hablar de estilos cognitivos de resolución de problemas, los cuales pueden ser dependientes o independientes de campo, siendo éstos últimos los que presentan los sujetos más creativos, pero un estilo cognitivo de pensamiento incluye todos los niveles de abstracción y no uno, como propio de un nivel jerárquico y de un tipo de decisiones específicas, como sostiene Schelemenson. Este desacuerdo o disonancia entre el enfoque teórico del autor citado y el de ésta tesista ha llevado

a formular un nuevo problema de investigación, a saber: ¿qué relación existe entre el estilo cognitivo de resolución de problemas de los directivos y el nivel de creatividad e innovación organizacional, el sistema administrativo participativo y el estrés laboral del personal?, problema que actualmente se está investigando en el mismo hospital donde se realizó esta tesis.

Al mismo tiempo, dado que se consideró la comunicación como una dimensión del sistema administrativo, y se encontró una asociación positiva y media entre comunicación y sistema administrativo participativo "consultivo", estos resultados condujeron a la formulación de otro problema de investigación que ya se comenzó a estudiar, pero en otro hospital público, y es el relativo a las redes de diálogo circulares y su influencia, que se supone facilitadora, en el desarrollo de estrategias sociales innovadoras en los grupos minoritarios de la organización de servicios de salud. Este planteo implica otro interrogante más específico: ¿cómo se escuchan los mensajes desde los diferentes lugares (jerárquicos y no jerárquicos) en la institución?

Estos dos últimos problemas permiten revelar la importancia de los enfoques integrativos conceptuales, psicosociológicos principalmente y antropológicos, frente a otros más limitados como el enfoque sistémico-sociocognitivo aquí utilizado, ya que los primeros presentan una mayor apertura y resultan más enriquecedores al entender a la organización como espacios sociales donde los diferentes procesos grupales generan mecanismos de influencia grupal, los cuales implican el proceso de reactancia psicológica y de membresía rebelde. Así, cualquier lector de esta tesis puede cuestionar la falta de análisis de esos fenómenos, pero ello no responde a un mero olvido, sino a que no se encuadran dentro del marco teórico de esta investigación, además que su estudio excedería los objetivos de la misma, pero lo que es innegable, es la importancia de los mismos como nuevas líneas de investigación de mayor especificidad que la efectuada aquí.

En efecto, se esperaban los resultados obtenidos que confirman la hipótesis que guió la investigación, pero que así como presenta limitaciones propias de toda investigación científica, entre ellas la imposibilidad de generalizar los hallazgos o resultados a otras instituciones de salud porque cada una de ellas es un sistema sociocognitivo diferente, particular e irrepetible, así como también no se podría sostener que este hospital estudiado siempre va a presentar ese sistema administrativo y ese nivel de creatividad e innovación organizacional, dado que el sistema cambia y los sujetos también, y eso permite su subsistencia. Lo que sí constituye un aporte es el instrumento diseñado para evaluar creatividad e innovación organizacional, dado que resulta original por la falta de este tipo de escalas, sin embargo, para futuras investigaciones y para todo aquel que elija utilizarlo se recomienda reducir el número de calificaciones posibles (16) para cada reactivo, dado que si bien esto permite poder calificar al interior de cada tipo de sistema administrativo como malo, regular, bueno y excelente, esto implica una gran discriminación y puntajes sumamente elevados que implican posibles variaciones (desvío estándar) significativos, lo que obliga luego a tomar muestras más elevadas, necesitando mayor esfuerzo para su administración.

Otra cuestión de índole metodológica a plantearse es el tema de que el personal al responder acerca de lo que ellos entienden o creen sobre la organización, el sistema administrativo y el nivel de creatividad e innovación organizacional, no deja de ser escalas sociopsicológicas, esto significa que miden la percepción que los sujetos tienen acerca de esas variables, y no las variables en sí mismas. Esa percepción de cada sujeto incluye representaciones determinadas construidas a lo largo de su historia como personal de salud en ese espacio social, por lo tanto se debe complementar los datos de estas escalas con el punto de vista del investigador, efectuando ese doble juego de lecturas y estableciendo divergencias y convergencias entre los puntos de vista de estos diferentes agentes sociales en términos metodológicos de Bourdieu (1987), de modo que si existen convergencias entre esos puntos de

vista, las mismas serían una prueba a favor de que los resultados se aproximan mejor a la realidad y que frente a un objeto tan complejo como son las organizaciones, las diferentes miradas son las que constituyen ese objeto y dan lugar al campo de debate, de ruptura y constante construcción.

Otro problema de investigación que deriva de los resultados obtenidos en esta tesis es aquel que plantea a nivel de investigación-acción que debería hacerse para permitir el pasaje de un sistema administrativo participativo "consultivo" a uno del tipo "grupo participativo", y consecuentemente permitir el pasaje de un nivel bueno de creatividad e innovación organizacional a un nivel alto. Desde la perspectiva de esta tesis podría generarse dicho pasaje a partir de un cambio actitudinal subyacente a la nueva cultura organizacional, donde la herramienta de cambio sería el clima organizacional, disintiendo con Garner (1996) quien plantea en ese rótulo a la cultura organizacional. Este desacuerdo se fundamenta en que el clima puede manipularse como variable independiente, mientras que un cambio en la cultura organizacional no es posible a partir de la manipulación de variables como simple experimento, ya que implica la historia y temporalidad de esa organización, es producto de una construcción permanente a partir del clima y la historia es obviamente inmodificable por una obvia limitación temporal. Esa historia incluye mitos que suelen generar resistencia al cambio, situación que fue evidenciada en el hospital estudiado, y esa historia es parte fundamental de ese sistema sociocognitivo, desde ella se piensa, se actúa y retomando lo enunciado en párrafos precedentes, cada sujeto sociocognitivo responderá las preguntas de las escalas que se administran.

A partir de ciertos relatos escuchados y considerados en calidad de notas de campo, se advirtieron diferencias en los procesos de atribución, así el éxito es reconocido por los sujetos sociocognitivos cualquiera sea el lugar en la organización, sin embargo el fracaso es atribuido al o los sujetos que ocupan lugares o posiciones diferentes en cuanto a la distribución del poder,

así los directivos atribuyen el fracaso a la falta de colaboración y toma de decisiones de los subordinados y los subordinados a la falta de integración y comunicación de los directivos.

Lo cierto es que dos fenómenos sociales están involucrados significativamente en este planteo, por un lado se deberían abordar los procesos de atribución externa e interna en relación a la motivación del personal y por otra parte, se necesita abordar la relación entre procesos de atribución externa e interna al grupo de pertenencia y referencia con la cuota de poder que el sujeto presente, esto generaría otra problemática a investigar.

Desde lo teórico podría cuestionarse a los enfoques sistémicos y cognitivos el énfasis en la apertura que les permite hablar de sistemas abiertos, sin embargo ellos adolecen de una raíz filosófica y epistemológica cara a la hora de debates científicos, esto es la lógica del orden, en la que se basa Parsons y todas las corrientes sistémicas y cognitivas que derivan del conductismo, ya que pocos son los marcos conceptuales constructivistas en organizaciones. No obstante, es preciso distinguir, mientras los sistémicos hablarán de perturbación y desequilibrio, los lógicos del conflicto o cambio hablarán de conflicto, el problema se ha evidenciado en algunos teóricos que siendo partícipes de una corriente encuadrada dentro de la lógica del orden hablan de conflicto sin ninguna referencia precisa del término y de acuerdo al contexto en el que se lo plantea, podría hablarse de una extrapolación de un término a un marco teórico que no constituye una red donde pueda adquirir significado diferente al que plantean los teóricos del conflicto. Por lo tanto, el primer problema que podría definirse como metaorganizacional, sería: ¿es posible hablar del conflicto como motor del desarrollo de las organizaciones cuando se privilegia el orden y control social? Un segundo interrogante también metaorganizacional sería ¿es adecuado hablar de organizaciones creativas al mismo tiempo que de clausura operacional? y ¿es coherente hablar de organización sin que ella tenga límites y por ende clausura operacional?

Como se observa muchos son los interrogantes a los que ha dado lugar el proceso de construcción de esta tesis y sus resultados, entre estas cuestiones se hallan también semejanzas y diferencias entre autores respecto de la noción de creatividad e innovación organizacional, con respecto a las diferencias, hay autores que entienden a la creatividad e innovación organizacional como recombinação de factores preexistentes, la primera apreciación crítica y con la que se difiere es que toda recombinação subyace a los procesos creativos e innovadores, pero incluye lo preexistente y algo nuevo, ya que de otro modo, no se trataría de creatividad, porque en plazos de tiempo no muy extensos el sistema tendería a rutinizarse; es precisamente en el manejo de la situación donde prima la incertidumbre, y ese manejo situacional es básico para hablar de la creatividad e innovación organizacional como una herramienta para generar "algo que es necesario, que nunca será total y absolutamente concluyente y que no existe hasta ese momento".

Es preciso entender a la organización como un espacio social o un sistema sociocognitivo atravesado por múltiples determinantes o factores que condicionan la realidad organizacional y que no son un afuera, sino que son también un adentro a través de cada sujeto sociocognitivo que integra el sistema. Así, el sistema administrativo deberá estar sometido a procesos constantes de construcción y de deconstrucción, para una nueva reconstrucción, aunque esta postura es difícil de mantener principalmente frente a gerentes de servicios de salud que entienden el cambio organizacional como amenaza contra el orden instituido y donde el autoritarismo es una defensa, un medio de protección efectivo frente a cualquier posible innovación. En este contexto, el problema consiste en formar cuadros para optimizar la gestión, tomando como base la educación permanente en salud que impulsa la OPS/OMS y un modelo de pensamiento administrativo para la gestión de y por el cambio, esto es gestión participativa, amparada en una gestión como proceso de construcción social y por ende permanente, que se apoya en la participación y en la interdisciplina, siendo la mayor

MCA

apertura hacia otros campos de saber lo que produce el verdadero enriquecimiento de la propia disciplina y consecuentemente del propio modelo de gestión.

Ese sistema administrativo deberá entonces, oscilar entre la fragmentación del poder para la toma de decisiones y la concentración del mismo, esto es un término medio, que toma la denominación de redes que serán entendidas como heterogeneidades de sujetos sociocognitivos organizados, redes que tal como se señaló en el marco teórico generen aprendizaje de segundo orden, amparado en los cuatro factores subyacentes que se identificaron en esta investigación y que es propio del sistemas administrativos participativo consultivo y del nivel bueno de creatividad e innovación organizacional en la organización hospitalaria que se realizó esta investigación.

7.- Conclusión.

A modo de conclusión y en tanto científica, obviamente provisoria, ya que mucho queda por estudiar e investigar, los resultados obtenidos a partir del análisis cuantitativo de los datos permiten confirmar la hipótesis científica, de esta manera la mayor participación presenta una asociación positiva y fuerte con la mayor creatividad e innovación organizacional. Resultado éste que también encuentra apoyo en los resultados del análisis de contenido a partir del tratamiento cuali-cuantitativo de los datos de las notas de campo registradas y del diagnóstico organizacional realizado.

Esta investigación no sólo permite confirmar la hipótesis mencionada, sino alcanzar los objetivos propuestos y constituye el punto de partida de otras investigaciones, la generación de diferentes problemas de investigación, algunos de ellos son parte de proyectos de investigación que ya han comenzado. Es preciso además, considerar que los resultados obtenidos no son

generalizables a todas las instituciones de servicios de salud, dado que cada una de ellas es un sistema sociocognitivo particular e irrepetible y el contexto social, cultural, económico, tecnológico y científico también resulta particular, especialmente cuando se consideran variables complejas como la cultura de la comunidad y de la organización.

Son significativos los datos obtenidos respecto de la motivación y comunicación principalmente como dimensiones del sistema administrativo de gran peso, al igual que en el diagnóstico organizacional; también es relevante la identificación de los factores subyacentes a la creatividad e innovación organizacional, ya que además de la fluidez, flexibilidad, originalidad y elaboración en las diferentes fases del proceso administrativo, esto es, planeación, organización, dirección, integración de personal y control, se han podido identificar cuatro factores subyacentes mediante el análisis factorial de los datos, ellos son: poder cognitivo, exigencia-rendimiento, aspectos normativos y producción, todos ellos concuerdan con los fundamentos teóricos de esta investigación y permiten caracterizar a una "organización inteligente" como aquella en la que predomina un aprendizaje de segundo orden, propio de la creatividad e innovación organizacional, amparada en la participación como grupo de trabajo, como sistema de interrelación entre sujetos sociocognitivos. Estos resultados y su discusión son relevantes para precisar las características del perfil de un gerente de servicios de salud propio de los años en que vivimos, y que oriente el manejo de recursos humanos, considerando ante todo a los sujetos como personas y no como objetos, esto significa, garantizando la libertad para crear y para crecer, evitando la cosificación del individuo, y permitiéndole ser parte activa en el logro de los objetivos de la organización que deberán estar integrados y ser coherentes con los objetivos individuales, es allí donde reside el modesto aporte de este trabajo de investigación.

Bibliografía.

- 1.-Abed L. Comunicación personal. Maestría en Gestión de Servicios de Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Julio 1996.
- 2.-Ackoff A. El arte de resolver problemas. Material correspondiente al curso de postgrado: Estrategias para la Creatividad e Innovación Organizacional. Dictado por el Dr. Federico González. Facultad de Psicología. Univesidad Nacional de Mar del Plata. 1994.
- 3.-Alvarez H. Administración. Una introducción al estudio de la administración.1a. edición. Córdoba: SEPA, 1985.
- 4.-Amabile T. The social psychology of creativity. New York: Springer-Verlag, 1989.
- 5.-Armesto M. Ehuleche A. Calidad Educativa: El entrenamiento de la creatividad en entornos de Resolución de Problemas como alternativa prometedora. Ensayos y Experiencias 1996;14:33-7.
- 6.-Armesto M. Efectos del Programa de Aptitudes Cognitivas sobre la Producción de Respuestas Originales en entornos de Resolución de Problemas. Informe Final Beca de Investigación, Iniciación, Secretaría de Investigación y Desarrollo Tecnológico. Universidad Nacional de Mar del Plata, 1997.
- 7.-Armesto M. Tipos de estrategias de resolución de problemas en la producción de respuestas originales (Informe final Beca de Investigación) Mar del Plata:Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995.
- 8.-Bachelard G. La formación del espíritu científico. 3a. edición. Buenos Aires: Siglo XXI, 1993.
- 9.-Balaguer E. Aprendizaje Innovador. Desafíos metodológicos para un futuro perfecto, 1a. ed. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. Secretaría de Hacienda, 1995.
- 10.-Balussi J. Modelos del pensamiento administrativo y modelos de atención de la salud. Comunicación personal. Maestría en Gestión de Servicios de Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, mayo 1996.

- 11.-Bartoli A. Comunicación y Organización, 1a. edición. Buenos Aires:Paidós, 1991.
- 12.-Battellino L, Dorronsoro S. Metodología de la Investigación en Salud Poblacional, 1a.ed. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, 1994.
- 13.-Beyer T. Effects of test situation stress upon creativity test scores. Journal of Cognitive Science 1989; 3:24-36.
- 14.-Bleger J. Psicohigiene y Psicología Institucional. 8a.edición. Buenos Aires: Paidós, 1994.
- 15.-Bonnazzola A. Comunicación personal sobre Descentralización hospitalaria. Maestría en Gestión de Servicios de Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, abril 1996.
- 16.-Bonnazzola A. Comunicación personal sobre Modelos de Administración. Maestría en Gestión de Servicios de Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, noviembre 1995.
- 17.-Bourdieu P. Cosas dichas. Buenos Aires: Gedisa, 1988.
- 18.-Bourdieu P, Chamboredon J ,Passeron J. El oficio del sociólogo, 1a. ed. Buenos Aires:Siglo XXI, 1975.
- 19.-Boyer M, Ferreira J. La iniciativa de ALAESP/ASPH/OPS para el liderazgo en salud pública. Conferencia de la Asociación Latinoamericana del Caribe de Educación en Salud Pública/ALAESP:1987 nov 15-19.
- 20.-Butelman I. Psicopedagogía Institucional, 1a. ed. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- 21.-Canales F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación, 2a. ed. Washington: OPS/OMS, 1994.
- 22.- Cittadini R. Articulation entre les Organismes de Recherche et de Developpement et les collectivités rurales locales. Tesis de Doctorado en Desarrollo Rural. Université de Toulouse Le Mirail, Francia.
- 23.-Cohen H, Natella G. Trabajar en salud mental. 1a. de. Buenos Aires:Lugar, 1996.

- 24.-Cohen H, De Santos B, Fiasché A, Galende, Stolkiner A. y Testa M. Políticas en Salud Mental. 1a. de. Buenos Aires:Lugar, 1994.
- 25.-Coll C. Pozo J. Sarabia B y Valls E. Los contenidos en la Reforma. 1a.edición. Madrid:Santillana, 1992.
- 26.-Colman B. Comunicación personal en el marco de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mayo de 1997.
- 27.-Corrales Pérez J. La gestión creativa, 1a. ed. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- 28.-Chamberlain P, ChenY, Osuna E, Yamamoto C. Innovative culture shock prescribed for health care. *Journal Nurs-Outlook* 1996; 43:232-234.
- 29.-Chiavenatto Y. Administración de Recursos Humanos.México: McGrawHill, 1995. Cap. 4-13.
- 30.-Chomsky N. Syntactic Structures, 1a. de. La Haya: Mouton, 1957.
- 31.-De Bono E. Ideas para profesionales que piensan, 1a. de. Buenos Aires: Paidós, 1992.
- 32.-De Bono E. Seis sombreros para pensar, 1a. ed. Barcelona, Gránica, 1987.
- 33.-Delbrück M. Mente y materia. Ensayo de Epistemología Evolutiva. Madrid:Alianza, 1989.
- 34.-Demoríy B. Siete técnicas de creatividad, 1a. ed.Barcelona:Gránica, 1990.
- 35.-Dollard J. y Mowrer H. A method of measuring tension written documents. *Journal of abnormal and social psychology*, 1977; 42:3-32.
- 36.-Drucker P.The organization for the future. *Managing for the future* 1995; 5:137-142.
- 37.-Drucker P. Administración y futuro. De los '90 en adelante.1a. edición. Buenos Aires: El Ateneo, 1992.
- 38.-Dualiki M. Cognitive factors: their identification and replication, *Multivariate Behavioral Research Monographs* 1993; 829-835.
- 39.-Duke K. Hospitals in a changing health car system. *Health Aff-Milwood*,1996;15(2):49-61.

- 40.-Ehuleche A. Armesto M. Socioconstructivismo de ideas creativas. Ensayos y Experiencias 1997; 17:20-24.
- 41.-Etkin J. y Schavarstein L. Identidad de las organizaciones. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- 42.-Festinger L, Katz D. Los métodos de investigación en Ciencias Sociales, 3a. de. Buenos Aires: Paidós, 1990.
- 43.-Fitzhenry F, Snider J. Improving organizational processes for gains during implementation. Comput-Nurs,1996; 14:171-180.
- 44.-Fodor J. La modularidad de la mente, 1a. ed. Madrid:Morata, 1991.
- 45.-Gardner H. Arte, mente y cerebro. 1a. edición. Buenos Aires:Paidós, 1987.
- 46.-Gardner H. La mente no escolarizada. 1a.edición. Buenos Aires: Paidós, 1994.
- 47.-Garner A. Using organizational culture as an agent of change. Seminarie Periódic Nursing, 1996; 5:180-185.
- 48.-Gordon W. El desarrollo de la capacidad creadora, 1a.ed. México:ABC, 1983.
- 49.-Grace V. Problems of communication, diagnosis and teatment experienced by women using the New Zealand Health Services for chronic pelvic pain: a quantitative analysis. Health-Care-Women-Int., 1996; 16(6):512-35.
- 50.-Greenberg E. Creativity, autonomy and evaluation of creative work: artistic workers in organizations. Journal of Creative Behavior, 1994; 26(2):75-80.
- 51.-Grinstein C. Organizaciones Inteligentes. Alta Gerencia 1995; 2: 14-17.
- 52.-Guastello S. Cognitive Abilities and creative behaviors: CAB-5 and consequences. Journal of Creative Behavior, 1996; 26(4):260-67.
- 53.-Guilford J. Psicología General, 1a. ed. México:Diana, 1967.
- 54.-Hall A, Fagen R. Definition of system. 1a.ed.London:NC,1956.
- 55.-Hannah K. Transforming information: data management support of health care reorganization. Journal American Medicine 1995;2:147-155.

- 56.-Herrida J, Serra R. y Kastika E. Administración y Estrategia. 4a.edición. Buenos Aires:Macchi, 1995.Cap. 10.
- 57.-Imaz J. Las raíces del pensar.,1a. ed. Buenos Aires:Emecé, 1990.
- 58.-Jaques E. Requisites Organization. The CEO'S Guide to Creative Structure and Leadership. Washington: Casson Hall and Co. Publishers, 1989.
- 59.-Kaminsky G. Dispositivos institucionales, 1a. ed. Buenos Aires:Lugar, 1994.
- 60.-Katz D y Kahn R. Psicología social de las organizaciones. 2a.edición. México:Trillas, 1990.
- 61.-Kast F y Rosenzweig J. Administración en las Organizaciones. Un enfoque de Sistemas, 6a.edición.Buenos Aires: McGraw-Hill, 1992.
- 62.-Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas, 2a.edición. México:Fondo de Cultura Económica, 1975.
- 63.-Koontz H, Weirich, H. Administración. Una perspectiva global, 10a. ed. México:McGrawHill, 1995.
- 64.-Legnini M. Developing leaders vs training administrators in the health services. Journal Public Health 1994; 10:1569-1572.
- 65.-Likert R. El factor humano en la empresa, su dirección y valoración, 1a.edición, Bilbao:Deusto, 1968.
- 66.-Likert R. Un nuevo método de gestión y dirección, 1a. ed.Bilbao:Deusto, 1969.
- 67.-Lowenfeld V. Desarrollo de la capacidad creadora, 1a. de. Buenos Aires:Kapelus,1986.
- 68.-Lueckert H. Capacidad intelectual y calidad de la educación, 2a. de. Buenos Aires:Paidós, 1977.
- 69.-Maderuelo J. Factors of dissatisfaction with health care. A Delphi Study. Atención Primaria, 1996; 17(5):348-52.

- 70.-Majaro S. Cómo generar ideas para generar beneficios. La brecha creativa, 1a. edición. Barcelona: Gránica, 1992.
- 71.-Makridakis S. Pronósticos. Estrategia y Planificación para el siglo XXI, 1a. edición. Buenos Aires: Díaz de Santos, 1994.
- 72.-Martin B. Maintaining the creative edge during health care reform. Journal of Pediatric Nursing 1996; 11:200-201.
- 73.-Maslow A. El hombre autorrealizado. Buenos Aires: Troquel, 1993.
- 74.-Maturana H, Varela J. El árbol del conocimiento, 1a. de. Chile: Universitaria. 1990.
- 75.-Mayer R. Cognitive views of creativity: creative teaching for creative learning. Contemporary Educational Psychology 1989; 14:203-211.
- 76.-Mayer R. Pensamiento, resolución de problemas y cognición. Buenos Aires: Paidós, 1986. Cap.13.
- 77.-Merry M. Shared leadership in health care organizations. Top-Health-Care-Finance 1994; 4: 26-38.
- 78.-Ministerio de Salud y Acción Social . Provincia de Buenos Aires. Decreto 578/91. Hospital de Autogestión.
- 79.-Ministerio de Salud y Acción Social . Provincia de Buenos Aires. Disposición Provincial para Hospitales Psiquiátricos.
- 80.-Ministerio de Salud y Acción Social . Provincia de Buenos Aires. Decreto 09/93 "esregulación de Obras Sociales".
- 81.-Ministerio de Salud y Acción Social . Provincia de Buenos Aires. Plan Quinquenal de Salud 1995-2000.
- 82.-Ministerio de Salud y Acción Social . Provincia de Buenos Aires. Decreto-Ley 8801/77 (SAMO).

- 83.-Ministerio de Salud y Acción Social . Provincia de Buenos Aires.Ley 11.072. Ley de Nuestro Hospital. Reglamentación de la Ley 11072. Decreto Reglamentario Nº 2370/93.
- 84.-Ministerio de Salud y Acción Social . Provincia de Buenos Aires. Ley de Contabilidad y Decreto Reglamentario Nº 3300/72.
- 85.-Norman D. Perspectivas de la ciencia cognitiva.2a.edición. Buenos Aires:Paidós, 1990. Cap.1.
- 86.-Novaes M. Psicología de la aptitud creadora, 1a. ed. Buenos Aires:Kapelus, 1978.
- 87.-OPS. Análisis de las organizaciones de salud. Washington:OPS, 1987.
- 88.-OPS. Capacitación para el desarrollo del liderazgo y conducción en los sistemas locales de salud: términos de referencia. Washington:OPS,1993.
- 89.-OPS. Liderazgo. Washington: OPS, 1990.
- 90.-Páez D, Valencia J, Morales J, Sarabia B., Ursua N. Teoría y Método en Psicología Social, 1a. ed.Venezuela:Anthropos, 1997.
- 91.-Pearson S, Silverman S, Epstein A. Leadership and management training: a skill-oriented program for medical residents. Journal General Interne Medicine 1994; 9:227-231.
- 92.-Perkins D. Las obras de la mente, 1a. ed. México:Fondo de Cultura Económica, 1988.
- 93.-Perkins D, Nickerson D. Enseñar a pensar, 1a. ed. Buenos Aires, Paidós, 1993.
- 94.-Peterson A. The changing management role: autocratic doer to team facilitator. Seminario Nurse-Manag 1994; 2:209-212.
- 95.-Petrack E, Li M. Leadership and management in pediatric emergency medicine. Journal Pediatr-Emerg-Care 1995; 11:188-191.
- 96.-Piaget J. Biología y conocimiento, 1a. de. Madrid:Siglo XXI, 1969.
- 97.-Piaget J. La equilibración de las estructuras cognitivas, 1a. de. Madrid:Siglo XXI, 1980.
- 98.-Polit D, Hungler B. Investigación científica en Ciencias de la Salud, 1a. de. México:McGraw-Hill, 1991.

- 99.-Pozo J. If you want to get ahead, get a theory. *Cognition* 1974; 3: 12-19.
- 100.-Rivière A. *El sujeto de la Psicología Cognitiva*, 1a. de. Madrid:Alianza, 1990.
- 101.-Rodríguez Mansilla D. *Diagnóstico Organizacional*, 1a. edición. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1995. Cap. 8 y 9.
- 102.-Roger von Oeck P. *El despertar de la creatividad*, 1a. edición. Buenos Aires:Díaz de Santos, 1991.
- 103.-Róvere M. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*, 1a.ed.Washington: OPS, 1993.
- 104.-Róvere M. *Comunicación personal en el marco de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud*, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mayo de 1996.
- 105.-Rotelli F. De Leonardis O. y Mauri D. *Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados)*. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 7(21):16-27, 1987.
- 106.-Ruelas Barajas N. *Programa de garantía de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología*. *Revista de Salud Pública de México*, 1990; 8(2):24-59.
- 107.-Runco M. *The validity of ideational originality in the divergent thinking*, *Educational and psychological measurement* 1992; 5:483-501.
- 108.-Sabulsky J. *Investigación en Ciencias de la Salud*.Córdoba: Manual de Cátedra, Facultad de Ciencias Médicas, 1995.
- 109.-Samaja J. *Epistemología y Metodología*. 3a.ed. Buenos Aires:EUDEBA, 1993.
- 110.-Samaja J. *Comunicación personal en el marco de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud*, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mayo de 1996.

MCA

- 111.-Scutchfield F, Sapin C, Pointer D, Hafey J. The public health leadership institute: leadership training for state and local health officers. *Journal Public Health Policy* 1995; 3: 304-323.
- 112.-Schein E. *Psicología de la organización*, 1a. ed. México:Prentice-Hall, 1992.
- 113.-Schlemenson A. *La perspectiva ética en el análisis organizacional*. 1a. ed. Buenos Aires:Paidós, 1992.
- 114.-Schumpeter J. *Teoría del desenvolvimiento económico*, 1a. de. México:Fondo de Cultura Económica, 1990.
- 115.-Searle J. *Mentes, cerebros y ciencia*, 1a. edición. Madrid: Cátedra, 1985.
- 116.-Selvini-Palazzoli M. *El mago sin magia*, 1a. edición. Buenos Aires:Paidós-Educador, 1990.
- 117.-Selvini-Palazzoli M. *Al frente de la organización*, 1a. edición. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- 118.-Senge P. *La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje*. *Panorama de Management y Gestión* 1993: 24-29.
- 119.-Serroni-Copello R. *Comunicación personal en teórico de la cátedra Epistemología de la Psicología*, Escuela Superior de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata 1993.
- 120.-Serroni-Copello R. *Comunicación personal en teórico de la cátedra Epistemología de la Psicología*, Escuela Superior de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata 1994.
- 121.-Sikora J. *Manual de métodos creativos*, 2a. ed. Buenos Aires:Kapelusz,1979.
- 122.-Simon H.*El comportamiento humano*, 2a. ed. Buenos Aires:Aguilar, 1984.
- 123.-Simon H, March J. *Teoría de la organización*, 2a. ed. Barcelona:Ariel, 1980.
- 124.-Simon H y Newell J. *The functional equivalence of problem solving skills*. *Cognitive Psychology* 7:268-88, 1978.
- 125.-Spiegel M, Hernández Herrero R, Rapun L. *Estadística*, 2a. de. Buenos Aires:McGraw-Hill, 1990.

- 126.-Stoner J Freeman R. Administración. México:Prentice-Hall Hispanoamericana, 1994. Parte 1.
- 127.-Swenson L. Teorías del Aprendizaje. Perspectivas tradicionales y desarrollos contemporáneos, 1a. ed.Buenos Aires:Paidós, 1988.
- 128.-Hierauf R. Klekamp R y Geeding D. Principios y aplicaciones de Administración. México:Limusa, 1990. Cap. 2.
- 129.-Tinarejo C y Páramo M. Dependencia -Independencia de campo: ¿nivel de desarrollo o estilo cognitivo? Revista Infancia y Aprendizaje, 1995; 75:97-106.
- 130.-Torrance E. y Goff K. A quiet revolution. Journal of creative behavior, 1989; 23(2):136-45.
- 131.-Tross G, Cavanagh J. Innovation in nursing management: professional, management and methodological considerations. Journal Nurs-Managemente 1996; 4: 143-149.
- 132.-Von Bertalanffy L. Tendencia en la Teoría General de Sistemas, 4a. ed.Madrid:Alianza, 1981.
- 133.-Von Bertalanffy L. Teoría General de los Sistemas, 3a. de. México:Fondo de Cultura Económica, 1976.
- 134.-Wakefield J. Creativity tests and artistic talent. Artículo presentado en el Esther Katz Rozen Symposium on the Psychological Development of Gifted Children, Kansas, 1995.
- 135.-Watzlawick P. Change, Roma:Astrolabio, 1974.
- 136.-Webster J. Creativity as creative thinking. Music-Educators-Journal 1996; 7:22-28.
- 137.-Witkin H. y Goodenough D. Estilos cognitivos: naturaleza y orígenes, 1a. edición. Madrid: Pirámide, 1985.
- 138.-Williams S. The relationship between lateral dominance and divergent cognitive thought. Artículo presentado en el Annual Meeting of the Earsten Psychological Association, New York, 1992.

Lista de Cuadros.

Cuadro Nº I. Sistemas Administrativos. Definición y componentes.

Cuadro Nº II. Relaciones de poder en materia de Salud Mental.

Cuadro Nº III. Relaciones de poder en materia de complejidad.

Cuadro Nº IV. Relaciones de poder en materia de especialidad-generalidad.

Cuadro Nº V. Relaciones de poder según el poder cognitivo de los agentes de salud.

Anexos: Cuadros.

Cuadro Nº I. Conceptos: Dirección, gestión y administración. Diferenciación. Anexo I.

Cuadro Nº II. Concepción del hombre en tanto personal de servicios de salud. Relación con los modelos de pensamiento administrativo, de atención de la salud en Argentina y los procesos políticos. Anexo II.

Lista de Tablas.

Tabla I. Sistema administrativo y nivel de creatividad e innovación organizacional según el personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla II. Sistema administrativo y nivel de creatividad e innovación organizacional según el personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla III. Sistema administrativo según sexo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla IV. Sistema administrativo según edad del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla V. Sistema administrativo según el lugar de nacimiento del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla VI. Sistema administrativo según el estado civil del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla VII. Sistema administrativo según profesión del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla VIII. Sistema administrativo según jerarquía del cargo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla IX. Sistema administrativo según experiencias laborales anteriores del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla X. Sistema administrativo según nivel educativo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla XI. Creatividad e Innovación Organizacional según género del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla XII. Creatividad e Innovación Organizacional según edad del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla XIII. Creatividad e Innovación Organizacional según lugar de nacimiento del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla XIV. Creatividad e Innovación Organizacional según estado civil del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla XV. Creatividad e Innovación Organizacional según profesión del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla XVI. Creatividad e Innovación Organizacional según jerarquía del cargo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla XVII. Creatividad e Innovación Organizacional según experiencias laborales del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Tabla XVIII. Creatividad e Innovación Organizacional según nivel educativo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Argentina, Período 11-96 al 03-97.

Anexos: Tablas y Gráficos.

Anexo III. Tabla I. Subescalas de creatividad e innovación organizacional, según número identificador de los ítems correspondientes a las aptitudes cognitivas subyacentes a la creatividad. Mar del Plata, 1996.

Tabla II. Funciones administrativas según número identificador de los ítems del instrumento. Mar del Plata, 1996.

Tabla III. Instrumento sobre creatividad e innovación organizacional según número de ítems específicos de la escala. Mar del Plata, 1996.

Tabla IV. Puntaje del Instrumento sobre creatividad e innovación organizacional según cuartiles según y su significado para cada nivel. Mar del Plata, 1996.

Anexo VIII. Tabla I. Listado de palabras que representan creatividad y palabras que representan tensión psicológica.

Anexo X. Gráfico 1. Sistema Administrativo y Nivel de Creatividad e Innovación Organizacional del Personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, (11-96 al 03-97).

Gráfico 2. Sistema Administrativo según Profesión del Personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, (11-96 al 03-97).

Gráfico 3. Creatividad e Innovación Organizacional según el personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, (11-96 al 03-97).

Anexo I. Definición de Administración. Aspectos epistemológicos y diferenciación con dirección y gestión.

Según Hermida ⁽¹⁾ la Administración carece de una plataforma epistemológica y metodológica que le otorgue sustento científico. Por lo tanto, como disciplina científica se encuentra atravesando una crisis metodológica que responde a un estancamiento cognitivo.

Para Hermida la Administración es ciencia y técnica, no es un arte, existiendo una retroalimentación entre ciencia y técnica, su objeto de estudio son las organizaciones o empresas, entre ellas los hospitales, centros de salud.

Estas organizaciones según Abed ⁽²⁾ parten del hecho voluntario de integrarse a un objetivo común, de acuerdo a dos condiciones básicas, ellas son: voluntad de pertenecer y objetivos comunes.

Mientras que para Koontz ⁽³⁾ y Thierauf ⁽⁴⁾ la administración es un arte, porque en ella existe lugar para la subjetividad, porque implica captar las emociones del otro y lograr una visión compartida. Como se observa corresponde a una postura epistemológica diferente a la mantenida por Hermida. Simon ⁽⁵⁾ desde el enfoque de la Teoría de las Decisiones, entiende a la ciencia de la Administración como una disciplina teórica y práctica. En el *nivel teórico* se efectúan descripciones de las organizaciones y del comportamiento de los sujetos en la organización. Este enfoque metodológico se denomina Sociología de la Administración.

⁽¹⁾ Hermida J. Serra R. y Kastika E. Administración y Estrategia. 4a. edición. Buenos Aires: Macchi, 1995: 6.

⁽²⁾ Abed L. Comunicación personal en el marco de la Maestría en Gestión de Servicio de Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Julio 1996.

⁽³⁾ Koontz H. y Wehrich H. Administración. Una perspectiva global. 10a. edición. Buenos Aires: McGrawHill. Cap. 1.

⁽⁴⁾ Thierauf R. Klekamp R. y Geeding D. Principios y aplicaciones de Administración. México: Limusa, 1990. Cap. 2.

⁽⁵⁾ Simon H. y March J. El comportamiento humano, 2a. edición. Barcelona: Ariel, 1984.

Mientras que en el *nivel práctico* las proposiciones se refieren a cómo se comportarían los sujetos si buscan la mayor eficacia de su actividad con recursos escasos. Se trata entonces, de aplicar conocimientos científicos para lograr una optimización y maximización.

A los niveles expuestos Samaja ⁽⁶⁾ y Serroni-Copello ⁽⁷⁾ anexan el *nivel epistemológico o metateórico*, en tanto revisión crítica o vigilancia epistemológica ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾ sobre:

- a. las teorías administrativas (Ciencia Básica),
- b. teorías tecnoadministrativas (Técnica),
- c. teorías sobre las prácticas administrativas (Práctica Administrativa)
- d. metateorías o Epistemología de la Administración (teorías sobre los diferentes niveles de teorías citadas precedentemente), esto es, discurso sobre el discurso.

Ahora bien, la Epistemología en Ciencias de la Administración, se debe aclarar que en tanto ciencia que estudia a la ciencia, se basa en una recursividad científica cuya utilidad radica en separar lo que es ciencia de lo que es un saber espúreo.

Los dos límites de la Epistemología según Serroni-Copello ⁽¹⁰⁾ son:

1. no hay un sólo discurso epistemológico, sino tantos como disciplinas científicas. Así, como existe una epistemología de la Biología, o de la Psicología, también existe una epistemología de la Administración y dentro de ella hipótesis, conceptos, reglas y planes según los niveles básico, técnico y práctico relacionados con la realidad de las organizaciones de servicios de salud mental.

2. la Administración es ciencia, esto significa que tiene un sistema conceptual en permanente construcción que obedece a un proceso dialéctico, pero que además, es un sistema

⁽⁶⁾ Samaja J. Comunicación personal. Maestría en Gestión de Servicios de Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, mayo de 1996.

⁽⁷⁾ Serroni-Copello R. Comunicación personal en teórico de la cátedra Epistemología de la Psicología. Escuela Superior de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata, marzo de 1994.

⁽⁸⁾ Bachelard G. La formación del espíritu científico. 3a. edición. Buenos Aires: Siglo XXI, 1993.

⁽⁹⁾ Bourdieu P. Cosas dichas. Buenos Aires: Gedisa, 1988.

⁽¹⁰⁾ Serroni-Copello R. 1994, Op.cit.

social porque sin él perdería la esencia misma de la ciencia, ser construída por el hombre y para el hombre, esto la convierte en una organización o empresa en sí misma.

De esta manera, la Administración de Servicios de Salud requiere de la construcción de un marco teórico fundado en conocimiento científico y principios epistemológicos que la sustenten. De esta manera, el gerenciamiento es el arte de resolver problemas donde los tres tipos de razonamiento involucrados son la inducción, deducción y abducción, reservando la producción de analogías espontáneas para los procesos creativos o de invención. La postura de Samaja y de Simon se inscriben en la Teoría de las Decisiones que comenzó a otorgarle un lugar reconocido a la creatividad e innovación organizacional, amparando la misma en una estrategia cognitiva de resolución de problemas llamada análisis medios-fines, donde el resolvidor de problemas u operador procede fijando subobjetivos, de modo que mediante el avance a través de las soluciones parciales se logre la solución total del problema. Por lo tanto, desde este enfoque, la única forma de construir lo complejo es remitiéndose a los niveles inferiores.

La administración de organizaciones humanas es una praxis, que basada en el conocimiento científico guía al director de servicios de salud en sus intervenciones profesionales. Es una ciencia del diseño de las organizaciones de servicios de salud que debe basarse en construcciones teóricas y en investigaciones científicas previas. Teniendo en cuenta el nivel teórico, en muchos autores se encuentran críticas hacia las ciencias sociales, por ende hacia la administración, que son múltiples, pero las más comunes o difundidas son las relativas a la falta de desarrollos teóricos, falta de un perfil epistemológico y metodológico, falta de un análisis profundo del método científico y su aplicación a las ciencias de la administración.

Más allá de ello, la vertiginosidd de los cambios en la sociedad actual genera perturbaciones en el seno de la administración, y le exige una velocidad en la construcción del

conocimiento científico que resulta contradictoria con la noción de progreso de la ciencia misma.

Existe según los aportes de Samaja ⁽¹¹⁾ un continuo entre la teoría y práctica o retroalimentación de la que habla Hermida, continuo que debe observarse en un contexto sociohistórico determinado, en medio de cambios de paradigmas producto de crisis y revoluciones científicas tal como lo expone Khun. Así, mientras la ciencia básica se ocupará de desarrollar teorías sobre la administración, la investigación práctica se ocupará de desarrollar planes de intervención, a modo de investigación-acción, que impliquen un cambio en la estructura organizacional del hospital o empresa a la que se haga referencia. Más allá de las diferentes posturas de los teóricos de la Administración acerca de esta ciencia o arte, las organizaciones se definen como un grupo humano que tiene un comportamiento finalista, racional y conciente. Para lograr el éxito de las organizaciones debe existir coordinación individual y grupal de los diferentes agentes sociales que las constituyen. Dicha organización está en constante interacción con el medio ambiente. Siendo entonces, la administración la encargada de asegurar la continuidad de la organización para satisfacer las demandas.

En este sentido Koontz ⁽¹²⁾ define a la administración como un proceso que consiste en diseñar y mantener un medio ambiente en el cual los sujetos trabajen juntos, en equipos alcanzando la mayor eficiencia posible en los objetivos. La habilidad gerencial fundamental de todo directivo de organizaciones de servicios de salud mental es la coordinación, en la misma se basa Balaguer ⁽¹³⁾ al sostener que la administración es hacer las cosas mediante las personas, destacando al igual que Likert ⁽¹⁴⁾ la importancia del factor humano de la organización, ya que

⁽¹¹⁾ Samaja J. 1996, Op.cit.

⁽¹²⁾ Koontz H y Wehrich H. Administración. Una perspectiva global, 10a. edición. Buenos Aires: Macchi, 1995. p.4.

⁽¹³⁾ Balaguer E. Aprendizaje Innovador. Desafíos metodológicos para un futuro perfecto. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, 1995.

⁽¹⁴⁾ Likert R. El factor humano en la empresa, su dirección y valoración, 1a. edición. Bilbao: Deusto, 1968.

el hombre es un ser con limitaciones físicas, biológicas y psíquicas, por lo tanto, es necesario que coopere con otros hombres. El problema fundamental es ¿cómo coordinar ese esfuerzo humano para el logro de los objetivos del hospital y considerando la realización de cada miembro del mismo?

Por lo tanto se puede afirmar que en cada momento una modalidad organizacional adecuada a las demandas sociales, pero ésta es producto de una evolución constante.

Lo expuesto en la frase anterior coincide con la postura de Róvere ⁽¹⁵⁾ al definir las características del pensamiento estratégico en administración de servicios de salud, donde entiende que la creatividad y el éxito de la organización sólo pueden ser alcanzados conociendo el pasado de la misma. El presente está condicionado por el ambiente, es decir por la turbulencia, complejidad, tamaño, tipo de personal y la formación con la que cuenta, los valores, tareas y objetivos explícitos en forma clara y precisa.

⁽¹⁵⁾ Róvere M. Comunicación personal Maestría en Gestión de Servicios de Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, mayo de 1996.

Cuadro Nº 1. Conceptos de dirección, gestión y administración. Diferenciación.

Concepto: Administración.		
Koontz (1995)	Alvarez (1985)	Balaguer (1995)
Proceso de diseñar y mantener un ambiente en el que las personas, trabajando en grupos, alcancen con eficiencia las metas seleccionadas. Incluye la integración de personal.	Comportamiento, dirección y conservación de las organizaciones. Implica el proceso administrativo.	Proceso de organización, delegación, supervisión, adopción de decisiones, programación, coordinación, control y evaluación, pero además el ingrediente más importante es que resulta ser "una forma de trabajar con las personas para alcanzar los objetivos".
Concepto: Dirección.		
Koontz (1995)	Alvarez (1985)	Balaguer (1995)
Proceso de influir sobre las personas para lograr que contribuyan a las metas de la organización y del grupo. Incluye el liderazgo.	Función del proceso administrativo, donde se incluye el liderazgo. Proceso que se desarrolla en los diferentes niveles de la organización y que consiste en guiar, conducir, orientar y proceder, para ello se recurre a procesos de comunicación, influencia, información y control.	
Concepto: Gestión.		
Koontz (1995)	Alvarez (1985)	Balaguer (1995)
	Define y mantiene el equilibrio entre las funciones de la empresa y entre sus componentes.	Uso más adecuado de los medios disponibles para lograr los objetivos prefijados. El sistema es un conjunto de elementos en interacción. Mientras que una matriz de gestión es un sistema ordenador de la gestión. Los subsistemas son cuatro: determinación, gobierno, información y ejecución.

ANCA

ANEXO II. Concepción del hombre en tanto personal de servicios de salud. Relación con los modelos del pensamiento administrativo, de atención de la salud en Argentina y los procesos políticos. (Para la confección de este anexo se retomaron las ideas de Balussi (1996) sobre los modelos de atención de la salud y su relación con el pensamiento administrativo en Argentina).

Cuadro Nº 2. Concepción del hombre en tanto personal de servicios de salud. Relación con los modelos de pensamiento administrativo, de atención de la salud en Argentina y los procesos políticos.

Período	Concepción del hombre en tanto personal de Organizaciones de Servicios de Salud.	Modelos de Pensamiento Administrativo	Modelos de Atención de la Salud en Argentina.	Modelos Políticos.
1880 a 1930	El hombre como un engranaje de la organización en tanto maquinaria. El hombre es un productor de bienes y servicios, un "homo economicus".	Escuela Clásica. Entiende a la organización como una máquina, el énfasis recae en las tareas y tecnologías. La autoridad es centralizada. Se inspira en la Ingeniería y existe gran confianza en las reglas y reglamentos. Escuela Neoclásica (Koontz y O'Donnell). Escuela de Relaciones Humanas (Mayo, Maslow, McGregor, Argyris y otros). La organización es considerada como grupos de personas. Se basan en la Psicología y Sociología, logrando mayor autonomía del empleado. Destacan la importancia del clima organizacional basado en la autonomía, confianza en las personas y buen manejo de la dinámica grupal. Ese ambiente de trabajo no sólo concierne a los aspectos físicos (temperatura, ventilación, etc.) sino a los	Modelo Pluralista no Planificado. Se trata de servicios superpuestos, sin intervención del Estado. La salud era considerada un fenómeno individual y asistida por la caridad pública. En Argentina existía un Departamento Nacional de Higiene.	Democracia incipiente. Estado en formación. Baja participación social en los asuntos públicos.
Autores Pensamiento Administrativo				
Clásicos: Taylor y Fayol.				
Neoclásicos: Cont. Cuadro 2. Koontz, O'Donnell. PRIMERA OLA Y SEGUNDA OLA				

Qmca

		<p>(Continuación Cuadro 2.) aspectos psicológicos relativos a las relaciones humanas.</p>	<p>Democracia representativa, con gran fuerza carismática. Perón.</p>
<p>1940 a 1955 Autores: Weber. Merton. Gouldner. SEGUNDA OLA. Postguerra.</p>	<p>El hombre es un ser social con derechos, que reacciona como miembro de un grupo.</p>	<p>Modelo Burocrático de Weber. Estructuralismo Burocrático de Merton. La burocracia es la forma más eficiente de organización creada por el hombre según Weber. Merton consideró las disfunciones o consecuencias de la burocracia, dado que prioriza un orden legal, se descuidó al hombre como persona. Gouldner va a sostener que el problema no es la burocracia sino los grados de la misma. El modelo de Weber es el grado ideal de burocracia para las organizaciones en ese momento histórico.</p>	<p>Aparece el Estado como planificador y administrador de los servicios de salud. Se crea la OMS y en Argentina se creó en 1946 la Secretaría de Salud Pública, en 1949 el Ministerio de Salud Pública y diferentes hospitales públicos durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo.</p>

MCA

<p>Continuación Cuadro 2.</p> <p>1955-1970</p> <p>Autores: Barnard, March, Simon y Kast.</p> <p>CRISIS Y TURBU- LENCIA</p>	<p>Un ser racional que forma parte de un sistema complejo llamado organización social y que es informívoro, productor de símbolos e información.</p>	<p>Teoría de Sistemas. Teoría de las Decisiones.</p> <p>Conciben a las organizaciones como sistemas abiertos compuestos por subsistemas. Esta teoría se basa en los aportes de Von Bertalanffy, y la cibernética que a su vez parte de las características de los procesos biológicos. Analizan las interacciones de las organizaciones con su ambiente externo y entre sus subsistemas. La teoría de la decisión tiene como eje la toma de decisiones teniendo en cuenta los valores, la información y la estructura de la organización para la toma de decisiones. El sujeto es concebido como un resolvidor de problemas mediante estrategias al azar, subir la cuesta y análisis medios-fines. Ambas escuelas están influenciadas por la escuela de las Relaciones Humanas.</p>	<p>Formación del Modelo Pluralista Planificación Descentralizada.</p> <p>Se profundizó la idea de descentralización en salud, hay una transferencia de los establecimientos de salud pública de nación a provincias y municipios, la cual se efectuó sin soporte técnico, lo que condujo a un deterioro de la calidad de los servicios.</p>	<p>Procesos Autoritarios.</p>
<p>1970-1977.</p> <p>Drucker,</p>	<p>Hombre organizacional y administrativo, que busca alcanzar los objetivos individuales u organizacionales de manera racional.</p>	<p>Planeamiento Estratégico. La estrategia en tanto camino que sigue la empresa adaptándose al contexto para lograr sus objetivos según Hermida (1995) es el eje de este modelo de pensamiento administrativo, implica visión, posicionamiento, planes y patrón integrado de comportamientos.</p>	<p>Se reflataron programas de descentralización, se crea la Ley de Obras Sociales 19610 y se unifican los aranceles mediante el Normenclador Nacional lo que facilitó la planificación financiera. Se favorece la incorporación de tecnología y se descuidó la atención primaria de la salud.</p>	<p>Procesos Autoritarios.</p>

ANEXO III. Instrumento sobre Nivel de Creatividad e Innovación Organizacional diseñado en este proyecto de Tesis de Maestría en Gestión de Servicios de Salud.

A.- Consideraciones Teóricas. Resultados de investigaciones precedentes.

Tal como lo afirma Ausubel ⁽¹⁾ la creatividad es uno de los términos más vagos, ambiguos y difíciles de definir que presenta la Psicología de la Educación, lo que se fundamenta en la existencia de más de 400 significados diferentes.

Sin embargo, dado que fue necesario investigar el tema, existe cierto grado de acuerdo acerca de la definición de creatividad como una actividad cognitiva compleja que consiste en formular ideas para resolver problemas. Dichas ideas se desarrollan según cuatro aptitudes cognitivas o habilidades, a saber:

Fluidez: Habilidad cognitiva que permite producir diversas ideas o soluciones expresadas en forma verbal, gráfica o motriz en un lapso de tiempo determinado.

Flexibilidad: habilidad cognitiva para cambiar de enfoques de un problema.

Originalidad: habilidad cognitiva que posibilita la producción de ideas inusuales (de baja frecuencia estadística).

Elaboración: habilidad cognitiva que implica la capacidad de integrar conocimientos previos con otros nuevos, completar detalles y organizar planes para generar respuestas.

De este modo los instrumentos generados en el ámbito Psicología Educativa y Psicología Clínica, ya sean psicométricos o proyectivos, son abundantes y consideran como definiciones de la variable creatividad y sus aptitudes cognitivas a las expuestas anteriormente.

⁽¹⁾ Sikora J. Manual de métodos creativos, 2a. edición. Buenos Aires: Kapelusz, 1979, p. 21.

De acuerdo con este marco teórico es que se ha construido la escala de evaluación de la creatividad e innovación organizacional a continuación presentada.

En el campo de la Psicología de las Organizaciones actualmente se le ha otorgado importancia a la creatividad e innovación, pero no existen antecedentes de instrumentos de evaluación. Según Koontz ⁽²⁾ la creatividad es un factor importante para la conducción de las personas, distinguiendo entre creatividad e innovación, la primera se refiere a la capacidad y poder de desarrollo de nuevas ideas, mientras que la innovación alude al uso o aplicación de estas ideas.

Otros autores como Perkins ⁽³⁾, Guilford⁽⁴⁾ diferencian entre proceso creativo y producto creativo. El proceso creativo hace referencia a las vías, caminos o estrategias mentales que realizan los sujetos para resolver creativamente un problema. En cuanto al producto creativo es el resultado obtenido.

Con respecto a los procesos creativos actualmente se sabe que no dependen directamente del nivel de inteligencia del sujeto, sino que son capacidades diferentes, los procesos convergentes de los divergentes, por lo tanto es esperable que un mayor cociente intelectual se corresponde con una menor creatividad. Esto se explica porque la inteligencia es pensamiento convergente, esto es, aquel que busca soluciones en una sola dirección, mientras que la creatividad es pensamiento divergente, es decir, aquel que busca las soluciones al problema pensando varios caminos alternativos y opta por uno de ellos. También se sabe que la elección de ese camino no se realiza por ensayo y error únicamente, sino que la estrategia cognitiva predominante tanto en sujetos creativos como no creativos, es el análisis medios-fines, donde las búsquedas se producen definiendo subobjetivos y resolviendo cada parte o subobjetivo, para alcanzar el todo. La diferencia entre sujetos creativos y no creativos radica

⁽²⁾ Koontz H y Wehrich H. Op. cit. 213.

⁽³⁾ Perkins D. Las obras de la mente, 1a. edición. México: FCE, 1988. Cap. 1.

⁽⁴⁾ Guilford J. Psicología General, 1a. edición. México: Diana, 1967.

en la cantidad de cambios de estrategias que se permiten realizar y no en el procedimiento cognitivo utilizado⁽⁵⁾. Otro factor estudiado y que resulta importante en el nivel de creatividad es la autoestima o autoconcepto, así se comprobó que la mayor autoestima se corresponde con una mayor creatividad.

Los resultados expuestos resultan convergentes con la postura que sostiene que el sujeto creativo es aquel que tiene capacidad suficiente como para adaptarse a los cambios o contingencias que se le presentan.

En forma análoga la organización, al igual que el sujeto en tanto ambos son sistemas, será más creativa en la medida que tenga mayor capacidad de adaptación al cambio de estrategias de resolución de problemas y un mejor concepto de sí misma, que le permitan la generación de alternativas coherentes con los objetivos de la organización.

Por lo tanto, es evidente que la libertad es necesaria para el desarrollo de la creatividad e innovación, la cual es motivada cuando los sujetos interactúan, lo que se ampara en el socioconstructivismo de ideas. De esta manera, la creatividad e innovación sólo pueden tener lugar en un sistema social abierto, activo, donde la interdisciplina estimule el espíritu creador. Así, los líderes participativos, al caracterizarse por ser activos, no dejan abandonados a los subordinados, pero tampoco se convierten en el centro. El personal aprende a confiar en sus iniciativas y a expresarlas en el grupo para luego determinar si serán o no aplicadas.

De esta manera, la creatividad e innovación son importantes en las diferentes funciones del proceso de administración, es decir, planeación, organización, integración de personal, dirección y control, siguiendo a este autor "... en la actualidad se reconoce

⁽⁵⁾ Armesto M. Tipos de estrategias de resolución de problemas en la producción de respuestas originales. Informe final Beca de Investigación. Secretaría de Ciencia y Técnica. Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995.

ampliamente que una empresa de negocios tiene que innovar o morir, que los nuevos productos no se presentan tan sólo por casualidad⁽⁶⁾

Tal como lo señala Balaguer (1995), los gerentes hoy deben desarrollar un estilo de dirección que se basa en la gestión de empresas, esto implica un perfil activo, sin esquemas preconcebidos, innovación y creatividad. Entre los nuevos requerimientos gerenciales en los futuros escenarios se halla la creatividad, donde la experiencia pasará a reemplazarse por la respuesta creativa. La base de dicha capacidad es la autonomía y la capacitación. Actualmente la información (Drucker, 1992) el conocimiento es poder, por lo tanto la capacitación de los recursos humanos en salud es primordial para la mejor prestación de los servicios. Incluso existen pruebas acerca de los efectos de programas de entrenamiento de las aptitudes cognitivas inherentes a la creatividad citadas al comienzo, donde se observa que el rendimiento en docentes entrenados de nivel general básico, superó 60 veces a los docentes no entrenados, en el caso de los alumnos universitarios de Psicología, los coeficientes generales de producción de respuestas originales en sujetos del grupo experimental son 78 veces promedio mayores que los obtenidos por sujetos que pertenecían al grupo control (Arneste, 1996), lo que permite reconocer a los programas de entrenamiento de la capacidad creadora como una herramienta valiosa aportada por la educación.

Drucker (1992) define la innovación como la tarea de dotar de mayor capacidad de producción a los recursos humanos o materiales, transformando las necesidades sociales (en este caso de salud) de la población, en oportunidades de actividades rentables otorgándole a la alta dirección el calificativo de factor principal para la creatividad e innovación organizacional.

Esta necesidad de innovación social y política obedece a una crisis institucional mundial, que requiere innovación institucional, Drucker coincide con Koontz, al afirmar que

⁽⁶⁾ Koontz H. y Wehrich H. Op. cit. p.680.

toda organización que no es capaz de innovar está condenada a la extinción. El cambio para el desarrollo organizacional debe ser entonces, la "norma" de la institución de salud.

Drucker ⁽⁷⁾ afirma que el gerente debe ser codicioso por las nuevas cosas ("Rerum Novarum Cupidus), tal como fue calificada la gerencia innovadora, partiendo de un plan de innovación con objetivos definidos, donde la política sistemática consiste en abandonar lo obsoleto o no productivo. Esa capacidad de innovación depende de la libertad que le otorgue la empresa u organización a su gente para resolver situaciones-problemas a diario.

Entre las técnicas que se han utilizado para mejorar la calidad a partir de principios del planeamiento estratégico, relacionados con la creatividad e innovación, se encuentran los círculos de calidad y los círculos de creatividad ⁽⁸⁾. Los círculos de calidad buscan identificar, analizar y resolver problemas actuales, de tipo laboral que debe afrontar la institución a corto y largo plazo. Los círculos de creatividad pretenden lograr el desarrollo de aptitudes apropiadas que alertan a los directivos sobre las innovaciones accidentales o fortuitas frente a problemas relevantes a largo plazo. Lo anterior debe entenderse considerando que para que una empresa pueda competir no es suficiente que piensen unos pocos, sino que necesita ideas e iniciativas de todos sus empleados. Por lo tanto, los directivos deben desarrollar un entorno en todos los niveles de la organización que propicie la creatividad e innovación para que la institución pueda renovarse, es por ello que puede hablarse de una "gestión del cambio".

⁽⁷⁾ Drucker P. Administración y futuro. De los '90 en adelante, 1a. edición. Buenos Aires: El Ateneo, 1992.

⁽⁸⁾ Majaro S. Cómo generar ideas para generar beneficios. La brecha creativa, 1a. edición. Barcelona: Gránica, 1992.

B.- Escala: Descripción del Instrumento.

B.1. Construcción de la Escala.

Se elaboró una escala tipo Likert cuyo objetivo principal es medir el nivel de creatividad e innovación organizacional en instituciones de salud, de acuerdo a las diferentes funciones o etapas del proceso administrativo.

La construcción de la escala se realizó en función de seis cuestionarios desarrollados por Majaro en 1992 para medir creatividad en empresas. Este instrumento fue administrado en la prueba piloto junto con la escala Likert diseñada para esta investigación, evaluando la confiabilidad y validez del instrumento generado, siendo los resultados tal como se explicitó en el apartado 5.4. altamente significativos de acuerdo al coeficiente alfa de Cronbach, pero también se efectuó el análisis factorial de los datos obtenidos en la prueba piloto para determinar la coherencia interna del instrumento según los factores subyacentes al creatividad e innovación predeterminados según el marco teórico de esta investigación.

Según los resultados obtenidos por el análisis factorial de los resultados de las variables estudiadas mediante el programa estadístico SPSS 5.0, en este instrumento acerca de la creatividad e innovación organizacional, se procedió a tomar una nueva prueba piloto (a la que se denomina prueba piloto 2, también en una institución neuropsiquiátrica privada), con el instrumento conformado por 50 ítems y previamente corregido según las fallas detectadas en la primera prueba y sus dimensiones, fluidez, flexibilidad, originalidad y elaboración, e innovación, los resultados permiten determinar que existen asociaciones positivas y altamente significativas, esto es, según el criterio metodológico de este tipo de escalas, valores superiores a 0.50, por el tipo de instrumento con que se está trabajando y el tema sociopsicológico que se evalúa. De este manera, se observa la presencia de un sólo factor presente en todas las dimensiones de creatividad y en innovación organizacional, donde la comunalidad oscila entre

+0.62830 y +0.83092, el primer valor corresponde a integración de personal y el segundo valor a la planeación organizacional, de esta manera, la integración del personal o manejo de los recursos humanos a través de la participación, liderazgo o estilos de dirección y comunicación sería al igual que la planeación, en tanto proceso que se basa en pensar antes de actuar, donde la prospectiva y la bisociación tienen un lugar importante, pues en ellas predomina la anticipación, es decir aprendizaje de segundo orden y conductas gamma, serían factores fundamentales para el desarrollo de la creatividad e innovación organizacional.

Al considerar cada una de las dimensiones o factores teóricos predeterminados según el marco conceptual del trabajo y el puntaje total de la escala, al cual se lo identifica como nivel de creatividad e innovación organizacional, se obtuvo un valor correlacional respecto de la presencia de ese factor único, de + 0.99556, lo que indica que el instrumento mide lo que en términos teóricos se ha definido como creatividad e innovación organizacional. Lo anterior también se observa a través de la matriz de correlaciones, donde la variable 28 (nivel de creatividad e innovación organizacional) presenta las siguientes correlaciones positivas y altas, a saber, con fluidez + 0.82, con flexibilidad +0.81, con originalidad +0.81, con elaboración +0.86, con innovación +0.89, con planeación +0.71, con organización +0.75, con integración de personal +0.79, con dirección +0.82 y con control +0.79.

Lo expuesto permitió realizar algunas modificaciones en la redacción de los reactivos que posibilitaron el ajuste del instrumento.

B.2. Descripción del Instrumento.

La escala construída consta de 50 ítems, el criterio principal respetado de acuerdo al marco teórico utilizado, es que cada ítem plantea un interrogante acerca de la creatividad e innovación organizacional en cada una de las funciones administrativas según Koontz (1995), esto es, planeación, organización, integración de personal, dirección y control. De los 50 ítems,

mea

25 corresponden a creatividad (sus cuatro aptitudes cognitivas) e innovación, los otros 25 se denominan específicos según cada función administrativa en relación a la creatividad e innovación.

A los efectos de facilitar la administración y evitar errores de conceptualización que pudieran ser ocasionados por la no comprensión de esas funciones, se anexa en el instrumento la definición de cada una de las funciones administrativas en términos comprensibles sea cual fuere el nivel de instrucción del sujeto, seguidamente se presentan las preguntas, para facilitar la ubicación de quien debe responder. De esta manera cualquier miembro de la organización podrá responderla sin necesidad de conocimientos específicos.

En función de los criterios expuestos en el apartado A, los ítem se agrupan en las siguientes subescalas expuestas en la tabla siguiente.

Tabla I. Subescalas de Creatividad e Innovación Organizacional, según número identificatorio de los ítems correspondientes a las aptitudes cognitivas subyacentes a la creatividad. Mar del Plata, 1996.

<i>Creatividad e Innovación. Subescalas</i>	<i>Ítems correspondientes a cada indicador, según el número de la escala.</i>
FLUIDEZ	1-11-21-31-41
FLEXIBILIDAD	2-12-22-32-42
ORIGINALIDAD	3-13-23-33-43
ELABORACION	4-14-24-34-44
INNOVACION	5-16-28-35-45

Tabla II. Funciones administrativas según número identificatorio de los ítems del instrumento. Mar del Plata, 1996.

<i>Funciones o Etapas Administrativas</i>	<i>Ítems número correspondiente a cada una de las funciones administrativas.</i>
PLANEACION	1 al 10
ORGANIZACION	11 al 20
INTEGRACION DE PERSONAL	21 al 30
DIRECCION	31 al 40
CONTROL	41 al 50

MCA

Tabla III. Instrumento sobre creatividad e innovación organizacional según número de ítems específicos de la escala. Mar del Plata, 1996.

<i>Creatividad e Innovación.</i>	<i>Ítems ESPECÍFICOS según el número de la escala.</i>
PLANEACIÓN	6-7-8-9-10
ORGANIZACIÓN	15-17-18-19-20
INTEGRACIÓN DE PERSONAL	25-26-27-29-30
DIRECCIÓN	36-37-38-39-40
CONTROL	46-47-48-49-50

C.- Normas para su utilización y Administración.

C. 1. Administración.

Se recomienda emplear la escala con sujetos adultos de más de 16 años. Conviene administrarla y debe ser anónima, (pudiéndose utilizar códigos cuando se administran otros instrumentos y es preciso cruzar datos), lo que economiza tiempo y evita resistencias de los sujetos a la confección de la misma, evitando sesgos en los resultados.

No es recomendable administrar en forma grupal la escala, en caso de ser únicamente posible esta modalidad de administración se recomienda que los grupos no superen las 5 personas, de modo que el administrador tenga un buen control del mismo.

C.2. Consigna.

En las líneas que hay bajo cada variable haga el favor de colocar una X en el punto que según Ud. mejor describe su organización en los momentos actuales. Trate a continuación cada apartado o ítem como una variable continua desde el extremo de un lado (1) hasta el del otro (16).

MCA

Es necesario aclarar que no hay respuestas correctas o incorrectas, y asegurar a los sujetos que al ser anónimas las respuestas, no afectará de ningún modo su desempeño en la organización.

C.3. Limitaciones.

- 1.- Las respuestas pueden estar sujetas a distorsiones concientes o inconscientes.
- 2.- No debe darse excesiva importancia a las respuestas individuales a un determinado ítem fuera del contexto general de cada aptitud y/o de cada función administrativa, como tampoco fuera del contexto general de la Escala.
- 3.- La creatividad e innovación organizacional son variables que registran modificaciones en periodos de tiempo prolongados (12 meses o un año como mínimo), por ello es no es aconsejable utilizar la Escala mediando un plazo menor a 12 meses entre ambas evaluaciones.

D. Metodología de evaluación

Para calcular los puntajes obtenidos en esta escala según cada sujeto que la confecciona, se opera del siguiente modo. Se suman los puntos de cada ítem y se obtiene el puntaje total, el cual se puede buscar en la tabla (a continuación)

Tabla IV. Puntaje del Instrumento sobre creatividad e innovación organizacional según cuartiles según y su significado para cada nivel. Mar del Plata, 1996.

QUARTIL Y SIGNIFICADO en cuanto al NIVEL DE CREATIVIDAD E INNOVACIÓN	PUNTAJE OBTENIDO SEGUN LAS RESPUESTAS DADAS POR CADA SUJETO.
Q 1: Malo. Se debe iniciar un programa acelerado si se desea la continuidad de la organización.	0 a 196
Q2: Regular. Se deben imponer mejoras en todas las áreas.	196.5 a 392
Q3: Bueno, es posible mejorar con mayor empeño de todo el personal.	392.5 a 588
Q4: Excelente.	588.5 a 784

MCA

ANEXO IV. Instrumentos de Recolección de Datos. Protocolos.

Instrumento: ESCALA LIKERT. SISTEMAS ADMINISTRATIVOS

La presente investigación se encuadra dentro del marco de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social que se dicta en la Universidad Nacional de Mar del Plata. Siendo alumnos de la misma es que necesitamos de su valiosa colaboración para realizar dos investigaciones en carácter de Tesis de la Maestría, cuyos resultados serán devueltos al Hospital en forma oral y escrita mediante los informes que pasarán a formar parte de la Biblioteca de la institución. Desde ya estamos muy agradecidos por su valiosa colaboración, agradecemos su respuesta en forma totalmente anónima. Cualquier sugerencia u opinión que considere que no está contemplada en los instrumentos utilice el reverso de cualquiera de las hojas y coméntela, su opinión es muy valiosa para nosotros.

N°

DATOS PERSONALES:

Edad:

Lugar de Nacimiento:

Nacionalidad:

Estado Civil:

Sexo:

Profesión:

Actividad Actual:

Actividades Anteriores-Cargos:

Consigna.

Según las variables organizativas, marque con una X el puntaje que va desde 1 a 16 (de menor (1) a mayor grado(16) según su opinión sea el que mejor describa a la organización del hospital en el momento actual.

Variable Organizativa 1: Tema Motivación.

1. Califique su nivel de motivación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

2. En qué medida se utiliza esa motivación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

3. Grado en que son adecuadas las actitudes del personal hacia la organización.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

4. Grado en que en que los intereses están en conflicto.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

MCA

5. Califique el nivel de adecuación de las actitudes propias hacia los demás miembros de la organización. (Por ejemplo: 1: inadecuadas, 16: excelentes).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

6. Grado de satisfacciones producidas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

7. En qué medida tienen los superiores confianza en sus subordinados o empleados.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

8. Grado en el que los subordinados o empleados tienen confianza en sus jefes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

9. Grado en que los jefes muestran una conducta de apoyo con relación a los subordinados o empleados que dependen de ellos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

10. Grado en el que los superiores otorgan libertad a los subordinados para discutir o realizar sugerencias sobre su tarea.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

11. Grado en que su jefe frente a un problema del hospital trata de conseguir las ideas y opiniones de los subordinados.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Variable Organizativa 2.- Comunicación.

12. Grado en que la comunicación está dirigida al logro de los objetivos de la organización u hospital.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

13. En qué medida la comunicación es fluida en todos los niveles del hospital.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

14. Medida en la que se puede iniciar la comunicación dentro de la organización.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

15. Grado de aceptación, por parte del personal de las comunicaciones u órdenes de sus jefes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

16. Grado de adecuación o fidelidad de la comunicación que va desde el personal subordinado hacia los directivos, es decir desde abajo hacia arriba.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

17. En qué medida es responsable el personal cuando inicia una comunicación ascendente, es decir, cuando van representantes de un área o servicio a plantear alguna cuestión a los directivos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

18. Grado de precisión de la información en el hospital.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

19. Grado de precisión de la comunicación ascendente, es decir la que va desde los subordinados a los superiores, ya sea escrita o verbal.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

20. Grado de necesidad de un sistema complementario en cuanto a la comunicación en sentido ascendente.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

21. Grado de utilización adecuada de la comunicación entre los miembros de la organización del mismo nivel jerárquico, (entre sus propios compañeros).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

MCA

22. Grado de conocimiento que cada uno tiene de los problemas del otro en su trabajo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Variable Organizativa 3.- Interacción.

23. Grado de adecuación de la interacción, o relaciones sociales, entre el personal del hospital.(Significa 1: inadecuada/ 16: excelente).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

24. Grado en que se trabaja en equipo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

25. Grado en el que los subordinados pueden influir sobre los objetivos, métodos y actividades de sus respectivas servicios o departamentos, (Piense si Ud. puede influir sobre su jefe con ideas o sugerencias respecto de los objetivos, métodos y actividades de su servicio).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

26. .Grado en el que los jefes pueden influir sobre los fines, métodos y actividades de sus subordinados en los servicios respectivos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

27. Grado de influencia real que cada jefe de servicio puede ejercer sobre la dirección del hospital.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

28. Grado en que fluye la información va de una a otra parte de la organización, en todas los niveles y entre todos los servicios.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Variable Organizativa 4.- Toma de Decisiones.

29. Grado en que la totalidad del personal del hospital participa de las decisiones como un "todo", es decir como un gran equipo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

30. Grado de exactitud de la información necesaria para tomar decisiones en el hospital.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

31. Medida en que los jefes de servicio tienen conocimiento de los problemas del hospital a la hora de tomar decisiones.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

32. Grado en el que se usa del conocimiento de índole profesional y técnica para tomar las decisiones.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

33. Grado de precisión de la información cuando se realizan reclamos a la dirección del hospital.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

34. Grado de motivación que produce la participación en la toma de decisiones en el personal del hospital.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

35. Grado en que Ud. se siente motivado cuando su jefe toma una decisión que lo involucra directamente como personal del hospital y como persona.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

meA

Variable Organizativa 5.- Fijación de Objetivos.

36. Nivel de participación de ud. cuando se fijan objetivos del hospital.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

37b. Grado de participación de los diferentes niveles jerárquicos en la fijación y consecución de los objetivos de la organización.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

38. En qué grado se aceptan los fines y objetivos establecidos de común acuerdo en la organización.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Variable Organizativa 6.- Control.

39. Grado en el que los niveles jerárquicos tienen distribuido el control de la organización.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

40. Grado de exactitud de las mediciones utilizadas para guiar y realizar la función de control en el hospital.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

41. Grado en que la revisión de las cuentas es compartido por un grupo encargado de la gestión del hospital.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

42. Grado en que existe representación y apoyo del personal en el hospital a través de una organización como sindicato, gremio, etc.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Variable Organizativa 7. Actuación.

43. Nivel de la productividad.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

44. Grado de presentismo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

45. Grado en que se aprovecha el tiempo de trabajo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

46. Nivel de control de calidad e inspección.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Variable Organizativa 8. Entrenamiento.

47. Grado de objetivos tendientes a la actualización y entrenamiento del personal.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

48. Grado en que se le haya facilitado a Ud. en su servicio la clase de entrenamiento o actualización que Ud. hubiera deseado.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

49. Grado en que fueron adecuados y aprovechables en su práctica diaria en el hospital los conocimientos obtenidos durante el entrenamiento o actualización.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Instrumento 2: Escala de Creatividad e Innovación Organizacional.

Consigna: En la tabla que hay debajo de cada ítem haga el favor de colocar una X en el puntaje que según Ud. mejor describe al hospital en los momentos actuales. Trate a cada ítem o punto como una variable continua, es decir con dos extremos el menor es el más bajo y el mayor es el más alto en puntaje, esto es 1 (mínimo) y 16 (máximo). Coloque la calificación que Ud. considere:

Variable Planificación.

Se trata del proceso o etapa administrativa que implica pensar para actuar y antes de actuar. Consiste en diseñar cursos de acción para el futuro o planes, incluye el proceso de toma de decisiones.

1. El clima del hospital respalda el proceso de generación de ideas relacionadas con la planificación? Evalúe y califique.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

2. ¿Es posible cambiar el enfoque o modo de pensar un problema relacionado con el diseño de planes? Evalúe y Califique.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

3. ¿El hospital ha identificado maneras de reunir la información original (poco frecuente, rara), acerca del proceso de planificación?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

4. ¿Es posible la integración de ideas propuestas, es decir, la combinación de soluciones previas con soluciones o idea nuevas para la generación de planes?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

5. ¿En el Hospital se ponen en práctica las ideas generadas para desarrollar nuevos servicios?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

6. ¿Se realizan ejercicios periódicos en el hospital para detectar ventajas y desventajas, debilidades y fortalezas de los planes que se diseñan?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

7. ¿En qué medida participa el personal del hospital en la toma de decisiones?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

8. ¿Qué grado de aceptación de los riesgos existe en el hospital frente a la toma de decisiones?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

9. ¿En qué medida se ponen en práctica planes eficaces para la innovación, que contienen metas y objetivos verificables y realistas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

10. ¿En qué medida se establecen metas o niveles de rendimiento en el trabajo específicos que deben lograr los empleados?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

Variable Organización.

Es la etapa o función administrativa que consiste en diseñar y mantener la estructura de la organización, incluye la organización formal e informal, las relaciones de autoridad, y el clima y cultura del hospital.

11. Evalúe el grado de producción de ideas relacionadas con la organización del hospital.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

12. ¿ En qué medida los enfoques de resolución de problemas vinculados a la organización del hospital permiten la adaptación de la institución a las demandas del medio externo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

13. ¿Qué grado de generación de ideas originales relacionadas con el proceso de organización se produce en la institución?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

14. ¿Cómo califica Ud. la capacidad de la institución para integrar ideas previas con las ideas nuevas en la búsqueda de soluciones a problemas de la organización del hospital?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

15. ¿En qué medida es adecuada la cantidad de subordinados que dirige cada jefe?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

16. ¿Cómo califica la transformación de ideas en acciones concretas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

17. ¿Cómo califica el ambiente del hospital para los emprendimientos propuestos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

18. ¿Cómo califica el grado en que sus superiores le delegan autoridad?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

19. ¿En qué medida el personal está organizado sobre la base de una comprensión profunda de las responsabilidades laborales?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

20. ¿En qué medida lo más importante del Hospital son las personas emprendedoras, es decir creativas y curiosas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

3. Variable Integración de Personal.

Es la función administrativa de cubrir y mantener cubiertos los puestos de trabajo, mediante reclutamiento, selección, colocación y promoción del personal. Se incluye el estrés del personal.

21. ¿El clima y cultura de la organización respaldan la generación de ideas para resolver problemas del hospital, especialmente los relacionados con el personal?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

22. ¿Qué grado de capacidad para el cambio existe en el hospital frente a problemas vinculados con la integración de personal?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

23. ¿Es posible la generación de ideas originales por parte de los miembros del hospital en relación a la integración de personal?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

24. ¿Cómo califica Ud. la capacidad de la organización para combinar ideas para resolver problemas relacionados con la integración del personal?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

25. ¿En qué grado las ideas creativas relacionadas con la integración de personal son transformadas en soluciones a problemas concretos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

26. ¿Cómo califica Ud. el proceso de selección de los candidatos idóneos para cubrir un puesto actual o para puestos futuros?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

27. ¿En qué medida el hospital realiza ejercicios periódicos de generación de ideas con el objeto de estimular el clima para la creatividad y mejorar la calidad de las prestaciones?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

28. ¿Grado de libertad para poner en práctica ideas creativas en el hospital?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

29. ¿Cómo califica Ud. la calidad de vida laboral en el hospital, teniendo en cuenta el estrés que le genera su tarea?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

30. ¿Qué importancia le otorga el hospital al entrenamiento del personal tendiente a mejorar la calidad de vida de los trabajadores de la institución?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

4. Variable Dirección.

Es la función administrativa que consiste en influir sobre las personas para lograr que contribuyan a los objetivos de la organización y del grupo. Incluye el liderazgo, comunicación y comités.

31. Evalúe y califique la generación de diferentes ideas relacionadas con el proceso de dirección del hospital.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

32. ¿Cómo califica Ud. la capacidad para cambiar de enfoques o maneras de pensar un problema relacionado con la dirección del hospital?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

33. ¿Qué importancia otorga el hospital al desarrollo de ideas originales relacionadas con la dirección?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

34. ¿En qué grado se permite la integración o combinación de ideas para lograr la solución de problemas relacionados con la dirección?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

35. ¿En qué medida los directivos del hospital se interesan por la concepción de ideas creativas y la aplicación de las mismas para alcanzar un éxito contundente?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

36. ¿En qué medida el directivo se asegura que las metas del servicio o departamento sean comprendidas por quienes dependen directamente de él?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

37. Evalúe los antecedentes de la dirección del hospital en cuanto a la recomendación y adopción de métodos asociados a la tecnología moderna.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

38. ¿Las ideas creativas generadas son aplicadas para la resolución de problemas concretos relativos a la dirección del hospital?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

39. ¿En el hospital se incluyen premios a la creatividad e innovación o ambas como parte de la cultura de la organización?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

40. ¿En qué medida considera Ud. que las personas que trabajan en el hospital son motivadas para crear o innovar en su servicio o departamento?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

mea

5. Variable Control.

Se entiende por control al proceso de medición de logros del hospital en conjunto y su corrección para alcanzar mejores resultados a bajos costos.

41. ¿El clima del hospital respalda el proceso de generación de ideas relacionadas con el control?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

42. ¿Cómo califica Ud. los cambios de enfoques de resolución de problemas relacionados con el control?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

43. ¿Qué grado de generación de ideas originales vinculadas al control existe en el hospital?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

44. ¿En el hospital se ponen en práctica las ideas generadas para desarrollar un mejor control?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

45. ¿Cómo califica Ud. la capacidad del hospital para combinar ideas para resolver problemas relacionados con el proceso de control?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

46. Evalúe el nivel de creatividad e innovación que se ha introducido en los procedimientos de control (experimentos, mediciones de eficacia, eficiencia, productividad, etc.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

47. Medida en que existen intentos del hospital para alcanzar un mejor nivel de calidad de las prestaciones a menor costo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

48. ¿En qué medida las técnicas o sistema de control del hospital son estrictos o rígidos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

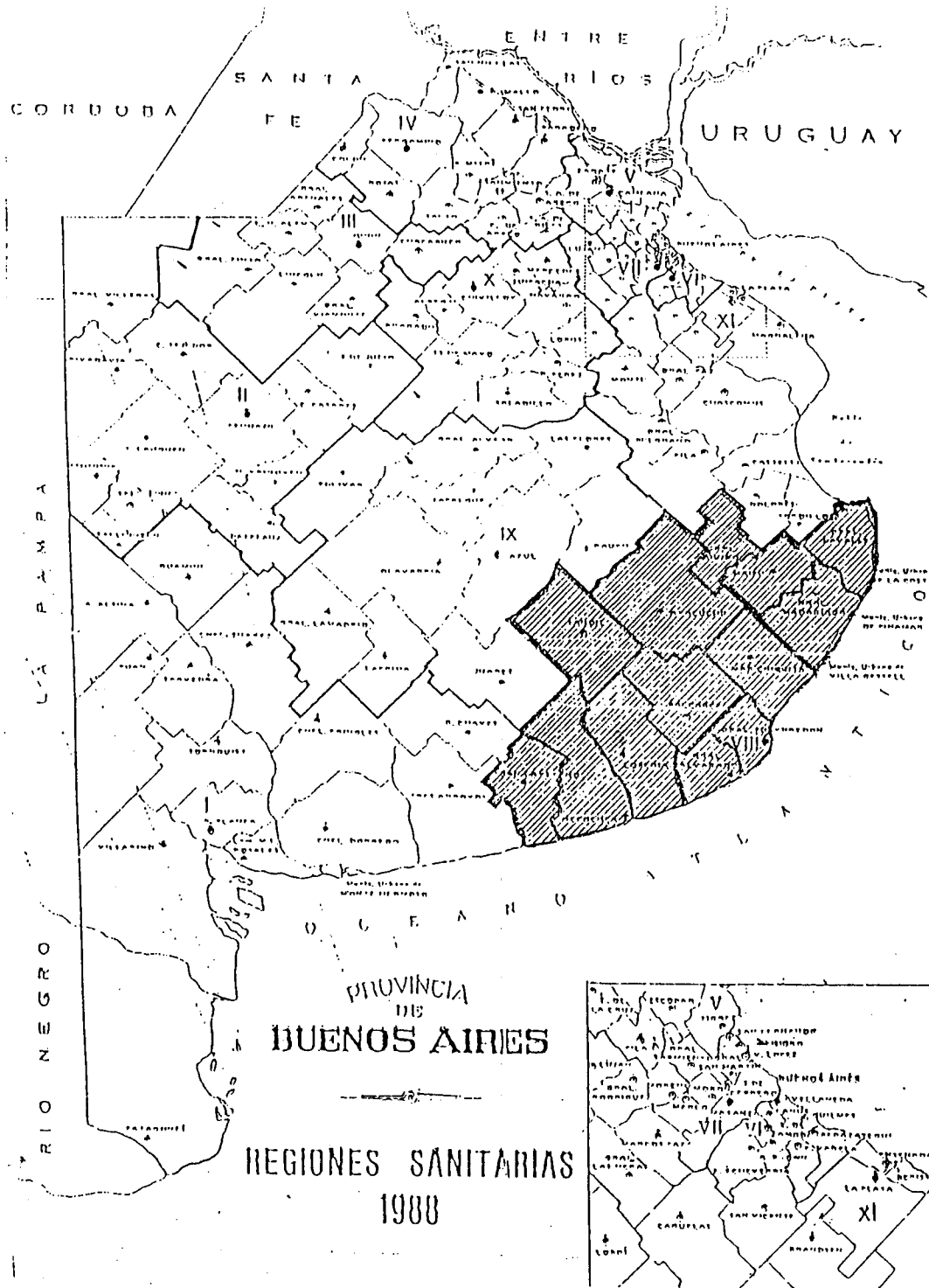
49. ¿La evaluación del desempeño del personal del hospital se basa en criterios relacionados con la producción original o creativa de los recursos humanos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

50. Grado en que el sistema de control funciona según la corrección anticipante, es decir aquella que permite percibir con anticipación los posibles errores o consecuencias negativas de alguna medida antes de que se cometan los errores, ahorrando recursos económicos y esfuerzo humano.

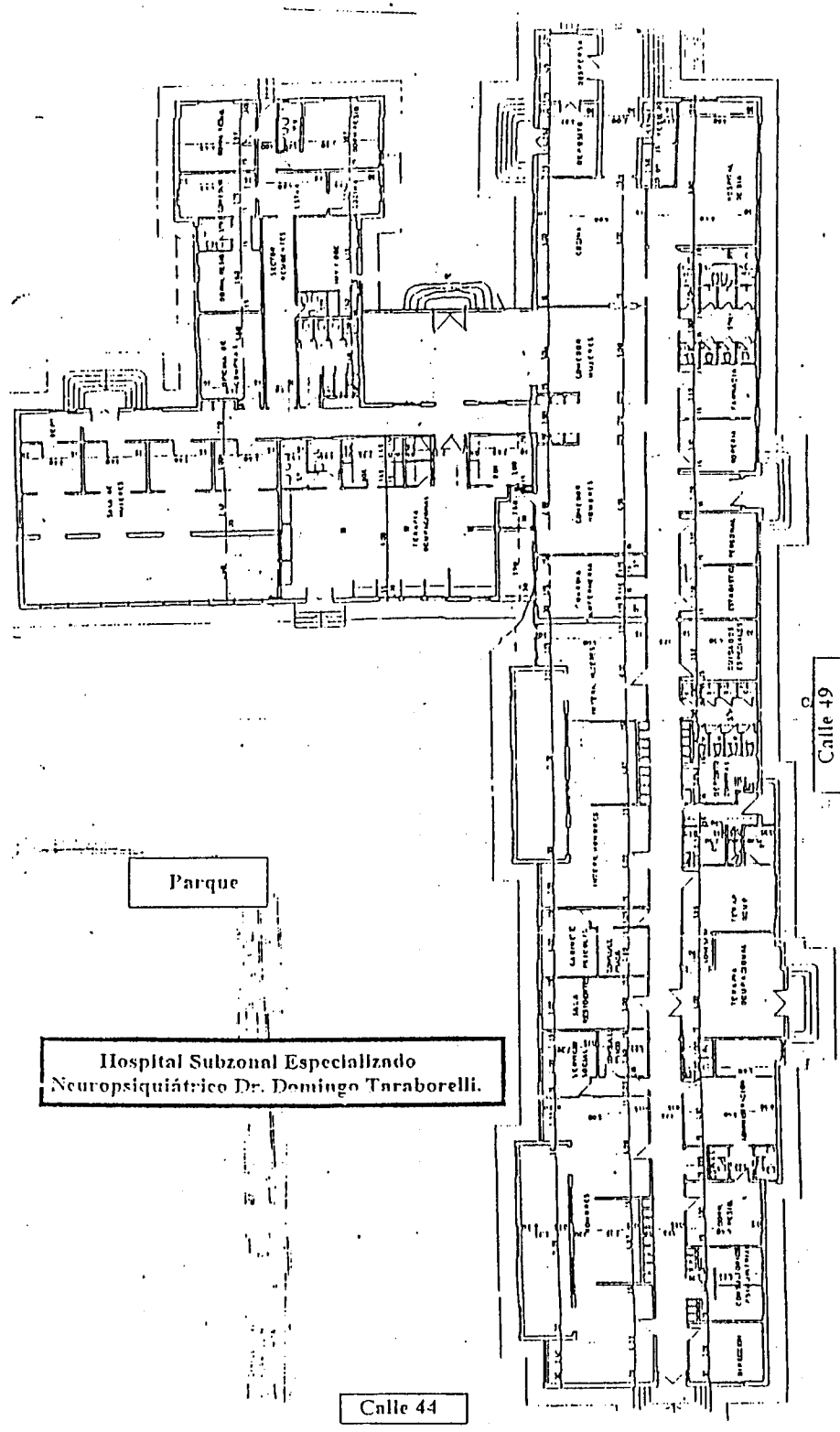
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

ANEXO V. Regiones Sanitarias. Mapa.



MCA

ANEXO VI. Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli. Plano.



**Hospital Subzonal Especializado
Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli.**

Parque

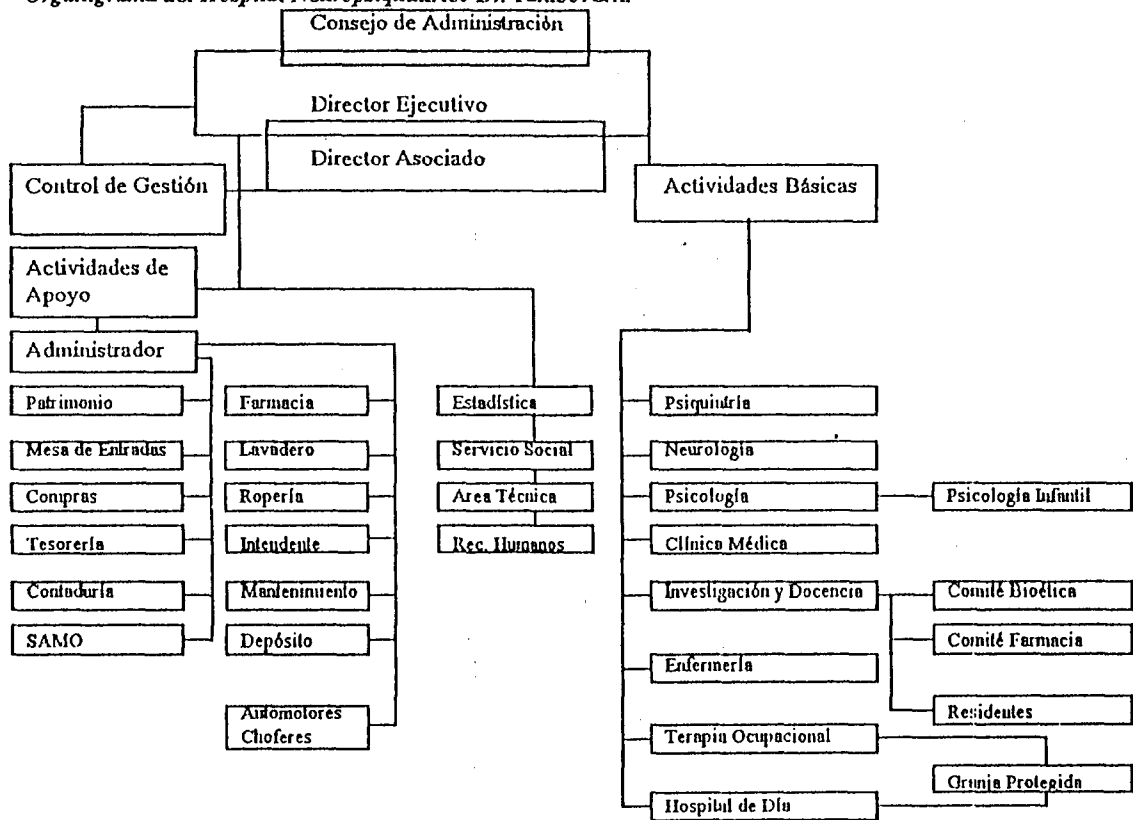
Calle 44

Calle 49

MCA

ANEXO VII. Organigrama.

Organigrama del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Tamborelli.



MSA

ANEXO VIII. Listado de Palabras para la cuantificación del análisis de contenido.

Metodología de Dollard y Mowrer.

(Nota: Los listados presentan igual número total de palabras, evitando errores así en los resultados.)

Tabla 1. Listado de palabras que representan creatividad y palabras que representan tensión psicológica.

Categoría 1. Palabras que representan Creatividad, Innovación y Libertad del personal. (Total 60)	Categoría 2. Palabras que representan presión o tensión psicológica. (Total 60)
elasticidad-distensión-mejorar-generar-perfeccionar-idear-inventar-descubrir-renovar-progresar-decidir-resolver-adelantar-firmeza-alterar-cambio-modificar-curioso-interesante-singular-peculiar-especial-reciente-moderno-original-actual-nuevo-innovador-diferente-incipiente-liberación-satisfacción-ingenio-desarrollar-osadía-audacia-arriesgar-emprender- esfuerzo-creador-crecer-inaudito-desacostumbrado-infrecuente-extraordinario-excepcional-producir	tirantez-burla-angustia-sanción-resistencia-dureza-venganza-tiesura-expulsión-apercebimiento-rigidez-presión-suspensión-fastidio-nerviosismo-disconformidad-tolerancia-incertidumbre-espera-agobiar-ansiedad-amoldamiento-estrés-obediencia-desvalorización-autoritarismo-dogmatismo-deshonra-rigor-desacreditar-despotismo-desautorizar-imponer-dictadura-mandón-obligar-exigir-absorbente-coerción-advertir-imperar-órdenes-regla-norma-abuso-opresión-disponer-injusticia-agredir-contradecir-rechazar-reproche-represión-reprender-establecer-ofender-castigar.

mea

ANEXO IX. Resultados Análisis Factorial.

----- FACTOR ANALYSIS -----

Analysis number 1 Listwise deletion of cases with missing values
 Extraction 1 for analysis 1, Principal Components Analysis (PC)
 Initial Statistics:

Variable	Communality	* Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
VAR00009	1,00000	* 1	10,74856	53,7	53,7
VAR00010	1,00000	* 2	1,72064	8,6	62,3
VAR00011	1,00000	* 3	1,22237	6,1	68,5
VAR00012	1,00000	* 4	1,06034	5,3	73,8
VAR00013	1,00000	* 5	,74684	3,7	77,5
VAR00014	1,00000	* 6	,67126	3,4	80,9
VAR00015	1,00000	* 7	,64014	3,2	84,1
VAR00016	1,00000	* 8	,51762	2,6	86,6
VAR00017	1,00000	* 9	,49640	2,5	89,1
VAR00018	1,00000	* 10	,42508	2,1	91,2
VAR00019	1,00000	* 11	,31263	1,6	92,8
VAR00020	1,00000	* 12	,30363	1,5	94,3
VAR00021	1,00000	* 13	,27248	1,4	95,7
VAR00022	1,00000	* 14	,24161	1,2	96,9
VAR00023	1,00000	* 15	,18869	,9	97,8
VAR00024	1,00000	* 16	,17042	,9	98,7
VAR00025	1,00000	* 17	,14782	,7	99,4
VAR00026	1,00000	* 18	,07943	,4	99,8
VAR00027	1,00000	** 19	,027377	,1	100,0
VAR00028	1,00000	* 20	,00667	,0	100,0

PC extracted 4 factors. Factor Matrix:

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
VAR00009	,69526	,46170	,00088	-,10770
VAR00010	,54469	,36539	-,17730	-,45762
VAR00011	,63116	,31174	-,05458	,03105
VAR00012	,75040	,38759	-,10295	-,00637
VAR00013	,32487	-,30944	,79545	-,15634
VAR00014	,58672	,48672	,26717	-,10394
VAR00015	,49994	,03026	,44812	,50134
VAR00016	,64009	,29050	,03627	,37444
VAR00017	,84671	,43046	,22465	-,04612
VAR00018	,80213	-,25503	,10766	-,25529
VAR00019	,79451	-,26068	,03364	-,24788
VAR00020	,77315	-,37118	,09769	-,18416
VAR00021	,87206	-,13108	-,02735	-,10339
VAR00022	,87058	-,21430	-,12154	,05631
VAR00023	,72661	-,08793	,00767	,35311
VAR00024	,75070	-,15093	-,14129	-,11786
VAR00025	,73188	-,26837	-,29314	,21694
VAR00026	,78895	-,18450	-,15840	,07383
VAR00027	,78466	-,02523	-,19731	,20949
VAR00028	,96155	-,22852	-,11347	,00581

mea

Final Statistics:

Variable	Communality	* Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
VAR00009	,70816	* 1	10,74856	53,7	53,7
VAR00010	,67104	* 2	1,72064	8,6	62,3
VAR00011	,49948	* 3	1,22237	6,1	68,5
VAR00012	,72397	* 4	1,06034	5,3	73,8
VAR00013	,85848	*			
VAR00014	,66331	*			
VAR00015	,70301	*			
VAR00016	,63563	*			
VAR00017	,95482	*			
VAR00018	,78521	*			
VAR00019	,76177	*			
VAR00020	,77899	*			
VAR00021	,78911	*			
VAR00022	,82178	*			
VAR00023	,66044	*			
VAR00024	,62018	*			
VAR00025	,74066	*			
VAR00026	,68702	*			
VAR00027	,69914	*			
VAR00028	,98970	*			

mea

- - Description of Subpoblations - -

Sumaries of VAR 00028
By levels of VAR 00017

Variable	28	Value label	Mean	Std Dev	Cases
For Entire Population			402.0714	144.3675	70

Variable	17	Value Label	Mean	Std Dev	Cases
Total Cases	70		471.1	123.78	70

Variable 17: Sistema Administrativo.

Presenta una curva sesgada a la izquierda, porque existen muchos valores concentrados grandes, lo que desvía la curva hacia la derecha. Esto resulta convergente con el análisis de las medias de ambas variables, siendo superior esa medida de tendencia central en la variable sistema administrativo y el desvío standard menor.

Variable 28: Creatividad e Innovación Organizacional.

Presenta una curva de tipo normal, ya que tiene dos partes imágenes en espejo una de la otra. La media es menor a la obtenida en la variable sistema administrativo y el desvío standard mayor, lo que revela una mayor dispersión de la variable.

Para visualizar lo expuesto ver Anexo X. Gráficos.

- - Correlation Coefficients - -

VAR00017 VAR00028

VAR00017	1,0000	,6836
	(70)	(70)
	P= ,	P= ,000

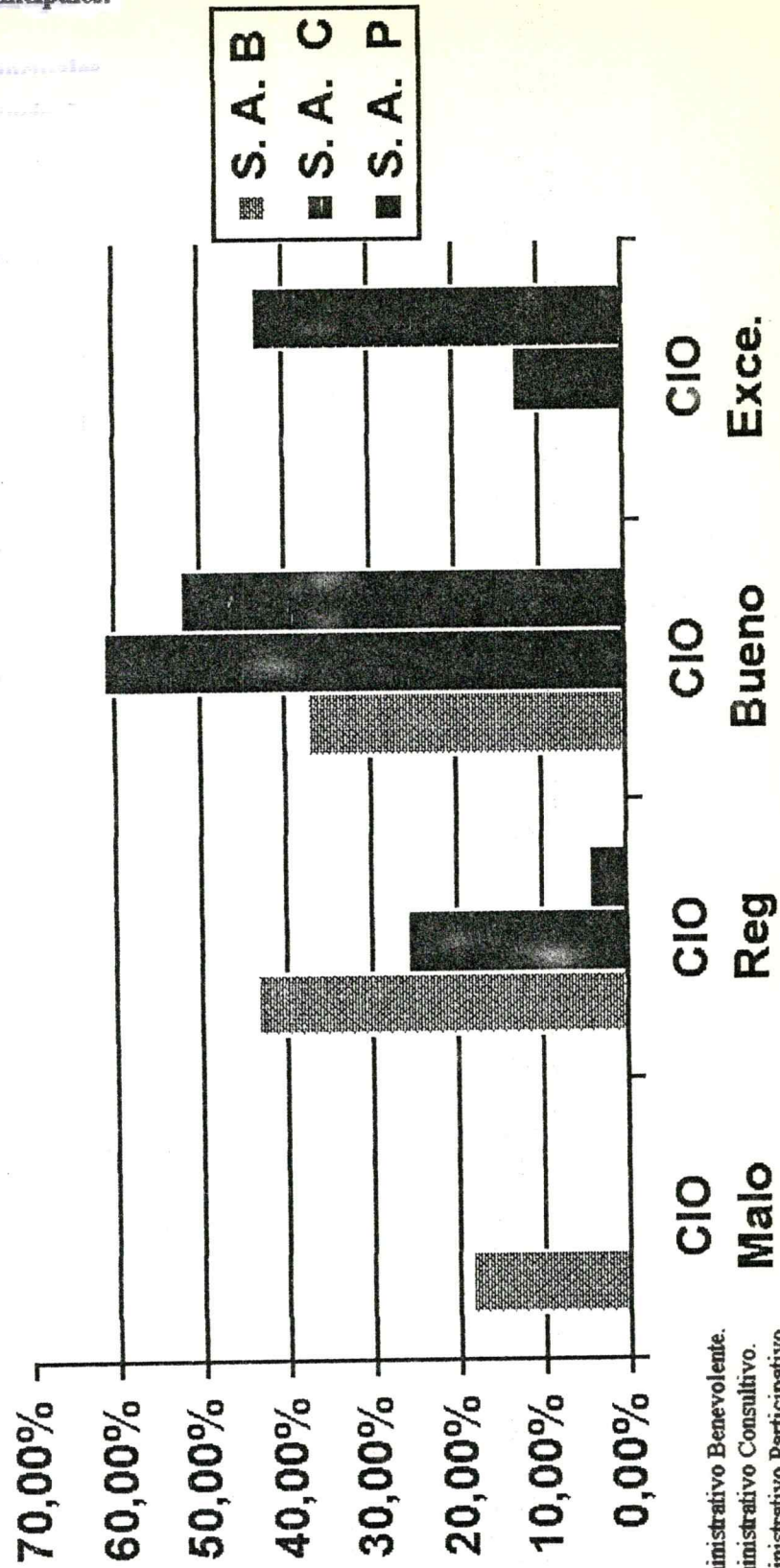
VAR00028	,6836	1,0000
	(70)	(70)
	P= ,000	P= ,

La correlacion r de Pearson obtenida es de tipo positiva y fuerte entre las variables sistema administrativo y creatividad e innovacion organizacional.

Calculando la prueba de significación de r mediante la prueba de la hipótesis nula de t, se obtiene un valor de t de 7.66; mientras que el valor teórico por la tabla es de 2.66 para 68 g. de l.y valor p asociado menor 0.05. Por lo tanto, la t obtenida es mucho mayor que la t teórica, esto significa que la r hallada es significativa, y se rechaza la hipótesis nula.

Anexo X. Gráficos Principales.

Gráfico 1 Sistema Administrativo y Nivel de Creatividad e Innovación Organizacional del Personal del Hospital Taraborellí. - Período 11-96 al 03 - 97

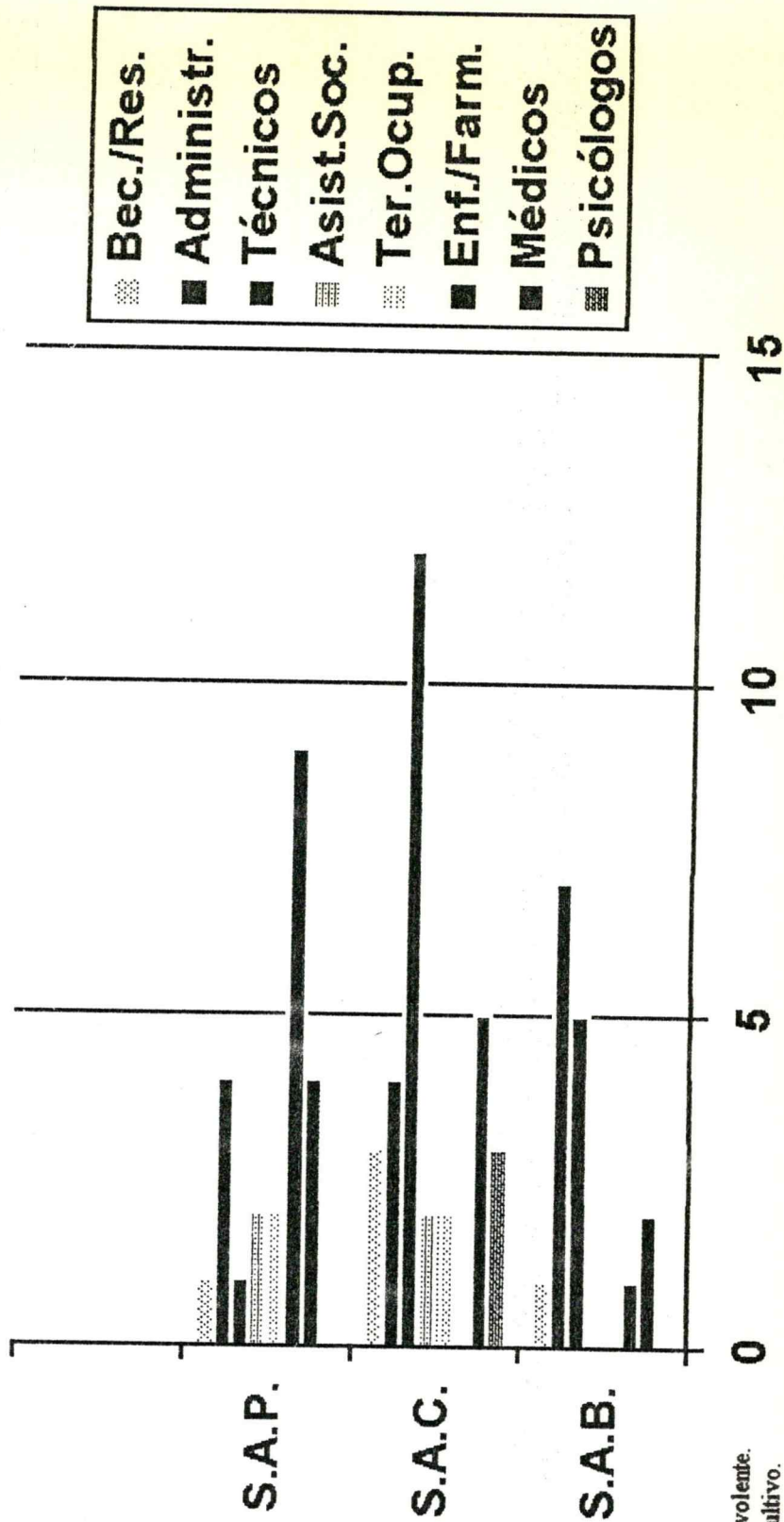


Abreviaturas:
 S.A.B.: Sistema Administrativo Benevolente.
 S.A.C.: Sistema Administrativo Consultivo.
 S.A.P.: Sistema Administrativo Participativo.
 Reg.: Regular.
 Exc.: Excelente.

IMEA

meA

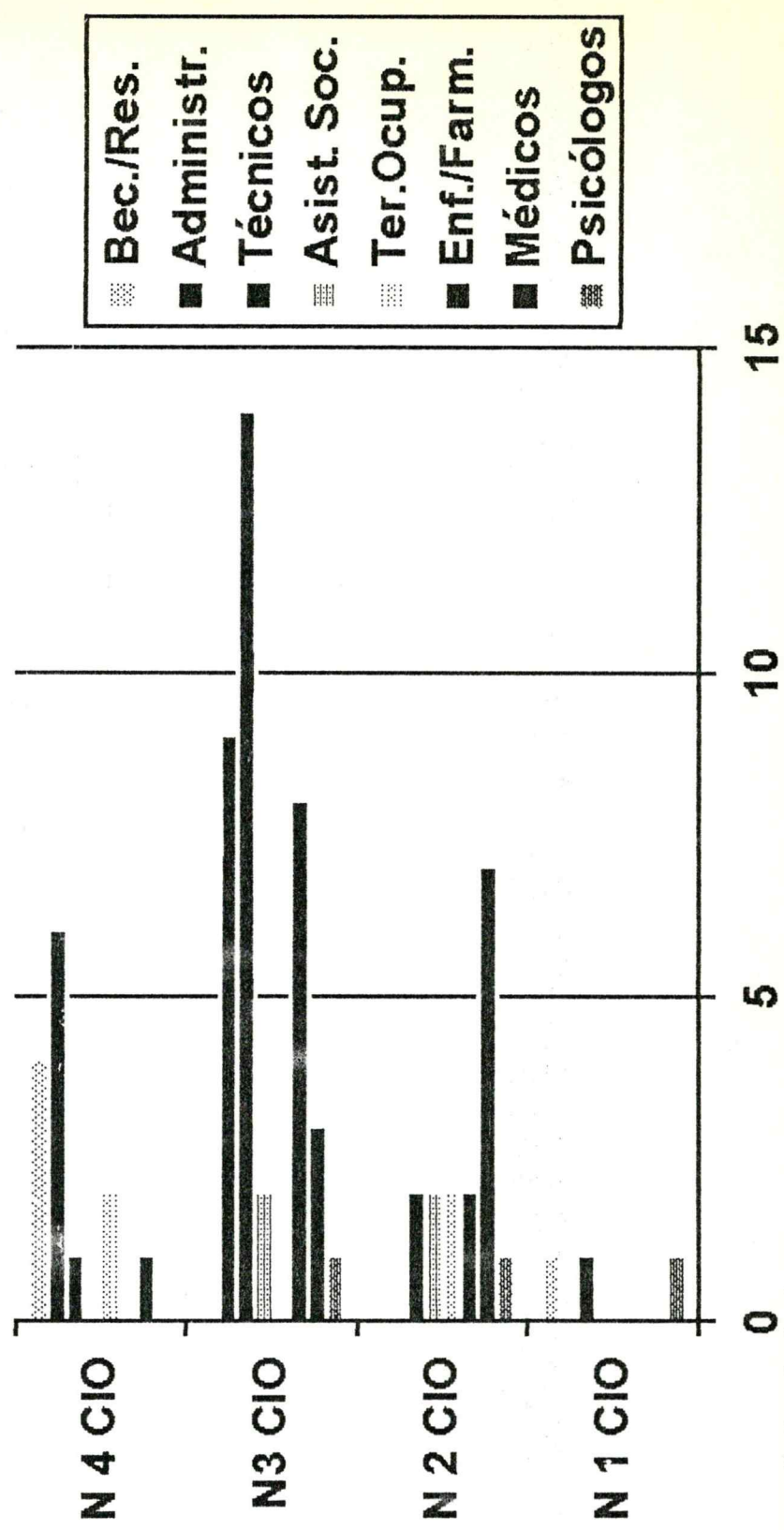
Gráfico 2. Sistema Administrativo según Profesión del personal del Hospital Taraborelli. Periodo 11-96 al 03-97.



Abreviaturas:
S.A.B.: Sistema Administrativo Benevolente.
S.A.C.: Sistema Administrativo Consultivo.
S.A.P.: Sistema Administrativo Participativo.
Bec./Res.: Becarios / Residentes.

MCA

Gráfico 3. Creatividad e Innovación Organizacional según el personal del Hospital Taraborelli. Periodo 11-96 al 03-97.



Abreviaturas:
N x. Nivel.
CIO: Creatividad e Innovación Organizacional
Bec./Res.: Becarios/Residentes.
N 1: Malo/ N2: Regular/ N3: Bueno/ N4: Excelente.